

Modelbeschrijving forensische (F)ACT

Richtlijnen voor de werkwijze en
het zorgaanbod van forensische
ACT- en FACT-teams



Caroline Place
Maaïke van Vugt
Hans Kroon
Laura Neijmeijer

Modelbeschrijving Forensische (F)ACT

Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van
forensische ACT- en FACT-teams

Colofon

Financier

Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen

Hoofdaanvrager project / opdrachtgever

GGZ Drenthe

Projectuitvoering

Trimbos-instituut

Projectleiding

Laura Neijmeijer

Hans Kroon

Auteurs

Caroline Place

Maaïke van Vugt

Hans Kroon

Laura Neijmeijer

Productiebegeleiding

Joris Staal

Omslagontwerp & productie

Ladenius Communicatie BV Houten

Beeld

www.istockphoto.com

ISBN 978-90-5253-713-9

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1090**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Voorwoord

1	Inleiding	7
1.1	ACT, FACT en forensische (F)ACT	7
1.2	Project FOR(F)ACT	8
1.3	Opzet modelbeschrijving	9
2	Forensische (F)ACT: stand van zaken	11
2.1	Literatuurstudie	11
2.1.1	Doelgroep van forensische ACT	11
2.1.2	Effectiviteit van forensische ACT	12
2.1.3	Inhoudelijke ingrediënten en werkzame factoren van forensische (F)ACT	14
2.2	Patiëntenonderzoek en praktijkverkenning	17
2.2.1	Patiëntenonderzoek	17
2.2.2	Informatie over de teams	21
2.3	Conclusies	22
3	Modelbeschrijving forensische (F)ACT	25
3.1	Doelgroep forensische (F)ACT	25
3.2	Doelstelling forensische (F)ACT	26
3.3	Functie en positionering forensische (F)ACT	26
3.4	Het forensisch (F)ACT-team	27
3.4.1	Samenstelling team	27
3.4.2	Basishouding en -vaardigheden	30
3.4.3	Forensische expertise	31
3.5	Werkwijze en organisatie van forensische (F)ACT	32
3.5.1	Caseload	32
3.5.2	Multidisciplinair aanbod	33
3.5.3	Continuïteit van zorg	33
3.5.4	Langdurende zorg	34
3.5.5	Bindende hulpverlening	35
3.5.6	Bereikbaarheid en crisisinterventie	36
3.5.7	FACT-bord	36
3.5.8	Samenwerking met (justitiële) ketenpartners	37
3.6	Zorgaanbod	39
3.6.1	Dubbele diagnose model	39
3.6.2	Risicotaxatie en -management	40
3.6.3	Forensische interventies	42
3.6.4	Psychologische interventies	42
3.6.5	Sociaal netwerk	43
3.7	Financiering	43
4	Modelgetrouwheidschalen voor forensische (F)ACT-teams	45
4.1	FORDACTS	46

4.2	FORFACTS	67
-----	----------	----

Bijlagen

I	Deelnemende teams	93
II	Begeleidingscommissie	95
III	Literatuur	97

Voorwoord

Met genoegen presenteren wij u de *Modelbeschrijving forensische (F)ACT*. De modelbeschrijving komt voort uit een twee jaar durend project dat het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met acht forensische (F)ACT-teams heeft uitgevoerd. Doel van dit landelijke project was het ondersteunen en stimuleren van de ontwikkeling van specifieke (F)ACT-teams voor forensisch psychiatrische patiënten.

In de Verenigde Staten wordt ACT al verscheidene jaren toegepast op forensisch psychiatrische patiënten en de eerste resultaten stemmen hoopvol. Sinds 2007 zijn ook in Nederland verschillende forensische (F)ACT-teams ontstaan, vanuit het streven om de kloof tussen justitiële voorzieningen en GGZ-organisaties te helpen overbruggen. Het verbeteren van de doorstroming vanuit TBS-klinieken en gevangenissen naar de reguliere GGZ heeft al sinds de jaren negentig nadrukkelijk de aandacht, maar desondanks vallen nog veel (ex) justitiabelen met ernstige psychiatrische en verslavingsproblematiek buiten het bereik van bestaande hulpverleningsprogramma's. Forensische (F)ACT-teams bieden ambulante langdurende en veelomvattende (na)zorg aan deze complexe doelgroep, waarbij behandeling en toezicht hand in hand gaan.

Met de *Modelbeschrijving Forensische (F)ACT* beogen we aan (startende) forensische (F)ACT-teams handvatten te bieden met betrekking tot de organisatie en invulling van de zorg aan forensisch psychiatrische patiënten. De modelbeschrijving en de parallel daaraan ontwikkelde modelgetrouwheidschalen zijn tot stand gekomen op basis van uitgebreid literatuuronderzoek, een zorgvuldige verkenning van de Nederlandse praktijk en onderzoek naar de patiëntenpopulatie van forensische (F)ACT-teams.

Als projectteam kijken wij op een zeer positieve manier terug op de afgelopen twee jaar, waarin we nauw hebben samengewerkt met hulpverleners van verschillende forensische (F)ACT-teams. De gesprekken met de hulpverleners en de bezoeken aan de teams hebben wij als buitengewoon inspirerend, informatief en zinvol ervaren. De teams hebben er hard aan gewerkt om informatie over patiënten en de resultaten van de zorg te vergaren en bij ons aan te leveren. Wij willen alle teams en hulpverleners daarvoor op deze plaats nogmaals hartelijk bedanken.

Dank zijn wij ook verschuldigd aan de begeleidingscommissie en de financier van dit project. Zonder financiële steun van de Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie was dit project niet mogelijk geweest. De begeleidingscommissie heeft onder bezielend voorzitterschap van Remmers van Veldhuizen een belangrijke rol gehad in het becommentariëren van tussentijdse producten, alsmede in het meedenken en adviseren over de gewenste positionering van forensische (F)ACT in Nederland.

Wij hopen dat forensische (F)ACT in Nederland zich de komende jaren krachtig blijft doorontwikkelen en dat deze modelbeschrijving daaraan een steentje bijdraagt. We houden ons aanbevolen voor eventuele opmerkingen en suggesties naar aanleiding van deze modelbeschrijving.

Namens het projectteam,

Laura Neijmeijer,
projectleider forensische (F)ACT

1 Inleiding

1.1 ACT, FACT en forensische (F)ACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een organisatiemodel voor de behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige en langdurende psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden (Bond et al, 2001). Een groot deel van de patiëntenpopulatie van ACT-teams bestaat uit mensen met psychotische aandoeningen en tal van problemen op andere terreinen, zoals verslaving, dakloosheid, schulden, gebrek aan dagbesteding en werkloosheid. Het gaat om mensen die vaak al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben, talloze keren zijn opgenomen, van tijd tot tijd terugvallen en veelal zorgmijdend gedrag vertonen. ACT biedt kort gezegd ambulante en intensieve zorg aan deze doelgroep. De zorg is outreachend, dat wil zeggen dat de zorg naar de patiënt wordt toegebracht en wordt geleverd op de plek waar de patiënt zich op dat moment bevindt: thuis, in een opvangvoorziening, in een psychiatrisch ziekenhuis, op straat, enzovoort. Er zijn meerdere keren per week face to face contacten en er is een lage caseload (10 patiënten per hulpverlener). ACT-teams zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan onder andere uit psychiaters, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, verslavingsdeskundigen, arbeidsdeskundigen en ervaringsdeskundigen. De hulpverleners werken met een gedeelde caseload, wat wil zeggen dat patiënten (net als in een klinische situatie) door verschillende hulpverleners worden gezien. Een laatste wezenlijk kenmerk van ACT is dat er continue en langdurende zorg wordt geleverd. Patiënten blijven zo lang in zorg als nodig is; voor sommigen is dat hun hele leven. Als een patiënt tijdelijk wordt opgenomen, blijft het ACT-team contact houden met zowel de patiënt als het behandelteam in de kliniek.

Functie ACT (FACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. Waar ACT zich richt op de meest ernstige, vaak zorgmijdende patiënten, bieden FACT-teams ondersteuning voor een bredere groep patiënten met een langdurige zorgbehoefte. Een FACT-team combineert case management met ACT. Aan de meer stabiele patiënten biedt dit team outreachende individuele behandeling, aangevuld door andere disciplines. Wanneer het slechter gaat met een patiënt, wordt de zorg opgeschaald, wat betekent dat wordt overgegaan op intensieve ACT zorg vanuit het gehele team (Van Veldhuizen et al, 2006; Van Veldhuizen et al, 2008).

Sinds 2007 zijn in Nederland op verschillende plaatsen forensische (F)ACT-teams van start gegaan. Nederland bouwt daarmee voort op een ontwikkeling die internationaal (vooral in de VS) al eerder in gang is gezet. Anders dan reguliere (F)ACT-teams richten forensische (F)ACT-teams zich specifiek op mensen met forensisch psychiatrische problematiek. Hoewel in zowel onderzoek als praktijk uiteenlopende definities worden gehanteerd van forensisch psychiatrische problematiek, gaat het in de regel om patiënten die naast ernstige en langdurende psychiatrische problemen ook politie- en/of justitiecontacten hebben (gehad) en veelal diverse detenties achter de rug hebben, afgewisseld met opnames in psychiatrische ziekenhuizen of verslavingsklinieken.

Behalve in doelgroep onderscheiden forensische (F)ACT-teams zich ook in andere opzichten van reguliere (F)ACT-teams. Waar reguliere (F)ACT-teams primair gericht zijn op

het verbeteren van het welzijn van de patiënt (Van Vugt et al, 2011), is voor forensische (F)ACT-teams het voorkomen van recidive en het bevorderen van de veiligheid in de samenleving evenzeer een belangrijk doel. Risicotaxatie, terugvalpreventie en risicomanagement nemen dan ook een belangrijke plek in binnen forensische (F)ACT-teams, en er wordt intensief samengewerkt met justitie (Van Marle et al, 2009). De functie van een forensisch (F)ACT-team is tweeledig; het kan als voortgezette ambulante behandeling worden ingezet na behandeling in een klinische forensische setting, zoals een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) of een forensisch psychiatrische afdeling (FPA), maar het kan ook worden ingezet in het kader van het intensiveren of 'opschalen' van zorg, dus bij individuen met psychiatrische stoornissen die voorheen vrij in de samenleving verbleven of gedetineerd waren maar daarvoor niet (voldoende) behandeling kregen of wilden.

1.2 Project FOR(F)ACT

Hoewel er in binnen- en buitenland de laatste jaren de nodige ervaring is opgedaan met forensische ACT, is er weinig standaardisatie van het model (Morrissey et al, 2007; Cuddeback et al, 2009). Tot op heden ontbreekt het aan (inter)nationale richtlijnen voor forensische (F)ACT. Gevolg daarvan is dat praktijken zich verschillend ontwikkelen, niet alleen internationaal maar ook binnen Nederland. Op verschillende plekken in Nederland zijn forensische (F)ACT-teams van de grond gekomen, die veelal tegen dezelfde vragen aan lopen. De vragen hebben betrekking op het zorgaanbod en de werkwijze van forensische (F)ACT-teams. In hoeverre stelt de forensische doelgroep bijvoorbeeld bijzondere eisen aan de benodigde expertise en disciplines in het team, welke risicotaxatie-instrumenten kunnen het beste worden gehanteerd, in hoeverre zijn specifieke forensische interventies noodzakelijk, en met welke ketenpartners moet worden samengewerkt?

Om de samenhang tussen de verschillende lokale initiatieven te vergroten en uitwisseling van kennis en ervaring te bevorderen, zijn acht GGZ- en justitiële organisaties en het Trimbos-instituut, op initiatief van J.R. van Veldhuizen, voorzitter van de Stichting CCAF (Centrum voor Certificering ACT en FACT), een landelijk project gestart. Het tweejarige project 'FOR(F)ACT' werd met financiering van het ministerie van Justitie mogelijk gemaakt en startte in het najaar van 2009. Het belangrijkste doel van het project was het stimuleren en ondersteunen van forensische (F)ACT in Nederland. Hiertoe hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden.

Om het product forensische (F)ACT te verhelderen – zowel voor de teams zelf als voor ketenpartners en financiers – is in de eerste plaats gewerkt aan voorliggende modelbeschrijving. De modelbeschrijving is ontwikkeld op basis van uitgebreide internationale literatuurstudie en een brede verkenning van de huidige praktijk in Nederland. Met deze modelbeschrijving beogen we om (startende) forensische (F)ACT-teams handvatten te bieden met betrekking tot de samenstelling van het team, het (forensische) zorgaanbod, de samenwerking met (justitiële) ketenpartners en de organisatie van de zorg. De modelbeschrijving is geoperationaliseerd in een tweetal *fidelity scales* oftewel modelgetrouwheidsschalen: de FORDACTS (voor forensische ACT-teams) en de FORFACTS (voor forensische FACT-teams). De instrumenten zijn gebaseerd op de DACTS (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale; Teage et al, 1998; Bond & Salyers, 2004) en de FACTS (Functie Assertive Community Treatment Scale; CCAF, 2011). De instrumenten zijn ontwikkeld in nauwe samenspraak met de deelnemende teams, meermalen aange-

past en bijgesteld en, voordat ze definitief zijn vastgesteld door het CCAF, uitgebreid beproefd door bij acht deelnemende teams een proefaudit te organiseren.

Om meer zicht te krijgen op de patiëntenpopulatie van forensische (F)ACT-teams en op de resultaten van de zorg, is in de tweede plaats een structuur voor Routine Outcome Monitoring (ROM) ontwikkeld. Met behulp van deze ROM is op twee meetmomenten informatie verzameld over sociaal-demografische kenmerken, diagnoses, juridische titels, verwijzers, maar ook over diverse uitkomstindicatoren, zoals de mate van maatschappelijke participatie, middelengebruik, zorggebruik, criminaliteit, sociaal en psychisch functioneren en delictgevaarlijkheid. De resultaten van de patiëntmetingen vormden tevens input voor de modelbeschrijving. In hoofdstuk 2 worden de uitkomsten van dit onderzoek kort besproken. Voor een uitgebreidere beschrijving van de patiëntenpopulatie van forensische (F)ACT-teams verwijzen wij naar Place et al (in voorbereiding).

Ten slotte: Om de teams te stimuleren tot uitwisseling en tot verdere professionalisering, zijn platformbijeenkomsten, werkbezoeken en - zoals al genoemd - proefaudits georganiseerd. Naast het toetsen van de concept-modelgetrouwheidschalen op volledigheid en bruikbaarheid, hadden de proefaudits ook ten doel om de teams inzicht te verschaffen in hun sterke en minder sterke punten en aanknopingspunten op te leveren voor verbetering. De proefaudits zijn in het voorjaar van 2011 afgenomen door een projectteamlid van het Trimbos-instituut en door een hulpverlener vanuit één van de deelnemende teams. De proefaudits boden dus voor de deelnemende teams een uitgelezen mogelijkheid om een kijkje te nemen in de keuken van een ander en van elkaar te leren.

1.3 Opzet modelbeschrijving

Met deze modelbeschrijving beogen we aan (startende) forensische (F)ACT-teams handvatten te geven met betrekking tot de samenstelling van het team en de organisatie en inhoud van de zorg en behandeling. De modelbeschrijving zelf komt aan de orde in hoofdstuk 3. Daaraan voorafgaand doen we in hoofdstuk 2 beknopt verslag van de resultaten van de literatuurstudie, de praktijkverkenning en het patiëntonderzoek. Een uitgebreider verslag van de literatuurstudie is separaat beschikbaar (Place en Van Vugt, 2011). De modelgetrouwheidschalen FORDACTS en FORFACTS zijn ondergebracht in hoofdstuk 4.

2 Forensische (F)ACT: stand van zaken

In dit hoofdstuk doen we achtereenvolgens verslag van de literatuurstudie (2.1), het patiëntenonderzoek en de praktijkverkenning (2.2). In paragraaf 2.3 zetten we de belangrijkste bevindingen en inzichten op een rij en bespreken we de betekenis hiervan voor de modelbeschrijving.

2.1 Literatuurstudie

Bij de start van het project is een brede literatuursearch uitgevoerd met behulp van PsychINFO en PubMed. Gezocht is naar internationale wetenschappelijke publicaties over ACT of daaraan gerelateerde zorgmodellen (zoals intensief forensisch case management en assertive outreach) voor de doelgroep van forensisch psychiatrische patiënten. Met name hebben wij ons gericht op publicaties waarin de effectiviteit van forensische ACT is onderzocht. Hiervoor zijn alleen RCT's en studies met ten minste één vervolgmeting geselecteerd; in totaal betrof het 35 (vooral Amerikaanse) studies. Daarnaast zijn Nederlandstalige publicaties over forensische (F)ACT en daaraan gerelateerde vormen van ambulante zorg en toezicht bestudeerd.

2.1.1 Doelgroep van forensische ACT

Uit de internationale studies blijkt dat veel forensische ACT-teams fungeren als nazorgprogramma na een detentieperiode. Ook wordt ACT in het buitenland vaak ingezet als vervanging of verkorting van een gevangenisstraf, vergelijkbaar met de voorwaardelijke veroordeling of invrijheidstelling in Nederland. Over de doelgroep van forensische ACT-teams bestaat in de internationale literatuur geen consensus (Cuddeback et al, 2008). In de internationale studies die wij hebben geraadpleegd, wordt de doelgroep op verschillende manieren geoperationaliseerd en wordt de term 'forensisch' op verschillende manieren gebruikt. Zo richtten Martin en Scarpitti (1993) zich in hun studie op voorwaardelijk vrijgelaten personen die drugs gebruikten en Cosden et al (2005) op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen op as 1 die niet-gewelddadige delicten hadden gepleegd. De studie van Wilson et al (1995) had betrekking op patiënten met ernstige sociale en gedragsproblemen en een geschiedenis van meerdere psychiatrische opnames, terwijl Solomon en Draine (1995) zich richtten op gedetineerden met een ernstige psychiatrische stoornis (inclusief persoonlijkheidstoornissen), een lage GAF-score, dakloosheid en een geschiedenis van behandeling in de GGZ.

Omdat forensische ACT-teams verschillende toelatingscriteria hanteren en zich op uiteenlopende doelgroepen met verschillende zorgbehoeftes richten, ontbreekt het de teams ook aan houvast met betrekking tot de wenselijke samenstelling van het team en de noodzakelijke competenties en vaardigheden van individuele teamleden (Cuddeback en Morrissey, 2011). Om deze reden pleiten Cuddeback en collega's (2008) dan ook voor een standaarddefinitie. Een operationalisatie die zij zelf hebben gehanteerd, maar volgens de auteurs nog beproefd moet worden in de praktijk, is het hebben van een 'severe mental illness' (ernstige psychiatrische aandoening resulterend in beperkingen waardoor

mensen gebruik moeten maken van sociale uitkeringen) in combinatie met drie detentieperiodes in één jaar.

Opvallend is dat het merendeel van de internationale publicaties over forensische ACT betrekking heeft op patiënten met psychotische stoornissen, al dan niet in combinatie met verslaving. In een aantal studies worden daarnaast ook stemmings- en bipolaire stoornissen gediagnosticeerd. Vrij zeldzaam zijn de studies waarin ook patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zijn geïnccludeerd. Waarschijnlijk heeft dit mede te maken met het feit dat de effectiviteit van (reguliere) ACT voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen tot op heden nog onvoldoende is aangetoond (Weisbrod, 1983). Het is aanmerkelijk dat, mede om die reden, veel ACT-teams een terughoudend beleid voeren met betrekking tot patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, patiënten met gewelddadig gedrag en seksueel delinquenten (Cuddeback en Morrissey, 2011). Daarnaast geven Simpson et al (2006) aan dat er in hun studie waarschijnlijk sprake is van onderdiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen omdat de diagnoses niet door middel van gestructureerde diagnostische instrumenten zijn vastgesteld. Mogelijk vormt dit ook bij andere studies een deel van de verklaring.

2.1.2 Effectiviteit van forensische ACT

ACT is een goed omschreven model en veelvuldig op effectiviteit onderzocht, met in met name de Verenigde Staten positieve uitkomsten. ACT is daarmee een evidence based practice voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen (Torrey et al, 2001). ACT resulteert in betere klinische uitkomsten dan 'care as usual'. ACT leidt tot minder opnames in de GGZ en patiënten voelen zich minder ziek, doen meer mee in de maatschappij en ervaren een betere kwaliteit van leven (Bond et al, 2001). In Nederland is ACT opgenomen als evidence based practice in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Omdat effectonderzoek naar FACT in de Nederlandse context nog schaars is, heeft FACT deze status voornamelijk niet bereikt; wel zijn de ervaringen die hiermee inmiddels zijn opgedaan, positief.

Over de effectiviteit van forensische ACT (en FACT) is minder bekend. De laatste jaren zijn wel enkele studies gedaan, vooral in de VS, maar de uitkomsten ervan laten zich moeilijk eenduidig samenvatten vanwege verschillende onderzoeksdesigns, uiteenlopende definities en operationalisaties van de doelgroep, verschillende uitkomstmaten en onderzoeksresultaten. De publicaties die wij hebben bestudeerd, kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën.

Reguliere ACT, reguliere doelgroep, forensische uitkomstmaten

Ten eerste zijn er studies gedaan waarin de effectiviteit van het algemene ACT-model is onderzocht bij een reguliere ACT-doelgroep (o.a. Bond et al, 2001; Calsyn et al, 2005; Ahrens et al, 2007; Clarke et al, 2000; Walsh et al, 2001). In deze studies werden naast algemene uitkomstmaten (zoals opnamedagen, welbevinden van patiënten) tevens meer specifieke forensische uitkomstmaten gehanteerd, zoals crimineel gedrag, aantal detentiedagen en fysiek geweld.

De studies zijn moeilijk vergelijkbaar omdat er grote verschillen zijn in design, getrouwheid aan het ACT-model, uitkomstmaten, doelgroep etc. In onze literatuursearch vonden we dat het merendeel van de studies geen significante resultaten liet zien op fo-

rensische uitkomstmaten. Vooralsnog vonden we één studie (Ahrens et al, 2007) die een significante daling liet zien in zowel het aantal opnamedagen in een GGZ-instelling als het aantal dagen in detentie en forensische behandeling. Hierbij moet echter worden aangetekend dat het een onderzoek zonder controlegroep betrof (dus beperkte bewijskracht) en gericht was op een kleine populatie (15 adolescenten en jongvolwassenen) met overwegend psychotische stoornissen. Het algemene beeld dat rijst na het bestuderen van de verschillende studies is dat er vooralsnog geen overtuigend bewijs is dat *reguliere ACT* leidt tot minder criminaliteit, gewelddadig gedrag of detentiedagen bij *reguliere ACT*-patiënten.

Reguliere ACT, forensische doelgroep, forensische uitkomstmaten

Een tweede categorie van studies bestaat uit studies waarin de effectiviteit van reguliere ACT is onderzocht bij een forensische doelgroep, en waarbij forensische uitkomstmaten zijn gehanteerd. De vergelijkbaarheid tussen de studies is ook in deze categorie gering. Niet alleen worden verschillende uitkomstmaten gehanteerd, ook wordt de forensische doelgroep verschillend gedefinieerd. Waar bijvoorbeeld de ene studie zich richt op verslaafden die voorwaardelijk zijn vrijgelaten (Martin & Scarpitti, 1993), richt de andere studie zich op patiënten die bekend zijn met niet-gewelddadig delictgedrag, daarvoor in contact gekomen zijn met justitie en al dan niet een strafrechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen (Cosden et al, 2005).

Van de zes door ons bestudeerde publicaties (Martin & Scarpitti, 1993; Cosden et al, 2005; Cosden et al, 2003; Wilson et al, 1995; McGuire & Rosenheck, 2004; Fakhoury & Priebe, 2006) laten drie RCT's en één longitudinale studie positieve resultaten zien op justitiële uitkomstmaten in het voordeel van ACT. Onder deze studies bevindt zich ook een studie die specifiek gericht was op ex-gedeteneerden bij wie hoofdzakelijk verslavingsproblematiek en/of gedragsproblematiek speelde (Wilson et al, 1995). Eén RCT vond geen significant verschil tussen ACT en standaardzorg (Martin & Scarpitti, 1993), maar de auteurs tekenden hierbij aan dat een goed onderbouwde conclusie over de effectiviteit bemoeilijkt werd door o.a. methodologische tekortkomingen en beperkte implementatie van het ACT-model. Op basis van de tot dusver beschikbare informatie kunnen we met enige voorzichtigheid concluderen dat ACT een geschikte zorgvorm lijkt te zijn voor recidivevermindering bij de forensische doelgroep. De studies laten echter een wisselend beeld zien wat betreft algemene uitkomstmaten.

Forensische ACT, forensische doelgroep, forensische uitkomstmaten

Ten slotte zijn er studies verricht naar de effectiviteit van forensische ACT bij een forensische doelgroep, waarbij zowel algemene als forensische uitkomstmaten zijn gehanteerd. Opnieuw is de vergelijkbaarheid van de studies gering als gevolg van verschillen in onderzoeksdesign, verschillen in doelgroepdefinitie en verschillen in getrouwheid aan het ACT-model.

In onze search vonden we twee RCT's. Solomon en Draine (1995) vergeleken forensische ACT met individueel forensisch case management en standaardzorg en vonden dat in vergelijking met de controlegroepen, meer patiënten van het forensisch ACT-team terugkeerden naar detentie. Als één van de verklaringen hiervoor voerden zij aan dat patiënten in de forensische ACT-conditie intensiever werden gemonitord waardoor schendingen van de afspraken vaker werden gesignaleerd en doorgegeven aan de officier van

justitie. De RCT van Cusack et al (2010), waarin forensische ACT werd vergeleken met reguliere zorg, toonde daarentegen wel degelijk resultaten aan ten gunste van forensische ACT; onder andere bleek dat patiënten in de experimentele groep minder vaak werden gedetineerd dan patiënten uit de controlegroep.

Ook de andere zes door ons bestudeerde (quasi-experimentele of longitudinale) studies (Broner et al, 2004; Weisman et al, 2004; Lurigio et al, 2000; Davis et al, 2008; Godley et al, 2000; Simpson et al, 2006) laten overwegend positieve resultaten zien op zowel reguliere als forensische uitkomstmaten. Op basis hiervan constateren wij dat er op zijn minst enig bewijs is voor de stelling dat forensische ACT leidt tot minder criminaliteit of detentiedagen bij forensische patiënten. Hiermee wijken wij af van de conclusie van Jennings (2009) die een literatuurreview uitvoerde naar (forensische) ACT bij een forensische doelgroep en op basis daarvan concludeerde dat ACT waarschijnlijk niet of minimaal effectief is in het reduceren van criminaliteit, maar mogelijk wel een positieve invloed heeft op de geestelijke gezondheid van patiënten. Het feit dat een aantal onderzoeken, waaronder dat van Cusack et al (2010) niet is meegenomen in de literatuurreview van Jennings, kan dit verschil mogelijk verklaren.

2.1.3 Inhoudelijke ingrediënten en werkzame factoren van forensische (F)ACT

De vraag waarin forensische ACT zich onderscheidt of zich zou moeten onderscheiden van reguliere ACT, heeft in de internationale literatuur tot op heden nog betrekkelijk weinig aandacht gekregen. Omdat er internationaal nog weinig standaardisatie is van het forensische ACT model, ontwikkelen zich verschillende praktijken waardoor het identificeren van de zogenoemde 'werkzame factoren' van forensische ACT in wetenschappelijk onderzoek bemoeilijkt wordt.

In onze literatuursearch vonden we enkele studies die gericht waren op het identificeren van de specifieke elementen van ambulante behandeling van daders met psychiatrische problemen. Zo hebben Skipworth et al (2002) op basis van internationale literatuur over ACT en daderrehabilitatie tien principes opgesteld voor hulpverleningsteams die ernstig psychiatrische patiënten begeleiden die in aanraking zijn gekomen met het justitiële systeem. De principes overlappen deels met de algemene ACT-principes maar houden tevens rekening met de specifieke behoeften van de forensische doelgroep. Ten eerste dient de zorg in de gemeenschap plaats te vinden. Ten tweede werken de hulpverleners in een mobiel team, waarbij alle teamleden ook huisbezoeken doen of afspraken hebben op de plek waar de patiënt zich bevindt. Verder is de zorg zowel overdag als in de weekenden en avonden toegankelijk en dient het team in staat te zijn om intensieve zorg te bieden. Ten vijfde dient rekening te worden gehouden met cultuurspecifieke kenmerken en problemen van patiënten. Twee principes hebben betrekking op het effectief samenwerken; enerzijds tussen hulpverlener en patiënt (goede therapeutische relatie) en anderzijds tussen hulpverleners, patiënt en het sociale netwerk en met name familieleden van patiënt. Herstel van de patiënt wordt als centraal doel gesteld. In de zorg nemen individueel risicomanagement en rehabilitatieplannen een belangrijke plaats in. Tot slot moet de patiënt ongelimiteerde toegang hebben tot diensten en (opnames in) de (geestelijke) gezondheidszorg.

Een andere studie betreft die van Lamb en collega's (1999). Volgens hen vereist de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan daders met psychiatrische problemen enkele

specifieke werkwijzen en principes, ten eerste vanwege de weerstand die daders met psychiatrische aandoeningen vaak hebben tegen behandeling en ten tweede vanwege het feit dat de behandeling plaatsvindt in een strafrechtelijk kader. Behandeling in een strafrechtelijk kader betekent dat er een balans gevonden moet worden tussen de individuele rechten van patiënten, de behandel noodzaak of -behoefte en de publieke veiligheid. Enerzijds is de patiënt gebonden aan regels en beperkingen zoals een verbod op alcohol- en drugsgebruik of verplicht medicatietrouw zijn. Anderzijds is de hulpverlening ook gebonden aan regels en voorschriften omdat men een taak heeft in het reduceren van het recidiverisico en het bevorderen van de publieke veiligheid. Lamb en collega's identificeerden op basis van een review van de literatuur van 1987 tot 1999 de volgende specifieke kenmerken voor door de rechter opgelegde ambulante behandeling van daders met ernstige psychiatrische aandoeningen: nauwe samenwerking en wederzijdse consultatie tussen de behandelaars en medewerkers van justitiële instanties (rechtbank, reclassering); het bieden van structuur; het kunnen toepassen van autoriteit; het aanbieden van interventies gericht op agressie- en impulsmanagement (medicatie, psycho-educatie, technieken gericht op cognitie en gedrag); het toepassen van principes van case management (langdurig, outreachend, frequent contact, hand-in-hand begeleiding, 24-uurs beschikbaarheid, lage caseload); het ondersteunen bij het vinden van passende huisvesting; en het betrekken van familieleden of andere sleutelpersonen bij de behandeling.

Naast deze studies zijn er nog enkele andere studies die aanknopingspunten bieden voor de inhoudelijke invulling en vormgeving van forensische ACT. Deze aanknopingspunten overlappen voor een deel met de elementen zoals benoemd in de studies van Skipworth et al en Lamb et al. In de VS komt het regelmatig voor dat een reclasseringsmedewerker of een casemanager met een specifieke toezichtstaak deel uit maakt van het forensisch ACT-team (Lamberti et al, 2011). Van de teamleden wordt verwacht dat zij over forensische expertise beschikken en dat zij aandacht hebben voor en rekening houden met de criminele achtergronden van de patiënt (Cuddeback et al, 2009; Van Marle et al, 2009). Kenmerkend voor forensische ACT-teams is ook dat zij verwijzingen krijgen van justitiële instanties en nauw samenwerken met het justitiële systeem, waaronder de rechtbank en de reclassering - voor zover niet opgenomen in het forensisch ACT-team (Lamb et al, 1999; Lamberti et al, 2004; Van Marle et al, 2009; Cosden et al, 2004; Davis et al, 2008). Van de teams wordt verwacht dat zij outreachend werken, hetgeen ook betekent dat zij patiënten bezoeken tijdens detentieperiodes (Cuddeback et al, 2009). Sommige teams bieden de patiënt ondersteuning tijdens het strafrechtsproces. Van belang is dat de teams geïntegreerde behandeling bieden aan dubbele diagnose patiënten en naast psychiatrische behandeling, ondersteuning bieden op verschillende levensgebieden (Cosden et al, 2005). Wat betreft de caseload worden er in de internationale praktijk verschillende maatstaven gehanteerd: waar het ene forensische ACT-team de gebruikelijke norm van 1 hulpverlener op 10 patiënten hanteert (Godley et al, 2000), hanteert het andere een norm van 1 op 6 (McCoy et al, 2004). In de meeste studies wordt echter geen informatie gegeven over de omvang van de caseload.

Ook in de Nederlandse literatuur vinden we enkele aanknopingspunten voor de inhoudelijke invulling en organisatie van forensische ACT en FACT. Zo benoemen Van Marle en collega's (2009) risicotaxatie en delictpreventie als kernactiviteit van de forensische psychiatrie, en daarmee ook van forensische (F)ACT-teams. Andere specifieke ingrediënten

van forensische (F)ACT zijn delictanalyse (procedure waarbij door een getrainde deskundige een uitgebreide analyse wordt gemaakt van de gebeurtenissen die tot het delict aanleiding gaven, uitmondend in een delictscenario), risicomanagement (interventies gericht op het reduceren van risico's; hierbij kunnen signaleringsplannen en terugvalpreventieplannen worden ingezet) en samenwerking met justitie.

Daarnaast leveren de studies van Van Gestel e.a. (2006) en van De Kogel en Nagtegaal (2008) interessante gezichtspunten op. Deze studies richten zich weliswaar niet specifiek op forensische ACT, maar op nazorg- en toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten in het algemeen. Op basis van een systematische review van internationale literatuur benoemen Van Gestel e.a. zes werkzame mechanismen in effectieve nazorg- en toezichtprogramma's voor TBS-gestelden en vergelijkbare groepen, namelijk:

- Gefaseerde invrijheidsstelling: snelle en abrupte overgang leidt tot een grotere kans op recidive, geleidelijke en langdurige overgang leidt tot minder recidive;
- Actief case management: door actief case management leveren aspecten als wonen, werken en financiën geen risicofactoren of -situatie op; van belang is dat eventuele risico's vroegtijdig worden gesignaleerd en opgepakt;
- Betrekken van forensisch psychiatrisch expertise: deze kennis is nodig om delictgevaar goed te kunnen inschatten;
- Observatie en monitoren van gedrag en bewegingen;
- Uitwisseling van informatie: dit is nodig om de patiënt goed te kunnen monitoren en terugval vroegtijdig te signaleren;
- Betrekken van de sociale omgeving: de sociale omgeving heeft een positieve invloed op behandeltrouw en motivatie en kan tevens een rol spelen bij het vroegtijdig signaleren van tekenen van terugval.

Verondersteld wordt dat risicomanagement het algemene onderliggende basismechanisme is. Door externe controlerende druk en frequente risicotaxatie kan terugval vroegtijdig worden gesignaleerd en kunnen passende maatregelen getroffen worden, zoals terugplaatsing in een kliniek of een penitentiaire inrichting.

De Kogel & Nagtegaal (2008) onderzochten de effectiviteit en werkzame factoren van toezichtprogramma's van delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten in termen van recidivevermindering. De onderzoekers concluderen dat er enig bewijs bestaat voor de effectiviteit van programma's die naast het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controlemomenten, ook bestaan uit rehabilitatiegerichte componenten zoals zorg, behandeling, vaardigheidstrainingen en praktische steun. Voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die alleen of voornamelijk gericht zijn op het controleren en monitoren van gedrag is geen of nauwelijks wetenschappelijke ondersteuning gevonden. Derde hoofdconclusie die de auteurs trekken is dat er te weinig evaluatieonderzoek van goede kwaliteit is uitgevoerd om bij specifieke toezichtprogramma's voor verschillende doelgroepen (zoals delinquenten met een ernstig psychiatrische stoornis, zedendelinquenten en delinquenten met problematisch middelengebruik) uitspraken te doen over de effectiviteit. De auteurs merken daarbij op dat een aantal programma's, waaronder forensische (F)ACT, veelbelovend lijken; in het geval van forensische (F)ACT doelt men dan op 'delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis'.

De Kogel en Nagtegaal (2008) beschrijven in hun studie ook een aantal 'veronderstelde werkzame mechanismen' die in verschillende toezichtprogramma's voorkomen. Zo is de veronderstelling dat sociale controle en bindingen (o.a. door deelname aan behandel- en werktoeleidingsprogramma's), een goede relatie tussen de delinquent en de reclaseringsfunctionaris en/of behandelaars en sociale steun op lange termijn zouden kunnen bijdragen aan reïntegratie en recidivevermindering. Specifiek voor zeden- en geweldsdelinquenten wordt veel belang gehecht aan o.a. het aanleren van terugvalpreventiestrategieën (door middel van cognitieve gedragstherapie, empathietraining en agressiehantering) en het beïnvloeden van specifieke componenten van de delictketen. Daarnaast wordt het met het oog op de reïntegratie van zedendelinquenten van belang geacht om 'stakeholders' (zoals politie, woningbouw, buurtbewoners, openbaar ministerie) bij het toezicht te betrekken. Bij mensen met een ernstige psychiatrische stoornis is vooral een actieve en assertieve aanpak nodig, in combinatie met een lage caseload en specifieke expertise op het gebied van psychiatrische stoornissen. Het verzamelen, uitwisselen en delen van informatie tussen alle toezichthoudende en hulpverlenende instanties en functionarissen wordt ten slotte bij veel toezichtprogramma's een belangrijk mechanisme geacht. Dat geldt ook voor multidisciplinaire samenwerking.

2.2 Patiëntenonderzoek en praktijkverkenning

Naast literatuurstudie heeft een uitgebreide praktijkverkenning plaatsgevonden. Door middel van uitwisselingsbijeenkomsten, werkbezoeken, teaminterviews en proefaudits (waarin de conceptversies van de modelgetrouwheidschalen zijn beproefd) is informatie verzameld over de werkwijze, de behandeling en de begeleiding van acht forensische ACT en FACT-teams in Nederland. Daarnaast is in het kader van het project een ROM-structuur ontwikkeld. Om een beeld te vormen van de patiëntenpopulatie die de forensische (F)ACT-teams bedienen en zicht te krijgen op de resultaten van de zorg, is op twee momenten informatie over patiënten verzameld. De eerste meting heeft plaatsgevonden in het voorjaar van 2010, de tweede een jaar later. In deze paragraaf beperken we ons tot een beknopte beschrijving van de resultaten van de eerste patiëntenmeting; elders zullen wij over zowel de eerste als de tweede patiëntmeting uitgebreider publiceren (Place et al, in voorbereiding).

2.2.1 Patiëntenonderzoek

Met de eerste patiëntmeting zijn in het voorjaar van 2010 gegevens verzameld over 253 patiënten die op dat moment bij acht deelnemende teams in zorg waren. Zes teams omschreven zichzelf als forensisch ACT-team, twee als forensisch FACT-team. Door middel van vragenlijsten is informatie verzameld over verschillende onderwerpen, zoals socio-demografische kenmerken; verwijskanalen; diagnostiek; maatschappelijke participatie; middelengebruik; zorggebruik en behandeling; criminaliteit en slachtofferschap; sociaal en psychisch functioneren; zorgbehoeften; en risicotaxatie. Bij de ontwikkeling van de vragenlijsten is rekening gehouden met de prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie (Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2009). Om vergelijking met de reguliere (F)ACT populatie mogelijk te maken, zijn de vragenlijsten zoveel mogelijk volgens hetzelfde stramien opgezet als in het onderzoek van Van Vugt et al (2011) naar de relatie tussen mo-

delgetrouwheid en patiëntuitkomsten onder 20 Nederlandse (F)ACT-teams. Van de 321 vragenlijsten die verspreid zijn, zijn er 253 ingevuld geretourneerd. De respons bedroeg daarmee 79%.

Tabel 1 Deelnemende teams, caseload en respons

Instelling	ACT / FACT	Caseload 1^e kwartaal 2010	Respons (n)	Respons (%)
GGZ Drenthe	ACT	75	70	93
Altrecht ACT 3	ACT	50	48	96
Bouman GGZ	ACT	50	39	78
GGZ Eindhoven, Woenselse Poort	FACT	70	42	60
Kijvelanden, Het Dok	ACT	19	19	100
Lentis, AFPN	ACT	19	19	100
GGZ NHN	FACT	20	15	75
GGZ Breburg / Novadic Kentron, VOF dubbele diagnose	ACT	18	1	6
Totaal	--	321	253	79

Het prototype patiënt dat in Nederland in zorg is bij een forensisch (F)ACT-team is man, alleenstaand, eind dertig en van Nederlandse afkomst. Patiënten zijn doorgaans laag opgeleid; de helft van hen heeft uitsluitend basisonderwijs gevolgd, een kwart heeft maximaal het LBO of VBO afgerond. Van vier op de tien patiënten wordt ingeschat dat er sprake is van een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Hoewel landelijke gegevens over het aantal patiënten met een lichte verstandelijke beperking in reguliere (F)ACT-teams ontbreken, is ook daar het aandeel vermoedelijk fors. Zo is uit onderzoek naar het intelligentieniveau van patiënten van twee Rotterdamse ACT-teams gebleken dat ruim tweederde (68%) van de 122 onderzochte patiënten (zeer) lage uitkomsten heeft op intelligentietesten, namelijk een huidig IQ van lager dan 85. Patiënten met een IQ lager dan 85 blijken met name op het gebied van wonen en relaties slechter te functioneren, zijn minder gemotiveerd voor behandeling, hebben een slechtere compliance met de behandeling en hebben meer onvervulde zorgbehoeften dan de groep met een hoger IQ (Stuurman et al, 2008).

Tabel 2 Demografische kenmerken FOR(F)ACT-patiënten

Kenmerk	
Geslacht, man	90%
Gemiddelde leeftijd in jaren	37,5
Allochtoon	35%
Relatie (gehuwd/samenwonend/LAT)	20%
Uitsluitend basis-/lager onderwijs	49%

Wat betreft het maatschappelijk functioneren is bekend dat het grootste deel (43%) over zelfstandige huisvesting beschikt. Een kwart van de patiënten is het afgelopen jaar dakloos geweest; hoewel het gaat om een omvangrijke groep vormt dakloosheid onder patiënten van reguliere (F)ACT-teams in Nederland, maar ook onder patiënten van forensische ACT-teams in de VS (Cuddeback & Morrissey, 2011), een nog groter probleem. Ongeveer een derde van de patiënten (35%) heeft (veelal onbetaald) werk of dagbesteding, vergeleken met de reguliere (F)ACT-patiëntenpopulatie is dat een relatief grote groep. Negen op de tien patiënten hebben een uitkering.

Tabel 3 Participatiekenmerken van FOR(F)ACT-patiënten

Kenmerk	%
Zelfstandig wonend	43
Dakloosheid afgelopen jaar	25
Werk of dagbesteding	35
Uitkering	91

In het jaar voorafgaand aan het onderzoek is 55% van de patiënten in aanraking geweest met politie of justitie. Dit is iets hoger dan in reguliere (F)ACT-teams waar eveneens een relatief fors percentage van de caseload, namelijk 48%, politie- of justitiecontacten heeft gehad in het afgelopen jaar (Van Vugt et al, 2011). 37% heeft het afgelopen jaar een delict begaan waarvan proces verbaal is opgemaakt; in 17% betrof het een geweldsdelict, in 13% een vermogensdelict en in 9% een overtreding. Seksuele delicten worden niet of nauwelijks gemeld. Ruim een derde van de patiënten verbleef het afgelopen jaar een periode in detentie, vergeleken met de reguliere (F)ACT populatie (18%) is dat een forse groep. De gemiddelde detentieduur is bij reguliere (F)ACT-patiënten echter langer (96 dagen) dan bij forensische (F)ACT-patiënten (85 dagen).

Tabel 4 Verblijf in detentie en GGZ in het afgelopen jaar

Kenmerk	%
Politie- en justitiecontacten	55
Delict gepleegd	37
Opname forensische zorg	18
Verblijf in detentie	36
Opnames GGZ/PAAZ	15
Opname in verslavingszorg	16

Zes op de tien patiënten hadden bij aanmelding een strafrechtelijke of een civielrechtelijke titel. De voorwaardelijke veroordeling komt het meest voor, op afstand gevolgd door de (voorwaardelijke) RM en de TBS-maatregel (al dan niet met voorwaarden of proefverlof). De verwijskanalen zijn divers. De belangrijkste toeleveranciers van forensische (F)ACT-teams zijn de ambulante GGZ en de reclassering (vooral verslavingsreclassering). Een betrekkelijk kleine groep van 14% wordt rechtstreeks verwezen vanuit een klinische forensische setting, zoals een TBS-kliniek, een FPK of een FPA. Slechts 2% van de patiënten is aangemeld door een penitentiaire inrichting.

Tabel 5 Forensische kenmerken van FOR(F)ACT-patiënten

Kenmerk	%
Civiel- of strafrechtelijke maatregel	59
Waarvan strafrechtelijke maatregel	81
Waarvan civielrechtelijke maatregel	15
Aanmelding reclassering	30
Aanmelding justitiële ketenpartners	27
Aanmelding GGZ	29

Comorbiditeit komt veel voor; 94% van de patiënten heeft meer dan één diagnose. Maar liefst 70% van de patiënten heeft een verslavingsprobleem (afhankelijkheid of misbruik) en een bijna even groot deel van de patiënten (67%) is gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Maken we de vergelijking met forensische ACT-teams in de VS waar patiënten met persoonlijkheidsstoornissen over het algemeen in de minderheid zijn, dan is dit een opvallend gegeven. Minder dan een derde van de patiënten die in ons onderzoek betrokken zijn lijdt aan een psychotische stoornis; in vergelijking met reguliere (F)ACT-patiënten, waarvan 77% een psychotische stoornis als hoofddiagnose heeft (Van Vugt et al, 2011), is dat een klein percentage. Tot slot heeft 18% van de patiënten een stoornis die gewoonlijk voor het eerst gediagnosticeerd wordt tijdens de kindertijd of adolescentie. Het gaat dan vooral om ADHD en stoornissen uit het autismespectrum.

Tabel 6 Psychiatrische kenmerken FOR(F)ACT-patiënten

Stoornis	%
Verslaving	70
Cannabisafhankelijkheid	21
Alcoholafhankelijkheid	19
Cocaïneafhankelijkheid	17
Persoonlijkheidsstoornis	67
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	23
Persoonlijkheidsstoornis NAO	30
Borderline persoonlijkheidsstoornis	13
Psychotische stoornis	29
Schizofrenie paranoïde type	14
Psychotische stoornis NAO	9
LVG / zwakbegaafd (schatting)	39

De scores op de HoNOS, GAF en CANSAS laten zien dat het om een kwetsbare doelgroep gaat. Op basis van de gemiddelde HoNOS en GAF-scores kunnen de beperkingen van de patiënten worden geclassificeerd als ernstig. Problemen worden met name gesignaleerd op het gebied van relaties, gedrag, motivatie, ADL en alcohol- en drugsgebruik. Uit de scores op de CANSAS blijkt dat patiënten veel on vervulde zorgbehoeftes ervaren op het gebied van activiteiten en werk, sociale relaties en zingeving. Daarin onderscheiden zij zich niet van patiënten van reguliere (F)ACT-teams (Smits e.a., 2009). Van een kwart van de patiënten wordt het geweldsrecidiverisico ten tijde van het onderzoek (dus in de situatie dat patiënten in zorg zijn van het forensisch (F)ACT-team) beoordeeld als matig/hoog tot hoog. Zouden de patiënten geen zorg ontvangen dan zou – op basis van de HKT 30 – tweederde van de patiënten een matig/hoog tot hoog risico lopen op geweldsrecidive.

Samenvattend hebben patiënten van forensische (F)ACT-teams, vergeleken met patiënten van reguliere (F)ACT-teams, vaker te kampen met persoonlijkheidsstoornissen en verslaving, en minder vaak met psychotische aandoeningen. Hoewel ze vaker een vorm van dagbesteding of werk hebben en minder vaak dakloos zijn, hebben ze net als patiënten van reguliere (F)ACT-teams ernstige beperkingen in het functioneren op verschillende levensgebieden en vormen zij daarmee een kwetsbare doelgroep.

2.2.2 Informatie over de teams

Door middel van schriftelijke inventarisaties, documentenanalyse, uitwisselingsbijeenkomsten, werkbezoeken, teaminterviews en proefaudits is informatie verkregen over de teamstructuur, organisatie en werkwijze van de deelnemende forensische (F)ACT-teams. De praktijkverkenning heeft aan het licht gebracht dat er op bepaalde punten grote verschillen zijn tussen de teams.

Verschillen zijn er in de eerste plaats in doelgroep. Een aantal teams richt zich uitsluitend op patiënten die zij via de (verslavings)reclassering aangemeld krijgen, bijvoorbeeld in het kader van een voorwaardelijke veroordeling. Al deze patiënten hebben dan ook een strafrechtelijke titel. Andere teams richten zich op een bredere doelgroep, dus ook op mensen met een civielrechtelijke maatregel, of op patiënten die geen titel of maatregel hebben maar wel – vaak als gevolg van een persoonlijkheidsstoornis – ernstig ontwrichtend gedrag vertonen en daardoor in reguliere (F)ACT-teams niet te handhaven zijn.

Verschillen zijn er ook in teamsamenstelling. Een belangrijk discussiepunt is de plek van de reclassering. Alle teams hechten veel waarde aan een nauwe samenwerking met de reclassering. Vanuit het besef dat er veel overeenkomsten zijn tussen reclassering en forensische ACT wat betreft doelstellingen, doelgroep en visie, heeft het team van AFPN Lentis ervoor gekozen twee reclasseringsmedewerkers in het team op te nemen. De reclasseringsmedewerkers zijn volwaardig teamlid en zijn net als de andere teamleden dossierhouder van een aantal patiënten. Daarnaast vervullen zij de rol van toezichthouder voor alle patiënten die onder reclasseringstoezicht zijn gesteld en zijn zij verantwoordelijk voor het opstellen van voortgangsrapportages aan de rechtbank. In de andere teams is de reclassering (vooralsnog) niet vertegenwoordigd, hetzij om praktisch / organisatorische redenen (sommige forensische (F)ACT-teams hebben met drie verschillende

reclasseringsorganisaties van doen), hetzij om principiële redenen. Een aantal teams is van mening dat behandeling en formeel toezicht (inclusief meldingsplicht) twee verschillende functies zijn die niet in één team kunnen worden ondergebracht.

Verschillen zijn er ten slotte ook in zowel het forensisch als het (F)ACT gehalte. Het (F)ACT gehalte wordt bepaald door de mate waarin voldaan wordt aan de belangrijke kenmerken van (F)ACT, zoals outreachende zorg, multidisciplinariteit, gedeelde caseload en continuïteit van zorg. Waar sommige teams al behoorlijk modelgetrouw werken, is er voor andere nog een hele weg te gaan. Het forensisch gehalte van een team laat zich onder meer afmeten aan de mate waarin een team specifieke forensische interventies toepast (zoals agressiehantering), de mate waarin het team beschikt over specifieke forensische expertise en ervaring en de mate waarin het doet aan risicotaxatie. De teams die een gemengde doelgroep (zowel reguliere als forensische patiënten) bedienen lopen op dit punt enigszins achter bij de specialistische forensische teams.

De verschillen tussen de teams hangen zoals gezegd gedeeltelijk samen met de ontwikkelingsfase waarin ze verkeren maar kunnen ook verklaard worden vanuit de ontstaansgeschiedenis en de regionale en organisatorische context waarbinnen ze ontstaan zijn. Zo is het forensische ACT-team van Altrecht ontstaan vanuit de behoefte een zorgaanbod te creëren voor een groep patiënten die vanwege hun complexe en ontwrichtende gedrag niet te handhaven is in reguliere ACT-teams. Het hebben van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel is geen voorwaarde om voor zorg door het forensische ACT-team in aanmerking te komen; men richt zich op een brede, potentieel delictgevaarlijke doelgroep. Het forensisch FACT-team van GGZ Noord Holland Noord daarentegen is primair ontstaan vanuit de gevoelde noodzaak een intensief ambulant zorgaanbod te creëren in aansluiting op behandeling in de FPA of de forensische RIBW. Op het moment van aanmelding beschikken alle patiënten over een strafrechtelijke titel. Het forensisch FACT-team is opgericht om een brug te slaan tussen de (klinische) forensische zorg en de reguliere langdurende GGZ-zorg.

De verschillen in doelgroep en werkwijze worden echter voor het grootste deel bepaald door de wijze van financiering. Teams die uitsluitend door Justitie gefinancierd worden, krijgen uitsluitend betaald voor patiënten met strafrechtelijke titels. Op het moment dat die titel vervalt of een patiënt niet voldoet aan de voorwaarden die de officier van justitie of rechter (-commissaris) heeft gesteld, vervalt ook de financiering en kan het team de patiënt niet langer in zorg houden. De uitstroom uit deze teams is groot. Teams die gemengd gefinancierd worden (deels uit Justitiemiddelen, deels uit AWBZ / Zorgverzekeringswet) hanteren doorgaans een bredere definitie van de doelgroep en zijn beter in staat om patiënten gedurende een langere tijd aan zich te binden.

2.3 Conclusies

Om te komen tot een modelbeschrijving en, daarvan afgeleid, modelgetrouwheidschalen voor forensische ACT en FACT-teams in Nederland, is een internationale literatuurstudie uitgevoerd, heeft een uitgebreide verkenning plaatsgevonden van de Nederlandse forensische (F)ACT praktijk en is onderzoek gedaan naar de kenmerken van de doelgroep van forensische (F)ACT-teams. Op basis daarvan kunnen we de volgende conclusies trekken.

Doelgroep forensische (F)ACT

In de literatuur worden geen uniforme definities gehanteerd van de doelgroep van forensische ACT. In de internationale studies die wij hebben geraadpleegd wordt het begrip 'forensisch' op verschillende manieren geoperationaliseerd. Ook de term 'psychiatrisch' wordt verschillend geoperationaliseerd, al richten de meeste internationale studies zich hoofdzakelijk of uitsluitend op patiënten met as 1 problematiek, waarbij psychotische stoornissen de boventoon voeren.

Ook in de Nederlandse praktijk worden de termen 'forensisch' en 'psychiatrisch' op verschillende manieren gebruikt en worden er verschillende in- en exclusiecriteria gehanteerd. Waar sommige teams een enge definitie hanteren van forensisch, hanteren andere een ruimere. Opvallend is ook dat in de Nederlandse forensische (F)ACT praktijk patiënten met verslavingsproblematiek en persoonlijkheidstoornissen oververtegenwoordigd zijn. Daarin verschillen de teams van de reguliere (F)ACT-teams in binnen- en buitenland maar ook van de forensische (F)ACT-teams in de VS. De keuzes die we in de modelbeschrijving hebben gemaakt met betrekking tot de doelgroep zullen in het volgende hoofdstuk beschreven worden.

Wenselijke invulling en vormgeving forensische (F)ACT

Op basis van internationale literatuurstudie hebben we geconstateerd dat er op zijn minst enig bewijs is voor de stelling dat *forensische ACT* leidt tot minder criminaliteit of detentiedagen bij forensisch psychiatrische patiënten. De vraag waarin forensische ACT zich dan onderscheidt of zich zou moeten onderscheiden van reguliere ACT, en wat de werkzame factoren zijn van forensische ACT, heeft in de internationale literatuur tot op heden echter nog betrekkelijk weinig aandacht gekregen. Op basis van de beschikbare informatie komen we evenwel tot de volgende lijst van 'inhoudelijke ingrediënten' of 'onderscheidende kenmerken' van forensische ACT en FACT:

- Forensische ACT-teams dienen, net als reguliere ACT-teams, te voldoen aan de algemene ACT-principes zoals outreachend werken, shared caseload, multidisciplinaire aanpak, intensieve zorg en 24-uurs beschikbaarheid. Deze principes worden door verschillende auteurs als essentiële componenten gezien van de ambulante (ACT) zorg aan de forensisch psychiatrische doelgroep;
- Forensische ACT-teams moeten nauw samenwerken met justitiële instanties, zoals rechtbank en reclassering. Onder andere moet er informatie-uitwisseling tussen verschillende instanties zijn;
- Behandeling en toezicht moeten in forensische (F)ACT-teams hand in hand gaan. Dat kan door een reclasseringsmedewerker in het team op te nemen, maar ook door intensief samen te werken met de reclassering;
- Forensische (F)ACT-teams moeten beschikken over forensische expertise;
- Hulpverleners van forensische (F)ACT-teams moeten in staat zijn een vertrouwensband op te bouwen met patiënten, maar moeten tegelijkertijd ook structuur kunnen bieden en helder en consequent zijn. Uitdaging waarvoor hulpverleners van forensische ACT-teams staan is om de juiste balans te vinden tussen de wensen van de patiënt, de behandelbehoefte of -noodzaak en de veiligheid van de samenleving;

- Het team heeft een belangrijke taak in risicomanagement. Monitoring en risicotaxatie vormen hiervan wezenlijke onderdelen;
- Het team moet geïntegreerde behandeling bieden aan dubbele diagnose patiënten. Daarnaast moet het team een aanbod hebben op het gebied van agressie- en impulsregulatie alsmede op het gebied van rehabilitatie, zoals vaardigheidstrainingen en psycho-educatie;
- Het forensisch ACT-team moet intensief samenwerken met het sociale netwerk van de patiënt. Het sociale netwerk vormt een belangrijke bron van steun en kan tevens een rol spelen in de monitoring van de patiënt;
- Het team moet intensieve zorg kunnen leveren. Dit impliceert een lage caseload;
- Het team moet langdurige, zo nodig levenslange ondersteuning kunnen bieden;
- De ondersteuning moet zich richten op verschillende levensgebieden, waaronder financiën, huisvesting en arbeid. Van belang is dat het team de patiënt ondersteunt bij het verkrijgen van toegang tot diensten en zorg in de samenleving;
- Het team moet continuïteit van zorg kunnen bieden. Dit betekent ook dat de patiënt bezocht moet worden tijdens detentieperiodes.

De keuzes die we in de modelbeschrijving hebben gemaakt met betrekking tot de invulling en organisatie van forensische (F)ACT zullen in het volgende hoofdstuk beschreven worden.

De huidige forensische (F)ACT praktijk

De praktijkverkenning heeft zichtbaar gemaakt dat de forensische (F)ACT praktijk zich lokaal zeer verschillend heeft ontwikkeld. Naast verschillen in doelgroep zijn er ook verschillen in teamsamenstelling, in de mate van getrouwheid aan het (F)ACT-model en in de wijze van invulling van het (forensisch) zorgaanbod. We hebben geconstateerd dat de verschillen in de huidige Nederlandse FOR(F)ACT praktijk voor een groot deel bepaald worden door de wijze van financiering. Forensische (F)ACT-teams die gemengd gefinancierd worden (vanuit Justitiemiddelen en de AWBZ / ZVW) lijken het beste in staat te zijn tot het bieden van goede (F)ACT-zorg.

3 Modelbeschrijving forensische (F)ACT

De specifieke kenmerken van de forensische doelgroep en de focus op recidivevermindering naast behandeling en begeleiding, vragen van forensische (F)ACT-teams in bepaalde opzichten om een andere manier van werken en om een ander zorgaanbod ten opzichte van reguliere (F)ACT-teams (zie o.m. Cosden et al, 2004; Osher & Steadman, 2007; Cuddeback et al, 2009; Van Marle et al, 2009). In dit hoofdstuk beschrijven we, op basis van de literatuurstudie, de praktijkverkenning en het patiëntenonderzoek (zie hoofdstuk 2), hoe een forensisch (F)ACT-team idealiter vorm en inhoud zou moeten krijgen. Aan de basis van deze modelbeschrijving liggen de basisprincipes van ACT en FACT, zoals uitgewerkt in de DACTS (Teague et al, 1998) en de FACTS (CCAF, 2010). Voor een uitgebreide (Nederlandstalige) beschrijving van ACT en FACT verwijzen we onder meer naar de handboeken die hierover geschreven zijn (Kroon en Mulder, 2009; Van Veldhuizen e.a., 2008). In dit hoofdstuk zullen we met name aandacht besteden aan de onderscheidende kenmerken van forensische (F)ACT ten opzichte van het reguliere (F)ACT model.

3.1 Doelgroep forensische (F)ACT

Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk hanteren forensische (F)ACT-teams in Nederland verschillende definities en inclusiecriteria. Ook in de Verenigde Staten is geen consensus over de doelgroep van forensische ACT-teams. Om onderzoek naar de effectiviteit van forensische ACT beter mogelijk te maken wordt er in verschillende publicaties gepleit voor een standaarddefinitie van de doelgroep (o.a. Cuddeback et al, 2008).

Omdat een forensische periode moeilijk in tijd afgrensbaar is (Zwemstra, 2009) en delictgevaar niet per definitie samenhangt met het hebben van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel pleiten wij voor een ruime definitie van 'forensisch'. Forensische (F)ACT-teams zouden zich moeten richten op mensen met een ernstige psychiatrische stoornis, die vanuit die stoornis een (aanzienlijk) delictgevaar opleveren voor de samenleving en langdurende behandeling, begeleiding en toezicht nodig hebben om met zo min mogelijk delict risico en symptomen zoveel mogelijk aan de maatschappij deel te nemen. Mensen die een veroordeling of detentieopname hadden in het verre verleden zouden ons inziens tot de forensische doelgroep kunnen behoren indien er tevens een actueel risico bestaat op crimineel gedrag en de specifieke zorg van een forensisch team noodzakelijk is.

Naast de definiëring van het begrip 'forensisch' vragen ook de begrippen 'psychiatrisch' en 'psychiatrische stoornis' om nadere uitwerking. Waar Amerikaanse forensische ACT-teams zich hoofdzakelijk richten op patiënten met as 1 problematiek (m.n. schizofrenie en psychotische stoornissen), zien we in de Nederlandse forensische (F)ACT praktijk een oververtegenwoordiging van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, vaak in combinatie met verslaving. Hoewel er op dit moment nog onvoldoende wetenschappelijke evidentie is van de werkzaamheid van (forensische) ACT voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek (Weisbrod, 1983), sluit het ACT-model bepaalde diagnosegroepen niet op voorhand uit. In deze modelbeschrijving pleiten wij niet alleen voor een brede definitie van 'forensisch' maar ook van 'psychiatrisch'; zowel patiënten met as 1 problematiek als patiënten met persoonlijkheidsstoornissen behoren in principe tot de doelgroep van foren-

sische (F)ACT-teams. Hiermee doen we recht aan de (inter)nationaal gegroeide praktijk rond gedwongen ambulante behandeling waarbij forensische (F)ACT-teams het zich bijna niet meer kunnen permitteren om patiënten met persoonlijkheidstoornissen en gewelddadig gedrag uit te sluiten (Cuddeback en Morrissey, 2011).

Met ons pleidooi voor een ruime definitie van 'psychiatrisch' bedoelen wij echter niet te zeggen dat forensische (F)ACT voor alle typen (ex) justitiabelen, onder wie ook antisociale persoonlijkheden, een passend zorgmodel is. ACT is ontwikkeld voor een groep van zeer kwetsbare mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die hulpbehoeftes hebben op verschillende levensgebieden, en zich zonder ondersteuning niet staande kunnen houden in het dagelijks leven. Ook uit de uitgevoerde patiëntenmeting blijkt dat de patiëntengroep van forensische (F)ACT-teams bestaat uit mensen met ernstige beperkingen en zorgbehoeftes op verschillende levensgebieden. Van belang is dat forensische (F)ACT ook in de toekomst wordt ingezet voor de meest kwetsbare patiëntengroep die behoefte heeft aan een combinatie van zorg, behandeling en monitoring. (Ex) justitiabelen met een hoog risico op recidive maar zonder duidelijke zorg- en/of behandelbehoefte komen eerder in aanmerking voor reclasseringstoezicht of (gedwongen) forensisch poliklinische behandeling dan voor forensische (F)ACT.

3.2 Doelstelling forensische (F)ACT

De ontwikkelaars van ACT hadden als doel om mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zo lang mogelijk buiten het ziekenhuis te houden en hen vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk te leven (Stein en Test, 1980). Waar bij reguliere (F)ACT-teams het primaire doel is om het welzijn van patiënten te verbeteren (Van Vugt et al, 2011), is bij forensische (F)ACT-teams het reduceren van het risico op recidive eveneens een wezenlijk doel. Het taxeren van risico's en het daarop interveniëren met als doel om herhaling van delicten te voorkomen (risicomanagement) behoren tot de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie, en daarmee ook van forensische (F)ACT-teams (Van Marle et al, 2009).

3.3 Functie en positionering forensische (F)ACT

Zoals toegelicht in 3.1 pleiten wij in deze modelbeschrijving voor een ruime definitie van 'forensisch'. Met een ruime definitie van de forensische doelgroep worden geen patiënten uitgesloten van de zorg die zij nodig hebben. Een ruime definitie van de forensische doelgroep impliceert tevens dat forensische (F)ACT-teams twee belangrijke functies hebben; voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die vaak al wel bekend zijn bij politie en justitie maar nog niet of voorwaardelijk veroordeeld zijn, hebben ze een opname- en detentievoorkomende functie, voor patiënten die reeds een strafrechtelijk feit begaan hebben en daarvoor in detentie hebben gezeten of behandeld zijn geweest in een forensisch psychiatrische setting hebben ze een reïntegrerende functie. Daarmee hebben forensische (F)ACT-teams zowel een functie in het opschalen van zorg als in het afbouwen van zorg.

Hoewel we in de Nederlandse praktijk beide functies terugzien, worden ze veelal (nog) niet gecombineerd binnen één en hetzelfde team. Deels heeft dit te maken met omge-

vingfactoren zoals de wijze van financiering, de ontstaansgeschiedenis en de regionale context, maar daarnaast vergen beide functies intensieve contacten met verschillende netwerkpartners. Om de reïntegrerende functie goed te kunnen uitvoeren is een nauwe samenwerking met forensisch psychiatrische behandelinstellingen (TBS-klinieken, FPK's, FPA's, PPC's) noodzakelijk. Om de opname- en detentievoorkomende functie goed te kunnen uitvoeren zijn vooral intensieve contacten nodig met partners die aan het begin van de (forensisch) psychiatrische keten staan, zoals OGGZ-teams, reguliere ACT-teams, veiligheidshuizen, welzijnsorganisaties, Openbaar Ministerie, politie enzovoort. Voor de uitvoering van beide functies is het dus essentieel dat forensische (F)ACT-teams goed zijn ingebed in de gehele forensisch psychiatrische zorgketen, van het begin tot het eind. Ketenpartners met wie de samenwerking in de toekomst nog zou kunnen worden geïntensiveerd zijn de penitentiair psychiatrische centra (PPC's). De PPC's zouden in de toekomst een belangrijker toeleverancier van patiënten kunnen worden dan dat zij nu feitelijk zijn. In paragraaf 3.5.8 wordt nader ingegaan op de samenwerking met ketenpartners.

3.4 Het forensisch (F)ACT-team

3.4.1 Samenstelling team

Omdat patiënten met ernstige en langdurende psychiatrische aandoeningen zorgbehoeftes hebben op verschillende levensgebieden bestaat een regulier (F)ACT-team uit meerdere disciplines. Maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en trajectbegeleiders vormen meestal het grootste gedeelte van het team. Daarnaast maken in de praktijk een ervaringsdeskundige, een psychiater, een psycholoog, een teamleider en een teamsecretaresse deel uit van het team.

Patiënten van forensische (F)ACT-teams vertonen in bepaalde opzichten overeenkomsten en in andere opzichten verschillen met reguliere (F)ACT-patiënten. Wat beide groepen gemeenschappelijk hebben is dat zij als gevolg van hun psychiatrische aandoening ernstig beperkt worden in hun dagelijks functioneren en problemen ondervinden op verschillende levensgebieden. Voor de samenstelling van het team betekent dit dat forensische (F)ACT-teams, evenals reguliere (F)ACT-teams, uit de bovengenoemde basisdisciplines moet bestaan. Wat forensisch psychiatrische patiënten echter onderscheidt van reguliere (F)ACT-patiënten, is dat zij vaker lijden aan persoonlijkheidsstoornissen, vaker een strafrechtelijke titel hebben, vaker verwezen worden via justitiekanaal en delictgevaarlijk zijn. Dit stelt enkele bijzondere eisen aan de samenstelling en deskundigheid van een forensisch (F)ACT-team.

Cuddeback en Morrissey (2011) pleiten ervoor dat een hulpverlenersteam wat betreft demografische kenmerken zoveel mogelijk overeenkomt met de patiëntenpopulatie die het team bedient. Dit betekent dat er bij de samenstelling van een team gelet moet worden op een optimale mix van mannen en vrouwen en van allochtonen en autochtonen.

Psycholoog

In de DACTS wordt de psycholoog niet expliciet genoemd als één van de basis- of kern-disciplines van een ACT-teams, al maakt deze in de praktijk steeds vaker deel uit van het

team. In een forensisch (F)ACT-team mag een GZ-psycholoog niet ontbreken. Onder andere heeft hij/zij een belangrijke taak in het uitvoeren van psychologische tests en interventies, het coördineren, ondersteunen en deels uitvoeren van risicotaxaties en het opstellen van terugvalpreventieplannen. Tevens zal de psycholoog vaak de formele rapportage naar justitie coördineren of op zich nemen en eventuele rapportages aanleveren voor verlengingszittingen of verlofaanvragen. Verder is de psycholoog mede verantwoordelijk voor het toezien op de teamdynamiek. De psycholoog heeft daarnaast de gebruikelijke taken zoals alle teamleden. De psycholoog zal ook dossierhouder zijn voor een aantal patiënten. Een optimaal functionerend forensisch ACT-team beschikt over 1 fte psycholoog op 100 patiënten. Voor forensische FACT-teams hanteren we 1 psycholoog op 200 patiënten als norm.

Psychiater

Net als in een regulier (F)ACT-team neemt de psychiater ook in een forensisch (F)ACT-team een belangrijk plek in. In het ideale geval beschikt een regulier ACT / FACT-team over één fte psychiater op respectievelijk 100 en 200 patiënten. In een forensisch (F)ACT-team zou een iets minder grote functieomvang (0,8 fte) van de psychiater kunnen volstaan vanwege de grotere rol van de GZ-psycholoog in het team.

Arbeidsdeskundige

Begeleiding door een arbeidsdeskundige bij het vinden en behouden van werk of dagbesteding is net als bij reguliere (F)ACT-teams voor de forensische (F)ACT-teams van wezenlijk belang. Uit het patiëntenonderzoek blijkt 46% van de patiënten een onvervulde zorgbehoefte te hebben op het gebied van betaald werk. Lage prestaties op school en op het werk vormen een risicofactor voor toekomstige recidive (Andrews et al, 2006). Patiënten hebben vaak een instabiel werkverleden, gekenmerkt door (periodes van) werkloosheid, veel kortdurende banen, gedwongen ontslagen en/of onderbrekingen in loopbaan door detentie en opnames. Voor het vinden en behouden van (vrijwilligers)werk is begeleiding en advies gewenst. Naast standaard ondersteuning bij het vinden van geschikte functies, opstellen van CV, sollicitaties, uitleg van onderbrekingen in arbeidsverleden, is specifieke aandacht nodig voor het wel of juist niet bespreekbaar maken van delictverleden en zo ja, op welke manier. Voor banen in bepaalde sectoren, zoals de zorg of het onderwijs, is een Verklaring omtrent Gedrag (VOG) een vereiste. Iemand krijgt een VOG als hij geen strafbare feiten heeft gepleegd of als deze feiten geen belemmering vormen voor het betreffende werk.

In de DACTS wordt een formatieomvang van 2 fte arbeidsdeskundige op 100 patiënten als norm gesteld, in de FACTS is deze norm 1 fte op 100 patiënten. Voor forensische ACT en FACT handhaven we deze normen. Wenselijk is dat het forensisch (F)ACT-team te werk gaat volgens de evidence based methodiek van individual placement and support (IPS). In deze methodiek worden arbeidstoeleiding en arbeidsondersteuning gecombineerd.

Maatschappelijk of sociaal juridisch werker

Maatschappelijk of sociaal juridisch werk heeft voor forensische (F)ACT-teams een belangrijke meerwaarde, omdat veel van hun patiënten kampen met (ernstige) financiële problemen veroorzaakt door schulden, openstaande boetes en/of huurachterstanden.

Ook raken patiënten vaak hun woning kwijt vanwege schulden of omdat ze lang gedetineerd zijn geweest of in een (forensische) zorginstelling verbleven en de huur of hypotheek niet konden doorbetalen. Een sociaal juridisch of maatschappelijk werker heeft specifieke kennis en expertise omtrent huurrechten, schuldhulpverlening, bewindvoering, uitkeringen en andere juridische zaken. De ondersteuning omvat uiteenlopende zaken, zoals het aanvragen van uitkeringen, ontwikkelen van taakstraffen, uitstellen van uithuisplaatsing, regelen van een nieuwe woning, opschorten van boetes. Daarnaast is het onderhouden van contact en bemiddelen met externe instanties zoals woningcorporaties of schuldeisers essentieel. Van belang is dat de maatschappelijk of sociaal juridisch werker niet alleen over kennis van sociale wetgeving beschikt, maar ook over juridische deskundigheid ten aanzien van het straf(proces)recht. De maatschappelijk of sociaal juridisch werker heeft tevens een consultatieve functie voor andere teamleden, die ook algemene maatschappelijk werktaken op zich nemen.

In de DACTS worden geen expliciete normen gesteld met betrekking tot de aanwezigheid of formatieomvang van een maatschappelijk of sociaal juridisch medewerker. Voor forensische ACT (en FACT) teams stellen we die norm wel vanwege de hoge prevalentie van financiële, huisvestings- en justitiële problemen van de doelgroep. Een optimaal functionerend forensisch ACT of FACT-team beschikt over één fte maatschappelijk / sociaal juridisch medewerker op respectievelijk 100 en 200 patiënten.

Ervaringsdeskundige

Ervaringsdeskundigen nemen een belangrijke plek in in ACT en FACT-teams. Voor de effectiviteit van ervaringsdeskundige casemanagers of case managementassistenten ontstaat in toenemende mate bewijs (Van Slooten, 2009). Winstpunten van ervaringswerkers zijn onder andere dat zij door hun voorbeeldfunctie voor patiënten een bron van hoop kunnen zijn en dat zij vanuit de eigen ervaringsdeskundigheid een schat aan kennis hebben en kunnen overbrengen op het gebied van coping. Daarnaast kunnen ervaringswerkers een rol spelen in het (h)erkennen van zorgbehoeftes en het overbruggen van de kloof tussen zorgbehoeftes en zorgaanbod. Doordat ervaringswerkers dezelfde taal spreken en kunnen inhaken op gemeenschappelijke ervaringen, hebben zij vooral bij zorgmijdende doelgroepen eerder aansluiting en vervullen zij een brugfunctie tussen patiënt en hulpverlener (Van Slooten, 2009). De DACTS stelt als norm dat ervaringswerkers full time zijn verbonden aan het team en als hulpverlener werkzaam zijn, met dezelfde verantwoordelijkheid als andere hulpverleners van het team. De FACTS verlangt van FACT-teams dat zij op 200 cliënten, minimaal 0,8 fte ervaringswerkers in dienst hebben.

Ook voor forensische (F)ACT-teams is het van belang dat zij beschikken over ervaringsdeskundigen, vooral ook omdat de motivatie voor zorg en behandeling van forensisch psychiatrische patiënten nogal eens te wensen over laat. Ervaringsdeskundigheid op het gebied van zowel de psychiatrie en/of verslaving als op forensisch vlak strekt daarbij tot de aanbeveling. Ervaringsdeskundigheid op forensisch gebied kan mogelijk helpen om tekenen van terugval in delictgedrag vroegtijdig te signaleren en daarop te anticiperen. Tot op heden is er in Nederlandse forensische (F)ACT-teams nog weinig ervaring opgedaan met de inzet van ervaringsdeskundigen. Het beleid van veel instellingen ten aanzien van de Verklaring omtrent Gedrag (VOG) speelt daarbij een rol, evenals het dilemma om ex-patiënten al dan niet aan te stellen binnen de instelling of regio waarin zij zelf behandeld en/of gedetineerd zijn geweest. In ieder geval is van belang dat erva-

ringsdeskundigen in forensische (F)ACT-teams goed worden begeleid en geschoold zodat zij voldoende opgewassen zijn tegen hun verantwoordelijke taak.

3.4.2 Basishouding en -vaardigheden

Het werken in een ACT of FACT-team stelt specifieke eisen aan de basishouding en -vaardigheden van de teamleden. Zo moeten teamleden beschikken over een generalistische insteek, waarbij zij over de grenzen van hun eigen discipline heen kijken en werken. In een goed functionerend (F)ACT-team wordt specifieke kennis van een bepaalde discipline zo veel mogelijk uitgewisseld. Daar waar nodig en wenselijk neemt men, binnen de wettelijke kaders, taken van elkaar over. Naast de capaciteit om goed te kunnen samenwerken behoort een (F)ACT-teamlid, gezien de complexiteit van het werk, te beschikken over veel geduld, empathie, optimisme en flexibiliteit (Lardinois et al, 2009). Zeer wenselijk is het kunnen opbouwen van een wederkerige relatie met de patiënt. Daarvoor zal de hulpverlener over het vermogen moeten beschikken om werkelijk het contact met de patiënt aan te gaan, om aansluiting te vinden bij de ander (Lohuis, 2009). Het kunnen toepassen van de presentiebenadering (Baart, 2001), motiverende gespreksvoering (Miller en Rollnick (1991) en oplossingsgerichte technieken (Bannink, 2006) zijn belangrijke vaardigheden waarover een (F)ACT-teamlid moet beschikken.

Bovenstaande eigenschappen en houdingsaspecten zijn evenzeer van belang voor hulpverleners van forensische (F)ACT-teams. Daarnaast is in de literatuur gezocht naar specifieke elementen van de forensische basisattitude. In een review van 'community treatment' voor daders met ernstige psychiatrische aandoeningen schrijven Lamb et al (1999) dat hulpverleners van deze teams zich comfortabel moeten voelen bij het toepassen en gebruiken van autoriteit. Hulpverleners moeten enerzijds investeren in een goede werkrelatie met patiënten (De Kogel en Nagtegaal, 2008) maar anderzijds ook grenzen kunnen stellen en drangmaatregelen kunnen toepassen. Een valkuil in de behandeling van forensische patiënten kan echter zijn dat er te veel nadruk ligt op probleem- en risicobeheersing en te weinig op de mogelijkheden en kwaliteiten van een patiënt. Daarom is het van belang dat er in forensische (F)ACT-teams tevens gewerkt wordt vanuit een herstelgerichte benadering, waarin aandacht is voor de wensen en behoeften van patiënten en het vergroten van hun kwaliteiten, autonomie en krachten (Gredecki en Turner, 2009).

Ter aanvulling op hetgeen in de literatuur over forensische ACT over de basisattitude van hulpverleners is beschreven, hebben wij een inventarisatie van de noodzakelijk geachte attitudekenmerken en vaardigheden gehouden onder hulpverleners van forensische (F)ACT-teams. Op basis van deze inventarisatie komen we tot de volgende lijst van eigenschappen en vaardigheden. Ten eerste dienen forensische (F)ACT-teamleden te beschikken over een accepterende, onbevooroordeelde grondhouding. Van belang is een positieve bejegening van patiënten, en het beschikken over sterke motiverende eigenschappen. Hulpverleners moeten in staat zijn tot betrokkenheid en empathie maar ook afstand kunnen nemen en hun eigen grenzen kunnen stellen. Een duidelijke en consequente benadering is van groot belang. Hoge eisen worden gesteld aan de stressbestendigheid van hulpverleners; ze moeten niet snel bang of snel van slag zijn, tegen een stootje kunnen, een nuchtere blik hebben en in staat zijn om te relativiseren. Hulpverleners moeten geduld kunnen opbrengen en kunnen denken in lange termijnen. Zij moeten

in staat zijn tot het bedenken en inslaan van nieuwe wegen (creativiteit) en onverwachte situaties flexibel kunnen opvangen. Hulpverleners moeten oplossingsgericht zijn en over een pioniersmentaliteit beschikken. Ze moeten in staat zijn om met de nodige distantie naar het functioneren van de patiënt, maar ook naar het eigen functioneren en dat van het team, te kijken en daarop te sturen. Ten slotte is het van belang dat hulpverleners beschikken over een klantgerichte basishouding, zowel ten opzichte van de patiënt als ten opzichte van zijn sociale systeem en het bredere netwerk van ketenpartners.

Specifieke aandacht vraagt de omgang met patiënten met lichte verstandelijke beperkingen (LVB). Uit het patiëntonderzoek is naar voren gekomen dat naar schatting vier op de tien patiënten van forensische (F)ACT-teams een LVB hebben. Vanuit de literatuur is bekend dat de effectiviteit van de behandeling van LVB-ers met psychiatrische en/of gedragsproblemen staat of valt met de bejegening. Als mensen met een lichte verstandelijke beperking niet op een adequate manier bejegend worden zullen therapeutische interventies hun doel voorbij schieten (Neijmeijer et al, 2010). Voor een adequate begeleiding en bejegening van LVB-ers is het van belang dat hulpverleners aansluiten bij het niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling; een veilige omgeving bieden en gunstige omgevingscondities creëren; vanuit een stabiel team en gezamenlijke visie te werk gaan; een vertrouwensband opbouwen met de patiënt; hun communicatie aanpassen (eenvoudig, bondig en concreet taalgebruik, herhalen, tempo aanpassen, gebruik van visuele hulpmiddelen); veel structuur bieden (duidelijk dagprogramma, goede dagbesteding, structuur aanbrengen in de behandeling, gefaseerd werken, heldere regels hanteren); patiënten helpen bij het uitbouwen en versterken van praktische en sociale vaardigheden, en bij het toepassen van deze vaardigheden in verschillende situaties; en patiënten op een positieve, competentiegerichte manier benaderen (Neijmeijer et al, 2010).

3.4.3 Forensische expertise

"Forensic ACT-teams need to identify individuals with special experiences and skills to work with this population" (Cuddeback et al 2009, p. 231). Teamleden van forensische (F)ACT-teams dienen naast een bepaalde basishouding en basisvaardigheden, tevens te beschikken over specifieke forensische kennis en deskundigheid. Zo is het in ieder geval van belang dat een team beschikt over kennis van delictanalyse en risicotaxatie, en bekend is met en getraind is in het gebruik van risicotaxatie-instrumenten. Kennis en deskundigheid op het gebied van risicomangement en de daarbij behorende interventies (inbouwen van controlemomenten, inschakelen en inzetten van het sociale netwerk, verplichte inname van medicatie) en methodieken (terugvalpreventieplannen, signaleringsplannen) is evenzeer van belang. Daarnaast dienen hulpverleners in forensische (F)ACT-teams kennis te hebben van het strafrechtstelsel (Lamberti, 2007; Godley et al, 2000). Omdat patiënten vaak weinig gemotiveerd zijn voor behandeling, zich nogal eens verzetten tegen behandeling en een lage compliance hebben (Laberge & Morin, 1995; Feder, 1991) is het van belang dat hulpverleners van forensische (F)ACT-teams kunnen omgaan met weerstanden en beschikken over vaardigheden op het gebied van motiverende gespreksvoering. De door Miller & Rollnick (1991) ontwikkelde methodiek van motivational interviewing biedt daarvoor handzame handvatten. Vanwege de hoge prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen en acting-out gedrag onder de populatie van forensische

(F)ACT-teams is het van belang dat hulpverleners deskundig zijn in het omgaan met deze problematiek (Cuddeback en Morrissey, 2011). Zoals aangegeven in de vorige paragraaf is het van belang dat hulpverleners deskundig zijn op het gebied van herstelgerichte zorg. Ten slotte is kennis en expertise op het gebied van lichte verstandelijke beperkingen nodig gezien het feit dat een relatief grote doelgroep te kampen heeft met LVB.

Van belang is dat het team op elk van deze gebieden geschoold en getraind is, en dat er sprake is van 'éducation permanente'. Een optimaal functionerend forensisch (F)ACT-team dient iedere twee jaar in minimaal vijf van de zeven hierboven beschreven deskundigheidsgebieden (bij)geschoold te worden, bijvoorbeeld door het volgen van trainingen, het bijwonen van studiedagen en deelname aan (begeleide) intervisiebijeenkomsten en casuïstiekbesprekingen.

3.5 Werkwijze en organisatie van forensische (F)ACT

3.5.1 Caseload

Eén van de kenmerken van ACT en FACT is dat er gewerkt wordt met een gedeelde caseload. Dit betekent dat patiënten door het gehele team begeleid worden, en dat er sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid. Omdat het gaat om patiënten die intensieve zorg nodig hebben op verschillende levensgebieden is de caseload laag. Een regulier ACT-team heeft een (optimale) caseload van 1 hulpverlener op 10 patiënten. Voor FACT-teams geldt een iets hogere ratio van 1:15 als norm.

Voor de forensische doelgroep is een gedeelde caseload van minstens zo groot belang. Net als bij reguliere (F)ACT-teams zorgt de teambenadering voor continuïteit in de zorg voor patiënten en schept het een ondersteunende en goed georganiseerde omgeving voor de teamleden. Daarnaast hebben hulpverleners van forensische (F)ACT-teams meer te maken met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en daarmee met manipulatief en grensoverschrijdend gedrag. Een consequente en goed doordachte teambenadering is bij deze moeilijke doelgroep noodzakelijk en kan uitputting van individuele teamleden tegengaan. Het team moet bedacht zijn op de invloed die een patiënt mogelijk kan hebben op het team, zoals 'splitting' van het team. Tevens moeten afspraken met patiënten zeer zorgvuldig worden vastgelegd en/of worden gemaakt in aanwezigheid van meerdere personen.

Een deel van de patiënten, vooral degenen met antisociaal en gewelddadig gedrag, zal mede vanuit veiligheidsoverwegingen met (minstens) twee teamleden moeten worden bezocht of gesproken. Dit impliceert een intensivering van de zorg ten opzichte van reguliere (F)ACT (zie ook Cuddeback & Morrissey, 2011). Daarnaast zal het team meer tijd kwijt zijn aan het onderhouden van externe contacten; naast de reguliere GGZ netwerkpartners moeten er contacten worden onderhouden met reclassering, forensisch psychiatrische centra, penitentiaire inrichtingen en forensische poliklinieken (zie ook 3.5.8). Ook het afleggen van (tijdrovende) bezoeken aan patiënten in detentie zal beslag leggen op de formatie van het team. Forensische (F)ACT-teams hebben in bepaalde opzichten een zwaardere taak dan reguliere (F)ACT-teams omdat zij niet alleen een rol hebben in de behandeling, maar ook in toezicht en monitoring. Risicotaxatie en terugvalpreventie vormen een wezenlijk onderdeel van het behandelaanbod van forensische (F)ACT-teams en

hulpverleners zullen meer tijd kwijt zijn aan formele verslaglegging en juridische procedures.

Om bovenstaande redenen is een lagere caseload voor forensische (F)ACT-teams gewenst. Een optimaal functionerend forensisch ACT-team heeft een caseload van 1 hulpverlener op 8 patiënten; voor een forensisch FACT-team hanteren we een ratio van 1:13. Een lagere caseload heeft gevolgen voor de benodigde financiële middelen waarover een forensisch (F)ACT-team zal moeten beschikken; vooral in de beginperiode zullen de teams over voldoende middelen moeten beschikken die hen in staat stellen hun caseload geleidelijk uit te breiden en niet-declarabele tijd te dekken. Flexibele en duurzame financiering is derhalve van groot belang (Cuddeback en Morrissey, 2011).

3.5.2 Multidisciplinair aanbod

Kenmerkend voor ACT en FACT-teams is dat zij verschillende soorten behandelingen en begeleiding, zoals psychiatrische diagnostiek en behandeling, verslavingszorg, trajectbegeleiding, woonbegeleiding, rehabilitatie en praktische hulp, zelfstandig en flexibel uitvoeren. Deze verrichtingen worden niet aan andere instanties uitbesteed.

Net als reguliere ACT en FACT-teams hebben forensische (F)ACT-teams een multidisciplinair aanbod van diensten. Aan bovenstaand palet is maatschappelijke / sociaal juridische hulpverlening toegevoegd omdat veel patiënten van forensische (F)ACT-teams problemen hebben op het gebied van financiën, huisvesting, werk en de sociale wetgeving en hierbij ondersteuning nodig hebben. Cosden en collega's (2004) pleiten voor programma's voor daders met psychiatrische problemen waarin niet alleen aandacht is voor het psychisch functioneren, maar ook voor problematiek op andere levensgebieden. Daders met ernstige psychische stoornissen hebben volgens Lurigio (2001) zonder gespecialiseerde begeleidingsprogramma's die hen toegang bieden tot noodzakelijke diensten, een groter risico om opnieuw in aanraking te komen met het strafrechtelijke systeem.

Speciale aandacht dient in een forensisch (F)ACT-team uit te gaan naar het ondersteunen van patiënten bij het vinden van geschikte huisvesting. Voor veel daders met een ernstige psychiatrische stoornis is het overleven in de samenleving afhankelijk van het hebben van een geschikte ondersteunende en gestructureerde woonomgeving (Lamb et al, 1999). Van belang is dat de patiënt in een omgeving kan wonen waarin pro-sociaal gedrag ondersteund wordt en waarin de mogelijkheden om opnieuw met verkeerde mensen of situaties in aanraking te komen, beperkt zijn (Cuddeback & Morrissey, 2011). Het vinden van passende huisvesting eventueel met begeleiding en ondersteuning is een belangrijke taak van zowel reguliere als forensische (F)ACT-teams. Voor de laatstgenoemde groep is dit echter lastiger te realiseren in verband met het dubbele stigma (Cuddeback et al, 2009).

3.5.3 Continuïteit van zorg

Kenmerkend voor ACT en FACT-teams is dat zij continue zorg leveren, dus zorg zonder onderbrekingen. Tijdens opname in de GGZ of de verslavingszorg worden patiënten van het (F)ACT-team actief opgezocht en gevolgd. Een hulpverlener van het (F)ACT-team neemt deel aan behandelplanbesprekingen en bereidt samen met het hulpverlenend

team in het psychiatrisch ziekenhuis of de verslavingskliniek, het ontslag voor. De beslissing voor opname en ontslag berust bij het (F)ACT-team.

Voor een forensisch (F)ACT-team betekent continuïteit van zorg dat het betrokken is bij zowel de planning van opname en ontslag uit de psychiatrische of verslavingskliniek als bij het ontslag uit justitiële of forensische zorginstellingen om te voorkomen dat patiënten zonder begeleiding op straat komen te staan. Het team is – vanwege het justitiële kader – niet verantwoordelijk voor de opname en de (planning van de) invrijheidstelling, maar moet wel samenwerken met de instelling om geïnformeerd te blijven over de voortgang en de toekomstige invrijheidsstelling (c.q. ontslag) van de patiënt, zoals dat ook gebeurt in de systematiek van het forensisch psychiatrisch toezicht (FPT) voor TBS-gestelden die extramuraal verblijven. FPT is een vernieuwde vorm van toezicht waarin het forensisch psychiatrisch centrum en de reclassering ieder vanuit hun expertise betrokken zijn bij het toezicht op de behandeling van TBS-gestelden gedurende het gehele uitstroomtraject (Harte et al., 2010). Harte en collega's concluderen op basis van een literatuurstudie dat aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan om tot een vruchtbare samenwerking te komen; goede informatieoverdracht, duidelijke taakverdeling, gezamenlijke visie en gelijkwaardige participatie. Voor forensische (F)ACT-teams betekent dit dat zij regelmatig contact zullen moeten hebben met justitiële ketenpartners en participeren in behandelbesprekingen.

Het is niet alleen belangrijk dat de opname en het ontslag goed geregeld zijn, maar ook dat er tijdens een opname in een kliniek of verblijf in detentie contact blijft bestaan met de patiënt. Uit ons patiëntenonderzoek blijkt dat patiënten van forensische (F)ACT-teams vaker worden opgenomen in justitiële en forensische settings dan in GGZ- of verslavingszorginstellingen. Het aanhoudende contact heeft meerdere functies: zicht blijven houden op het functioneren van patiënt, binding houden met het team, de patiënt in zorg houden en de patiënt (blijven) motiveren voor behandeling. Het binden van de patiënt aan het team en het wekken van vertrouwen is juist bij forensische patiënten van belang gezien het feit dat er bij deze patiënten veelal sprake is van dieperliggende vertrouwens- en hechtingsproblematiek (Cuddeback et al, 2009). Bij kortdurende opname van korter dan drie maanden is het wenselijk dat het team gemiddeld één keer per week face to face contact heeft met de patiënt. Bij langdurende detentie in een justitiële setting waar zorg wordt verleend (zoals een penitentiair psychiatrisch centrum, inrichting voor stelselmatige daders), wordt niet van het team verwacht dat zij contact onderhouden met de patiënt. Bij langdurende detentie in een justitiële setting waar geen zorg wordt verleend (reguliere afdeling van een penitentiaire instelling), is het wenselijk dat het team in enige mate betrokken blijft door middel van vinger-aan-de-pols contact met de patiënt, advies aan het personeel aldaar en het eventueel aansturen op zorg voor de patiënt. Bij de laatste maanden van de gevangenisstraf van een patiënt is het team weer (meer) betrokken.

3.5.4 Langdurende zorg

Een ACT of FACT-team stelt geen limiet aan de tijdsduur van de hulpverlening. Een ACT of FACT-team biedt patiënten behandeling en zorg zolang ze dit nodig hebben – als het nodig is, het hele leven lang.

Bij forensische (F)ACT dringt zich de vraag op hoe lang langdurig is. Hoe lang blijft iemand forensisch? In het verlengde van hetgeen in paragraaf 3.1 besproken is met be-

trekking tot de doelgroepdefinitie, zou het individuele delictrisico bepalend moeten zijn om een patiënt al dan niet in een forensisch (F)ACT-team te houden. Dit betekent dat zodra het delictrisico tot aanvaardbare proporties is teruggebracht, een patiënt kan uitstromen naar een regulier (F)ACT-team of een andere zorgvorm. Van belang is daarbij uiteraard wel dat de overdracht goed wordt voorbereid, dat het reguliere (F)ACT-team goed wordt geïnformeerd over risicogedrag en dat het blijvend terug kan vallen op de expertise van het forensisch (F)ACT-team. Een forensisch (F)ACT-team heeft daarmee dus een belangrijke consultatieve functie ten behoeve van reguliere ACT en FACT-teams. Dit geldt wellicht in het bijzonder voor forensische FACT-teams in rurale gebieden waar de reisafstanden dermate groot kunnen zijn dat de zorg voor forensisch psychiatrische patiënten beter bij reguliere FACT-teams ondergebracht kan worden, daarbij intensief ondersteund vanuit een regionaal werkend forensisch FACT-team.

Als het individuele delictrisico bepalend is om een patiënt al dan niet in zorg te houden van een forensisch (F)ACT-team impliceert dat ook dat het aflopen van een strafrechtelijke maatregel geen gegronde reden is voor het uitschrijven van een patiënt die nog wel de specifieke zorg van een forensisch (F)ACT-team behoeft. In de praktijk is het echter zo dat een aantal teams op dit moment helaas genoodzaakt is om patiënten uit te schrijven zodra hun strafrechtelijke titel vervalt omdat daarmee ook de basis voor financiering vervalt. Aanpassing van financiering is nodig om patiënten de continuïteit van zorg te kunnen bieden waaraan zowel zijzelf als de maatschappij behoefte hebben.

3.5.5 Bindende hulpverlening

Kenmerkend voor de werkwijze van ACT en FACT-teams is dat zij patiënten actief opzoeken en volgen, en moeite doen om de patiënt in zorg te houden. Daarbij maakt men indien noodzakelijk gebruik van 'assertive engagement mechanisms' en wettelijke maatregelen zoals bewindvoering en ambulante dwangbehandeling.

Ook voor forensisch psychiatrische patiënten is een outreachende, aanhoudende en bindende benadering van groot belang (Davis et al, 2008). Naast het gebruik van bindende, assertieve technieken en juridische maatregelen voor het motiveren en het binden van patiënten aan het team is het gebruik van 'legal leverage' – ofwel het gebruik van juridische druk - samen met justitiële ketenpartners een belangrijke instrument waarvan forensische ACT-teams zich kunnen bedienen (Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Service, 2009; Cuddeback et al, 2009). Volgens Lamberti (2007) is 'legal leverage' één van de drie noodzakelijke elementen van behandeling gericht op recidivepreventie, omdat dit de behandelmotivatie en therapietrouw van patiënten met zorgmijdend of weigerachtig gedrag bevordert. Waar reguliere ACT en FACT-teams zich kunnen bedienen van algemene 'leverage' ofwel dwang- en drangmaatregelen, kunnen forensische (F)ACT-teams daarnaast terug grijpen naar 'legal leverage'. 'Legal leverage' houdt in dat patiënten kunnen kiezen tussen ofwel behandeling door het forensisch (F)ACT-team ofwel reclasseringstoezicht, detentie of een andere vorm van straf. Daarvoor is van belang dat de behandelende partij intensieve samenwerking aangaat met de juridische partij, zoals advocaten, politie, openbaar ministerie, rechtbanken en reclasseringsmedewerkers, en dat beide partijen de probleemoplossende benadering boven de punitieve benadering scharen (Lamberti, 2007). Om patiënten aan zich te binden kunnen beide partijen bijvoorbeeld gezamenlijk de voorwaarden van het reclasseringstoezicht

opstellen en een gezamenlijk traject formuleren; kan de reclassering behandeling door het forensisch ACT-team opnemen als voorwaarde voor invrijheidstelling of detentie; laat men in samenwerking met politie en justitie boetes opstapelen of opschorten (of juist niet) omdat dit de behandeling ten goede komt; en kan men ertoe overgaan een patiënt een weekend in 'therapeutisch' arrest te nemen (Cuddeback et al, 2009).

Een methodiek die in het kader van de outreachende, bindende benadering door forensische (F)ACT-teams kan worden toegepast is contingency management. Contingency management is een gedragstherapeutische methodiek die gebaseerd is op operante conditionering en gebruik maakt van financiële bekrachtigers, zoals vouchers, loten of geld. Als een patiënt een bepaald gewenst gedrag laat zien, krijgt hij daarvoor een beloning. Contingency management wordt met name toegepast in de zorg aan verslaafden, bijvoorbeeld bij urinecontroles: als de urine geen sporen van drugsgebruik vertoont, krijgt de patiënt een tegoedbon. Contingency management blijkt met name effectief te zijn voor de korte termijn (DeFuentes-Merillas & De Jong, 2008).

3.5.6 Bereikbaarheid en crisisinterventie

Kenmerkend voor (optimaal werkende) ACT en FACT-teams is dat zij 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar zijn voor patiënten. De DACTS stelt daarnaast hoge eisen aan ACT-teams op het gebied van crisisinterventie; ACT-teams worden geacht 7 x 24 uur verantwoordelijk te zijn voor het reageren op psychiatrische crisissituaties. In de praktijk wordt deze norm zelden gehaald en vandaar dat deze norm in de FACTS is afgezwakt; van FACT-teams wordt niet verwacht dat zij 7 x 24 uur crisisinterventie verzorgen, maar wel dat het team binnen kantooruren indien noodzakelijk binnen 2 uur beschikbaar is; er in geval van crisis buiten kantooruren goede (geprotocolleerde) afspraken zijn met de acute/crisisdienst; patiënten van het wijkteam 24 uur per dag met hun vragen terecht kunnen bij een geïnformeerde hulpverlener; en dat het crisis- /signaleringsplan beschikbaar is bij de crisisdienst.

Voor forensische ACT en FACT-teams hanteren we dezelfde normen als de DACTS en FACTS. Net als voor patiënten van reguliere (F)ACT-teams is 24 uren bereikbaarheid ook voor forensische patiënten van belang. In verschillende studies wordt 24 uren beschikbaarheid genoemd als belangrijke component in de ambulante behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. Gewelddadig gedrag en arrestaties vinden veelal plaats gedurende de avond en in weekenden wanneer traditionele behandelaars niet werkzaam zijn (Lamb et al, 1999). Indien die 24 uren beschikbaarheid niet geboden kan worden door het forensisch (F)ACT-team zelf zullen er goede geprotocolleerde afspraken gemaakt moeten worden met de acute/crisisdienst.

3.5.7 FACT-bord

Specifiek voor FACT-teams is dat zij zich bedienen van twee werkwijzen, namelijk individueel case management vanuit het multidisciplinaire team en intensieve teamzorg (ACT) op indicatie. Op afroep en indien nodig wordt de Functie ACT ingezet; zodra een patiënt op het FACT-bord wordt geplaatst, wordt intensieve zorg en behandeling geboden door het hele team. Er zijn standaardprocedures rond het starten en beëindigen van deze zorg (Van Veldhuizen en Bähler, 2008).

Voor de forensische doelgroep zijn enkele aanpassingen nodig voor het gebruik van het FACT-bord. Voor de plaatsing op het FACT-bord wordt een extra criterium toegevoegd, namelijk dreiging delictgedrag. De procedure van plaatsing op en van het FACT-bord heeft in het geval van forensisch psychiatrische patiënten niet alleen betrekking op patiënten met een extra zorgbehoefte maar ook op patiënten met een extra beveiligingsbehoefte. Het delictgevaar wordt door het team en niet door een individueel teamlid beoordeeld en indien nodig wordt bij plaatsing op het FACT-bord ook melding gemaakt aan de reclassering en/of het veiligheidshuis. Als een patiënt geen intensieve zorg meer nodig heeft en van het FACT-bord af gaat, wordt indien nodig het crisisplan en/of het terugvalpreventieplan bijgesteld.

3.5.8 Samenwerking met (justitiële) ketenpartners

Zoals eerder beschreven heeft een forensisch (F)ACT-team twee nevensgeschikte doelen; het richt zich zowel op het verbeteren van het welzijn van de cliënt als op het reduceren van het delict risico. Focussen we op het tweede doel, dan heeft een forensisch (F)ACT-team idealiter twee functies; voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die vaak al wel bekend zijn bij politie en justitie maar nog niet of voorwaardelijk veroordeeld zijn, hebben ze een opname- en detentievoorkomende functie, voor patiënten die reeds een strafrechtelijk feit begaan hebben en daarvoor in detentie hebben gezeten of behandeld zijn geweest in een forensisch psychiatrische setting hebben ze een reïntegrerende functie.

Hoewel we in de Nederlandse praktijk beide functies terugzien, worden ze veelal (nog) niet gecombineerd binnen één en hetzelfde team. Het kunnen combineren van beide functies stelt hoge eisen aan de samenwerking met verschillende (justitiële) ketenpartners. Om de reïntegrerende functie goed te kunnen uitvoeren is een nauwe samenwerking met forensisch psychiatrische behandelinstellingen (TBS-klinieken, FPK's, FPA's, PP-C's) noodzakelijk. Om de opname- en detentievoorkomende functie goed te kunnen uitvoeren zijn vooral intensieve contacten nodig met partners die aan het begin van de (forensisch) psychiatrische keten staan, zoals OGGZ-teams, reguliere ACT-teams, veiligheidshuizen, welzijnsorganisaties, Openbaar Ministerie, politie enzovoort. Voor de uitvoering van beide functies is het dus essentieel dat forensische (F)ACT-teams goed zijn ingebed in de gehele forensisch psychiatrische zorgketen, van het begin tot het eind. Ketenpartners met wie de samenwerking in de toekomst nog zou kunnen worden geïntensiveerd zijn de penitentiair psychiatrische centra (PPC's). De PPC's zouden in de toekomst een belangrijker toeleverancier van patiënten kunnen worden dan dat zij nu feitelijk zijn.

De samenwerking tussen forensische (F)ACT-teams en justitiële ketenpartners dient op zowel casuïstiekniveau als beleidsniveau vorm en inhoud te krijgen. Op beleidsniveau is het van belang dat het team samenwerkingsafspraken (over procedures, werkwijze, afstemming, privacy) op schrift heeft met verschillende ketenpartners, zoals penitentiaire inrichting, forensisch psychiatrisch centrum, politie en justitie, FPK en/of FPA, reclassering, veiligheidshuis, alsmede met het forensisch circuit binnen de eigen organisatie. Op casuïstiekniveau dient eveneens met deze ketenpartners te worden samengewerkt.

Reclassering

Ook in de literatuur wordt door verschillende auteurs aandacht besteed aan samenwerking van forensische ACT-teams met forensische ketenpartners (Lamb et al, 1999; Lamberti et al, 2004; Van Marle et al, 2009; Cosden et al, 2004; Davis et al, 2008). Vooral het belang van een nauwe samenwerking met de reclassering wordt daarbij benadrukt (Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Service, 2009; Cuddeback et al, 2009). Samenwerking tussen reclassering en behandelaars waarbij actief informatie wordt verzameld en uitgewisseld over delictgerelateerde gedragingen van ex-gedetineerden kan het recidiverisico verminderen (Stalans, 2004). In de VS komt het regelmatig voor dat een reclasseringsmedewerker of een casemanager met een specifieke toezichtstaak deel uit maakt van het forensisch ACT-team. Zij fungeren onder meer als liaison met de rechtbank, verzamelen informatie over criminele feiten, voeren drugs-tests uit en hebben, net als de andere leden van het forensisch ACT-team, een taak bij het uitvoeren van 'community outreach' (Lamberti et al, 2011). Hoewel de samenwerking doorgaans wederzijds als positief wordt ervaren, worden er ook knelpunten gerapporteerd; met name verschillen in filosofie en benadering staan de samenwerking nog wel eens in de weg (Lamberti et al, 2011). Een 'cross-training' waarin hulpverleners en reclasseringswerkers in gezamenlijkheid de visie, doelen en werkwijzen van het team bepalen, wordt daarom door de auteurs bepleit. In Nederland is er, voor zover bekend, slechts één forensisch ACT-team dat bestaat uit zowel hulpverleners als reclasseringswerkers. De samenwerking in dit team is ontstaan vanuit het besef dat de doelstellingen van GGZ en reclassering elkaar voor een groot deel overlappen; beide organisaties delen het uitgangspunt dat de kwetsbare patiënt wordt begeleid op meerdere levensgebieden, met als gevolg minder recidive (Roelofsen, 2011). Aan de samenwerking tussen beide organisaties in één team zijn diverse voordelen verbonden; zo beschikt het team over een groter netwerk, waardoor relevante informatie over patiënten sneller toegankelijk is; is het voor de reclassering gemakkelijker geworden om patiënten naar de juiste zorg toe te leiden; en kunnen patiënten die moeilijk in zorg te krijgen zijn, met justitiële druk (ofwel 'legal leverage') toch bereikt worden (Roelofsen, 2011). In de andere Nederlandse forensische (F)ACT-teams is de reclassering echter (vooralsnog) niet vertegenwoordigd, hetzij om praktisch / organisatorische redenen, hetzij om principiële redenen. Een veel gehoord principeel bezwaar is dat behandeling en formeel toezicht (inclusief meldingsplicht) twee verschillende functies zijn die niet in één team kunnen worden ondergebracht. Daarnaast kan de dubbele rol van de reclassering in het team tot problemen leiden, omdat de reclassering enerzijds adviesrapporten schrijft aan de rechter en anderzijds lid is van het forensisch (F)ACT-team. Een derde veel geuit bezwaar is van juridische aard. Informatieuitwisseling tussen reclassering en GGZ kan op gespannen voet staan met de privacy van de patiënt en met het beroepsgeheim van hulpverleners, en kan de vertrouwensrelatie met de patiënt verstoren.

Hoewel er nog te weinig onderzoek beschikbaar is om te kunnen bepalen wat effectiever is - een reclasseringsmedewerker binnen of buiten het forensisch (F)ACT-team - staat het belang van een goede samenwerking wel vast. De wederzijdse inspanningen van reclasseringsmedewerker en forensisch (F)ACT-team dienen er in de eerste plaats op gericht te zijn dat er aan het begin van het traject heldere afspraken worden gemaakt over rolverdeling, samenwerking en privacy. Daarnaast moet er op patiëntniveau zoveel mogelijk samen worden opgetreden. Dit betekent bijvoorbeeld dat er aan het begin van

het traject een gezamenlijk kennismakingsgesprek wordt gevoerd met de patiënt, dat de reclassering aanwezig is bij behandelplanbesprekingen en dat er sprake is van wederzijdse informatie-uitwisseling. Van belang is dat reclassering en forensisch (F)ACT-team duidelijke afspraken maken in hoeverre afwijkende gedragingen van een patiënt worden geaccepteerd en wanneer de officier van justitie wordt ingelicht.

Aan de basis van de discussie over de rol en de positie van de reclassering ligt de discussie over de vraag in hoeverre zorg en behandeling enerzijds en toezicht, monitoring en controle anderzijds met elkaar te combineren zijn in één team, en welk van beide doelstellingen dan uiteindelijk de boventoon voert. Zoals beschreven in paragraaf 3.2 is voor forensische (F)ACT-teams het bevorderen van het welzijn van de patiënt nevenschikt aan het terugdringen van het delict risico. Een belangrijke uitdaging waarvoor forensische (F)ACT-teams staan is dat zij tussen beide doelstellingen een goede balans weten te vinden, en dat zij voorkomen dat de aandacht ofwel te eenzijdig uitgaat naar controle en monitoring, ofwel naar zorg en behandeling. Om te voorkomen dat de relatie met de patiënt na verloop van tijd te eenzijdig een zorgend en behandelend karakter krijgt en de monitorfunctie naar de achtergrond verdwijnt, pleiten Van Veldhuizen, Berkhout en Horsman (2006) voor de invoering van een zogenaamd 'check, check, double check' systeem, waarbij niet alleen de patiënten van het forensisch (F)ACT-team, maar ook de hulpverleners van dat team en het zorgsysteem periodiek worden gemonitord en gecontroleerd. Om te voorkomen dat forensische ACT-teams te eenzijdig een monitorend en controlerend karakter krijgen, pleiten De Kogel en Nagtegaal (2008) er juist voor dat de zorg voldoende rehabilitatie-elementen bevat.

3.6 Zorgaanbod

Kenmerkend voor ACT en FACT-teams is dat zij verschillende soorten behandelingen en begeleiding, zelfstandig en flexibel uitvoeren. Deze verrichtingen worden niet aan andere hulpverleners of instanties uitbesteed. Aan de inhoud van de behandeling of het soort therapeutische interventies dat een ACT-team zou moeten toepassen wordt in de DACTS betrekkelijk weinig aandacht geschonken. De beschrijving van het zorgaanbod van ACT-teams beperkt zich tot de hoofdcomponenten, zoals psychiatrische diagnostiek en behandeling, verslavingszorg, trajectbegeleiding, woonbegeleiding, rehabilitatie en praktische hulp. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose patiënten en aan het aanbieden van behandelgroepen voor dubbele diagnose patiënten. In de FACTS wordt meer aandacht gegeven aan de inhoud van het zorgaanbod; zo wordt van FACT-teams verwacht dat zij, naast de in de DACTS genoemde behandelcomponenten, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, familie-interventies en arbeidsrehabilitatie aanbieden.

3.6.1 Dubbele diagnose model

Zowel uit de literatuur als uit ons patiëntenonderzoek komt naar voren dat middelengebruik onder patiënten van forensische (F)ACT-teams veel voorkomt. Bij 70% van de patiënten die in zorg zijn bij forensische (F)ACT-teams is sprake van verslaving en de helft van de patiënten lijdt aan zowel een persoonlijkheidsstoornis als verslavingsproblematiek. Uit onderzoek blijkt dat middelengebruik één van de risicofactoren is voor herhaling

van delicten (Laajasalo & Hakkanen, 2004) en gewelddadig gedrag (Andrews et al, 2006). Volgens Van Marle en collega's (2009) verdient de behandeling van verslaving extra aandacht binnen forensische (F)ACT-teams, omdat verslaving op twee manieren verband houdt met delictgedrag: ten eerste levert de verslaving financiële problemen op waardoor delicten worden gepleegd om aan geld te komen, en ten tweede kan gebruik of onthouding van alcohol en drugs bij mensen agressie en impulsief gedrag veroorzaken (Hiday et al, 2009).

Omdat het terugdringen van recidive een wezenlijk doel is van forensische (F)ACT, is de behandeling van verslaving (zowel individueel als groepsgericht) essentieel (Cosden et al, 2004). Daarbij is van belang dat forensische (F)ACT-teams te werk gaan volgens het dubbele diagnose model (zie o.a. Cuddeback et al, 2009; Cuddeback & Morrissey, 2011). In het dubbele diagnose model worden patiënten met psychische stoornissen en verslaving geïntegreerd behandeld. Beide aandoeningen worden tegelijkertijd en door hetzelfde team behandeld, waarbij de interventies die geboden worden aansluiten bij de stadia van gedragsverandering (Prochaska en DiClemente, 1982). Zowel in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie als in de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen wordt geconcludeerd dat geïntegreerde behandeling van verslaving en psychiatrische stoornis noodzakelijk is. Volgens de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen kan een gescheiden behandeling met name bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis zelfs een uiterst negatief effect hebben. Uit onderzoek van Frisman et al (2009) blijkt dat toepassing van het dubbele diagnose model door ACT-teams meer en betere resultaten boekt bij mensen met dubbele diagnose problematiek én een antisociale persoonlijkheidsstoornis dan bij patiënten zonder een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

3.6.2 Risicotaxatie en -management

Forensische (F)ACT-teams onderscheiden zich van reguliere ACT en FACT-teams door het feit dat zij niet alleen behandeling en begeleiden bieden, maar ook toezicht en monitoring. Een forensisch (F)ACT-team heeft niet alleen oog voor de zorgbehoeften van patiënten, maar ook voor de beveiligingsbehoeften van de samenleving. In de literatuur komt de combinatie van behandeling en begeleiding enerzijds en toezicht en controle anderzijds naar voren als één van de belangrijkste werkzame componenten van ambulante programma's voor ex-gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten (De Kogel en Nagtegaal, 2008).

Het taxeren van risico's en het daarop interveniëren met als doel om herhaling van delicten te voorkomen (risicomangement) behoort tot de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie, en daarmee ook van forensische (F)ACT-teams (Van Marle et al, 2009). Risicotaxatie geeft zicht op de risicofactoren van de individuele patiënt en levert daarmee belangrijke input voor het risicomangementplan. Het gebruik van professionele risicotaxatie-instrumenten is daarbij sterk aan te bevelen. De meeste risicotaxatie-instrumenten volgen de 'gestructureerde klinische benadering'. Hierbij wordt uitgegaan van een lijst van deels statische risicofactoren (zoals gedragsproblemen in de jeugd) en deels dynamische risicofactoren (zoals copingvaardigheden). De beoordelaar evalueert een patiënt op de gegeven risicofactoren en geeft een 'gestructureerd klinisch eindoordeel' dat kan afwijken van de instrumentscore (Lancel et al, in druk). Veel gebruikte risicotaxatie-instrumenten in de forensische zorg zijn de HKT-30 (Historisch Klinisch Toe-

komst-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002) en de HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20; Webster et al, 1997). Beide instrumenten zijn veel onderzocht en gevalideerd (De Vogel, 2005). Ze maken deel uit van de set van forensische prestatie-indicatoren en zijn daarmee verplicht voor alle forensisch psychiatrische centra (Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2009).

Omdat de HKT-30 en de HCR-20 ontwikkeld zijn voor het voorspellen van risico op gewelddadig gedrag van ex-patiënten op de middellange en lange termijn, en weinig of geen expliciete aandacht besteden aan positieve, compenserende, beschermende factoren, zoals het beschikken over een goed sociaal netwerk of het hebben van werk, is de START ontwikkeld (Short-Term Assessment of Risk and Treatability; Webster et al, 2004). De START wordt op dit moment in Nederland in verschillende forensisch psychiatrische instellingen en settings gehanteerd, veelal in aanvulling op de HKT-30 of de HCR-20. De START is een risicotaxatie-instrument waarmee het risico op de korte termijn beoordeeld kan worden van zowel gewelddadig gedrag tegen anderen, als risico's voor de persoon zelf, zoals zelfbeschadigend gedrag, zelfverwaarlozing, suïcide, middelenmisbruik, ongeoorloofde afwezigheid en victimisatie. Met de START zijn inmiddels in binnen- en buitenland positieve ervaringen opgedaan en ook forensische (F)ACT-teams maken in toenemende mate gebruik van de START. Onderzoek naar de Engelse versie duidt op een goede betrouwbaarheid en predictieve validiteit voor risicogedrag in de kliniek (Nicholls et al, 2006) en ook van de Nederlandse versie zijn inmiddels eerste aanwijzingen voor goede psychometrische eigenschappen ('t Lam et al, 2009; Lancel et al, in druk). Van belang bij het uitvoeren van risicotaxatie met behulp van risicotaxatie-instrumenten is dat dit zoveel mogelijk in teamverband plaatsvindt en dat de scores op basis van consensus worden bepaald. Wat betreft de frequentie stellen we als norm dat bij alle patiënten ten minste ieder jaar een risicotaxatie plaatsvindt.

Op basis van de uitkomsten van de risicotaxatie kan het risicomangement- of behandelplan worden ontwikkeld en kunnen de interventies worden bepaald. Voorbeelden van interventies die in het kader van risicomangement door forensische (F)ACT-teams kunnen worden ingezet, zijn het inbouwen van controlemomenten, het uitvoeren van urinecontroles, het inschakelen en inzetten van familie, vrienden en/of de werkomgeving van de patiënt en het verplicht innemen van medicatie. De inhoud van het risicomangementplan kan gedeeltelijk of geheel overeenkomen met de inhoud van het behandelplan; doelen die gericht zijn op het beperken van risico's kunnen tevens gericht zijn op het verbeteren van het functioneren van de patiënt. Een belangrijk onderdeel van risicomangement vormt het opstellen van een terugvalpreventieplan. Een terugvalpreventieplan wordt opgesteld op basis van een delictanalyse en -scenario. Het plan heeft een soortgelijke functie als een signaleringsplan voor terugval van psychische aard, maar dan gericht op het voorkomen van terugval in delictgedrag. Door middel van een terugvalpreventieplan kunnen signalen van recidivegevaar vroegtijdig worden herkend. Voor alle patiënten van het forensisch (F)ACT-team dient een terugvalpreventieplan opgesteld te zijn. Daarnaast moet het plan recent zijn (jaarlijkse evaluatie), samen met de patiënt opgesteld, in overleg met meerdere disciplines van het team vastgesteld en met input van externe relevante partijen.

3.6.3 *Forensische interventies*

Naast interventies gericht op risicomanagement is het van belang dat een forensisch (F)ACT-team beschikt over therapeutische (gedrags)interventies. Gezien de kenmerken en problematiek van de doelgroep is het van belang dat het team trainingen aanbiedt op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie en/of emotieregulatie. De trainingen dienen bij voorkeur zowel individueel als in groepsverband te worden aangeboden.

Daarnaast zijn interventies gericht op het voorkomen van specifieke delicten, zoals huiselijk geweld, stalking of zedendelicten, van belang. Afhankelijk van de samenstelling van de patiëntengroep die het forensisch (F)ACT-team bedient, biedt het team deze interventies zelf aan of verwijst het patiënten actief door. Daarvoor is het belangrijk dat het team kennis heeft van de interventies die geschikt zijn voor de specifieke doelgroep die het bedient en zicht heeft op het aanbod binnen de eigen instelling en regio. Vanwege de vaak lage motivatie en geringe compliance bij deze doelgroep (Laberge & Morin, 1995; Feder, 1991) is actieve toeleiding noodzakelijk, zodat de patiënt daadwerkelijk aankomt bij de betreffende therapie of groep en het contact met het team in stand blijft. Actieve toeleiding bestaat onder meer uit meegaan/ophalen, herinneren aan therapieafspraken en motivatie bevorderen.

3.6.4 *Psychologische interventies*

Verschillende auteurs bevelen cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor de doelgroep van forensische ACT-teams (Lamberti et al, 2004; Andrews et al, 1990; Morrissey et al, 2007; Erickson et al, 2009). CGT kan het logische vervolg zijn op motiverende gespreksvoering en past bij de actieve behandelfase, waarin een patiënt gemotiveerd is en concrete stappen zet om zijn gedrag te veranderen. Cognitieve gedragstherapie is gericht op zelfcontrole van het gedrag en terugvalpreventie. De patiënt leert anders te denken, zijn gedachten te verzetten en anders omgaan met verlokkingen. Hij leert nee te zeggen, zijn sociaal netwerk te verstevigen en activiteiten op te pakken. Uitglijers worden gebruikt om van te leren (Kroon et al, 2009). De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2008) vermeldt dat CGT is geïndiceerd bij patiënten met blijvende positieve symptomen en te overwegen is bij patiënten met een gebrekkig ziekte-inzicht en matige medicatietrouw. De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (2008) beschrijft dat het is aangetoond dat individuele ambulante psychotherapieën met verschillende oriëntaties, waaronder de cognitief-therapeutische maar ook de psychodynamische, werkzame interventies zijn voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast worden in deze richtlijn dialectische gedragstherapie (DGT) en schemagerichte therapie (SFT) genoemd als geschikte ambulante behandelvormen specifiek voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Een andere therapie die door verschillende auteurs wordt aanbevolen voor forensisch psychiatrische patiënten is traumabehandeling. In de internationale literatuur wordt aangegeven dat er in de patiëntenpopulatie van forensische ACT-teams meer dan in reguliere ACT-teams en de algemene geestelijke gezondheidszorg sprake is van (niet herkende) traumatisering en dat trauma interventies deel uit zouden moeten maken van het zorgaanbod van forensische teams (Cuddeback et al, 2009; McCoy et al, 2004). Trauma-

behandeling kan verschillende vormen aannemen, zoals psychotherapie (waaronder ook EMDR), nonverbale therapie en medicamenteuze behandeling. Traumabehandeling wordt ook door hulpverleners van Nederlandse FOR(F)ACT-teams genoemd als belangrijk onderdeel van de behandeling,. De resultaten van het patiëntenonderzoek laten zien dat bijna één op de tien patiënten gediagnosticeerd is met een posttraumatische stressstoornis.

Op basis van bovenstaande bevindingen stellen wij als norm dat forensische (F)ACT-teams beschikken over een aanbod op het gebied van cognitieve gedragstherapie (CGT) en traumabehandeling en daarmee minimaal 15% van de patiënten bereiken. Daarbij is van belang dat de aard van de therapie zoveel mogelijk wordt afgestemd op de kenmerken en behoeftes van de specifieke doelgroep dat het team bedient.

3.6.5 Sociaal netwerk

Ten slotte is van belang dat forensische (F)ACT-teams nauw samenwerken met het sociale netwerk van de patiënt. Het betrekken van het sociale netwerk en met name familieleden bij de behandeling en de monitoring van de patiënt wordt zowel in de literatuur als in de gesprekken met hulpverleners genoemd als een belangrijke component in de behandeling van de forensische doelgroep. Het betrekken van en samenwerken met het sociale netwerk kan op verschillende manieren vorm en inhoud krijgen en kan verschillende doelen dienen. Lamb et al (1999) noemen daarbij onder andere informatie-uitwisseling tussen hulpverleners en familieleden, bevorderen van de sociale steun van de patiënt, ondersteunen bij het oplossen van problemen in de relationele sfeer, psycho-educatie van familieleden, en het aanbieden van of toeleiden naar familie-interventies en zelfhulpgroepen. Het betrekken van familieleden en het bredere sociale netwerk (zoals werkgever en huisbaas) kan daarnaast ook als doel hebben dat er een extra 'toezicht-laag' om de patiënt heen wordt gebouwd; naast het forensisch (F)ACT-team, de reclasering en andere toezichthoudende instanties kan ook het sociale netwerk van de patiënt worden ingezet om signalen die wijzen op terugval in delictgedrag vroegtijdig te onderkennen en daarop in te spelen (Van Gestel et al, 2006).

3.7 Financiering

Zoals op verschillende plekken in deze modelbeschrijving aan de orde is geweest, wordt de zorg aan patiënten zoals geboden door forensische (F)ACT-teams in de praktijk soms belemmerd door de wijze van financiering. Teams die uitsluitend door Justitie gefinancierd worden, blijken in de praktijk niet te kunnen voldoen aan de eisen die het (forensische) (F)ACT model stelt aan teams. Deze teams schieten vooral tekort op het punt van continuïteit van zorg.

Het is in het belang van de patiënt én de samenleving als forensische (F)ACT-teams patiënten in zorg kunnen houden zo lang als dat nodig is, dus zowel vanuit behandel- als veiligheidsperspectief. Gemengde financiering lijkt hiervoor de beste garanties te kunnen bieden. Omdat forensische (F)ACT-teams een complexe patiëntengroep bedienen en vergeleken met reguliere (F)ACT-teams, meer tijd kwijt zijn aan overleg en samenwerking met justitiële instanties, is het daarnaast van belang dat zij vooral in de begin-

periode over voldoende middelen beschikken die hen in staat stellen hun caseload geleidelijk uit te breiden en niet-declarabele tijd te dekken (Cuddeback en Morrissey, 2011).

4 Modelgetrouwheidschalen voor forensische (F)ACT teams

Parallel aan de modelbeschrijving is in het kader van het landelijke project FOR(F)ACT een tweetal modelgetrouwheidschalen ontwikkeld: één voor forensische ACT-teams (de FORDACTS) en één voor forensische FACT-teams (de FORFACTS). Een modelgetrouwheidsschaal geeft aan in hoeverre een praktijk overeenkomt met een ideaaltypisch model. Modelgetrouwheidschalen hebben verschillende functies. Zo dienen modelgetrouwheidschalen als benchmark, waardoor een team zichzelf kan plaatsen ten opzichte van andere teams; ze dienen als kwaliteitsinstrument, omdat de scores kunnen worden gebruikt als aangrijpingspunt voor verbeteringen in het team; ze vervullen een belangrijke rol in effectonderzoek, omdat ze inzichtelijk maken welke praktijk is onderzocht; en ze verschaffen transparantie aan inkopers en klanten van de zorg (Van Vugt et al, 2011).

Voor de ontwikkeling van de modelgetrouwheidsschalen zijn dezelfde bronnen gebruikt als voor de modelbeschrijving: internationale literatuurstudie, praktijkverkenning en patiëntenonderzoek. Tussentijds zijn concepten van de modelgetrouwheidschalen voorgelegd aan de deelnemende forensische (F)ACT-teams, de begeleidingscommissie van het project en de Stichting CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT). De FORDACTS en FORFACTS zijn op 1 juli 2011 definitief vastgesteld door het CCAF.

Tabel 7 Ontwikkeling van de forensische DACTS en FACTS

Geraadpleegde bronnen	Stap in ontwikkeling
Literatuur en documentatie Presentaties forensische (F)ACT-teams	Eerste concept
Feedback landelijk platform forensische (F)ACT op eerste concept	Tweede concept
Werkbezoeken acht forensische (F)ACT-teams Enkele proefafnames tweede concept	Derde concept
Literatuur en documentatie Feedback CCAF op derde concept	Vierde concept
Feedback begeleidingscommissie op vierde concept	Vijfde concept
Feedback landelijk platform forensische (F)ACT en CCAF op vijfde concept	Zesde concept
1 juli 2011	Vaststelling CCAF

4.1 FORENSISCHE DACTS

Modelgetrouwheidsschaal voor Forensische Assertive Community Treatment Teams

2011

Referentie originele DACTS: Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.

Nederlandse vertaling originele DACTS: B.P. van Dijk, C.L. Mulder en B.J. Roosenschoon (Rotterdam 2004).

Aan de ontwikkeling van de Forensische DACTS hebben bijgedragen: Maaike van Vugt, Caroline Place, Laura Neijmeijer.

Voor meer informatie over de toepassing van de FOR DACTS kunt u een mail sturen naar: info@ccaf.nl.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

TEAMSAMENSTELLING					
1. KLEINE CASELOAD (FOR_A ¹): cliënt/hulpverlener-verhouding van 8:1 (excl. psychiater en secr).	≥39	28 - 38	18- 27	9 - 17	8 cliënten per 1 FTE hulpverlener of minder.
2. TEAM-BENADERING (FOR_T ²): de groep functioneert als team en niet als afzonderlijke professionals. Hulpverleners kennen en werken met alle cliënten.	Minder dan 10% cliënten heeft f-f-f contacten met meerdere stafleden per 2 weken.	10% - 36%	37% - 63%	64% - 89%	90% of meer van de cliënten heeft f-t-f contact met meerdere stafleden per twee weken.
3. TEAMBIJEEENKOMST: het team komt regelmatig bij elkaar om de (klinische) hulpverlening voor iedere cliënt door te nemen.	Bespreken van de hulpverlening per cliënt gebeurt tenminste 1 keer per maand of minder vaak.	Tenminste 2 keer per maand maar minder dan 1 keer per week.	Tenminste 1 keer per week maar minder dan 2 keer per week.	Tenminste 2 keer per week maar minder dan 4 keer per week.	Het team komt ten minste 4 keer per week bij elkaar en bespreekt telkens iedere cliënt ook al is dat kort.
4. TEAMLEIDER: teamleider verleent directe hulpverlening aan cliënten.	Teamleider verleent geen directe hulp.	Teamleider biedt bij zeldzame gelegenheden directe hulp als back-up.	Teamleider biedt regelmatig hulp bij wijze van back-up of minder dan 25% van de tijd.	Teamleider biedt hulp tussen 25% en 50% van de tijd.	Teamleider biedt hulp voor 50% van de tijd.
5. VERLOOP VAN HET PERSONEEL: behoud van personeel binnen het	Meer dan 80% verloop in twee jaar.	60% - 80% verloop in twee jaar.	40% - 59% verloop in twee jaar.	20% - 39% verloop in twee jaar.	Minder dan 20% Verloop in twee jaar.

¹ FOR_A= aanpassing bestaand item aan forensische situatie

² FOR_T= toelichting bij item voor forensische situatie, item is niet aangepast

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
team vanaf de start van het programma of van de afgelopen 2 jaar.					
6. PERSONEELS-BEZETTING: het programma werkt met een volledige personeelsbezetting.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden of vanaf de start van het programma een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar of vanaf de start van het programma een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
7. PSYCHIATER (FOR_A): per 100 cliënten is ten minste 0.8 FTE psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 100 cliënten minder dan 0,10 FTE reguliere psychiater.	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten.	0,40 – 0,59 FTE per 100 cliënten.	0,60-0.79 FTE per 100 cliënten.	0,80 psychiater per 100 cliënten.
8. VERPLEEGKUNDIGE: per 100 cliënten zijn er ten minste twee fulltime verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verpleegkundige per 100 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten.	Twee fulltime verpleegkundigen of meer bij een team met 100 cliënten.
9. VERSLAVINGSDESKUNDIGE: per 100 cliënten zijn er ten minste twee verslavingsdeskundigen (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundige per 100 cliënten	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten	Twee FTE of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg
10. ARBEIDSDESKUNDIGE (FOR_T): per 100 cliënten zijn er tenminste twee hulpver-	Het team heeft minder dan 0,20 FTE arbeidsdeskundige per 100 cliënten	0,20 – 0, 79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten	Twee FTE of meer met ten minste een jaar training of ervaring in arbeidsrehabilitatie en

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
leners gespecialiseerd in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning (één jaar training of ervaring).					ondersteuning
11. PSYCHOLOOG (FOR_N ³): per 100 cliënten is er tenminste 1 FTE psychologen (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,10 FTE per 100 cliënten psycholoog	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten	0,40 – 0,69 FTE per 100 cliënten	0,70 – 0,99 FTE per 100 cliënten	1 FTE of meer per 100 cliënten psycholoog
12. MAATSCHAPPELIJK EN/OF SOCIAAL JURIDISCH WERKER (FOR_N): per 100 cliënten is er tenminste 1 FTE maatschappelijk of sociaal juridisch werker (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft voor 100 cliënten minder dan 0,10 FTE maatschappelijk/sociaal juridisch werker	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten	0,40 – 0,69 FTE per 100 cliënten	0,70 – 0,99 FTE per 100 cliënten	Het team heeft 1 FTE maatschappelijk/sociaal juridisch werker of meer in dienst
13. TEAM OMVANG: de omvang van het team is voldoende om consistent de noodzakelijke diversiteit en dekking in de personeelsbezetting te kunnen bieden.	Het team heeft minder dan 2,5 FTE staf	2,5 - 4,9 FTE	5,0 – 7,4 FTE	7,5 – 9,9 FTE	Het team heeft ten minste 10 FTE staf
ORGANISATIE					
14. EXPLICIETE TOELATINGSCRITERIA (FOR_T):	Het team heeft geen vaste criteria en	Het team heeft een algemeen gedefinieerde	Het team doet zijn best om een bepaalde groep	Het team zoekt actief en screent verwijzingen	Het team werft actief een bepaalde populatie

³ FOR_N= nieuw forensisch item

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
het team heeft een duidelijk omschreven doelgroep met operationeel gedefinieerde toelatingscriteria om onterechte verwijzingen eruit te filteren.	neemt alle soorten gevallen op, hetgeen buiten het team om wordt bepaald.	taak, <i>maar het toelatingsproces wordt gedomineerd door wat in de organisatie het beste uitkomt.</i>	cliënten op te zoeken en te selecteren, <i>maar neemt de meeste verwijzingen aan.</i>	zorgvuldig, <i>maar geeft soms toe aan druk vanuit de organisatie.</i>	en <i>alle gevallen voldoen aan expliciete toelatingscriteria op het moment van intake.</i>
15. INSTROOM VAN CLIËNTEN: voor het behoud van een stabiliteit in de hulpverlening, neemt het team in een laag tempo cliënten aan.	De hoogste instroom van cliënten in de afgelopen 6 maanden is <i>groter dan</i> 15 cliënten/maand.	13 - 15	10 - 12	7 - 9	De hoogste instroom van cliënten in de afgelopen 6 maanden is <i>kleiner dan</i> 6 cliënten/maand.
16. MULTIDISCIPLINAIR ZORGAANBOD (FOR_A): het team biedt naast casemanagement: psychiatrische hulp (1) counseling/psychotherapie/psycho-educatie, (2), woonbegeleiding (3), verslavingsbehandeling (4), werkbegeleiding en rehabilitatiediensten (5), maatschappelijk/sociaal juridische dienstverlening (6).	Het team biedt alleen casemanagement.	Het team biedt naast casemanagement <i>één</i> van de zes andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement <i>twee</i> van de zes andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement <i>drie</i> of <i>vier</i> van de zes andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement <i>vijf</i> of <i>zes</i> van de zes diensten aan.
17. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR CRISISDIENSTEN: het team draagt 24-uurs verantwoordelijkheid voor het reageren op psychiatrische crises.	Het team draagt geen verantwoordelijkheid voor crisishulp buiten kantooruren.	Acute/crisisdienst heeft een door het team gemaakt protocol voor cliënten van het team.	Het team is telefonisch bereikbaar, hoofdzakelijk om advies te geven.	Het team biedt back-up voor crisissituaties; d.w.z. programma wordt gebeld, neemt beslissing over directe hulpverlening.	Het team biedt 24-uurs crisisinterventie.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME: het team is betrokken bij de beslissing tot klinische opnames.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de beslissingen tot opname / (terug)plaatsing.	Het team is betrokken bij 5% - 34% van de van de beslissingen tot opnames / (terug)plaatsingen.	Het team is betrokken bij 35% - 64% van de van de beslissingen tot opnames/(terug)plaatsingen.	Het team is betrokken bij 65% - 94% van de van de beslissingen tot opnames / (terug)plaatsingen.	Het team is betrokken bij 95% of meer van de van de beslissingen tot opnames / (terug)plaatsingen.
19. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG (FOR_A): het team is betrokken bij de planning van ontslag uit kliniek (GGZ of verslavingszorg), justitiële of forensische zorg instellingen.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de ontslagen uit kliniek/justitiële/forensische instellingen.	5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	65% - 94% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	95% van het ontslag uit kliniek/justitiële/forensische instellingen van cliënten wordt gezamenlijk gepland met het team.
20. CONTINUE ZORG (FOR_N): het team blijft betrokken bij de cliënt als deze is opgenomen in de (forensische) GGZ, verslavingszorg of in detentie. (Indien welijks contact bij kortdurend, maar geen betrokkenheid bij langdurend: punt aftrek)	Cliënten worden tijdens opname/detentie niet bezocht of gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname/detentie gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per 3 à 4 weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per twee weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis. Bij langdurige opname in een justitiële setting waar geen zorg wordt verleend, behoudt het team enige betrokkenheid (vingeraan-de-pols contact met cliënt, monitoring/contact onderhouden met personeel, adviserend naar personeel).

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. ZORG VOOR ONBE- PERKTE TIJD EN OVER- DRACHT (FOR_N): de cliënt wordt zo lang als nodig is in zorg gehouden bij het FOR ACT team. Als een cliënt niet langer ACT- zorg nodig heeft of als het delict risico van een cliënt dermate verminderd is dat zorg vanuit een regulier (F)ACT-team volstaat, zorgt het FOR ACT team voor een geleidelijke over- dracht. Het team houdt de eerste maanden na de overgang v-a-d-p en blijft langdurig beschikbaar voor consultatie.	Bij <50% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven: - is sprake van suc- cesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- deloelken zijn behaald; - is de overdracht gelei- delijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie.	Bij 50-65% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven: - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- deloelken zijn behaald; - is de overdracht gelei- delijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie.	Bij 66-79% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven: - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- deloelken zijn behaald; - is de overdracht gelei- delijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie.	Bij 80- 95% van de cliënten die zijn uitge- schreven: - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- deloelken zijn behaald; - is de overdracht gelei- delijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie.	Bij >95% van de cliën- ten die zijn uitgeschre- ven: - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- deloelken zijn behaald; - is de overdracht gelei- delijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie.
22. RECLASSERING (FOR_N): het FOR ACT team werkt goed samen met Reclasse- ring. Dit komt als volgt tot uiting: 1. Reclassering en FOR ACT team maken aan het begin van traject afspraken over rolverdeling, samen- werking en privacy; 2. Deze werkwijze en af- spraken staan op schrift. 3. Reclassering is aanwezig bij behandelplanbesprekin-	Er wordt aan geen/één van de zes criteria voldaan.	Er wordt aan twee crite- ria voldaan.	Er wordt aan drie-vier criteria voldaan.	Er wordt aan vijf criteria voldaan.	Er wordt aan alle crite- ria voldaan.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
gen; 4. Bij begin traject: gezamenlijk kennismakingsgesprek met cliënt, Reclassering en FOR ACT team; 5. Wederzijdse informatie-uitwisseling 6. Er wordt gebruik gemaakt van de juridische hefboom (<i>leverage</i>).					
23. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: CASUISTIEK (FOR_N): het team heeft contact met (1) medewerkers van PI/HvB, (2) FPC, (3) politie/justitie, (4) FPK en / of FPA en/of KIB, (5) reclassering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met alle zeven ketenpartners.
24. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: BELEID (FOR_N): het team heeft beleidsafspraken (over samenwerking, procedures, werkwijze en afstemming) op schrift met de volgende ketenpartners: (1) medewerkers van PI/HvB, (2)	Het team heeft op beleidsniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met alle zeven ketenpartners.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
FPC, (3) politie/justitie, (4) FPK en / of FPA en/of KIB, (5) reclassering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.					
DIAGNOSTIEK EN ZORGAANBOD					
25. HULPVERLENING IN DE GEMEENSCHAP: het team werkt meer "on the spot" dan vanuit kantoor. Het ontwikkelen van vaardigheden in de gemeenschap (waar de cliënt zich bevindt), in plaats van in de instelling.	Minder dan 20% f-t-f contacten in de gemeenschap.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale f-t-f contacten in de gemeenschap.
26. NO DROP-OUT (FOR_A): het team behoudt een hoog percentage van de cliënten. Hieronder vallen ook cliënten waarvan de strafrechtelijke zorg titel is vervallen en om die reden zijn uitgeschreven.	Minder dan 50% van de caseload blijft behouden in een periode van 12 maanden.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Meer dan 95% van de caseload blijft behouden in een periode van 12 maanden.
27. ASSERTIEVE HULPVERLENING (FOR_T): om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel bindende en assertieve technieken	Het team is passief bij werving en behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van bemoeizorg en juridische maatregelen.	Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveer-	Het team doet pogingen tot ouchende hulpverlening, maar maakt alleen gebruik van juridische maatregelen wanneer dat uitkomt.	Voor het behouden van het contact maakt het team gebruik van bijna alle middelen die tot hun beschikking staan.	Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van bemoeizorg en juridische maatregelen,

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(bijv. inloop, verstrekken lunch) als juridische maatregelen (bijv., RM, IBS, budgetbeheer).		de cliënten.			wanneer dit ook nodig is.
28. INTENSITEIT VAN DE HULPVERLENING: naar behoefte, een hoog f-t-f gehalte van de hulpverlening.	Gemiddeld 15 minuten/week of minder f-t-f contact per cliënt.	15 – 49 minuten/week	50 – 84 minuten/week	85 – 119 minuten/week	Gemiddeld 2 uur/week of meer f-t-f contacten per cliënt.
29. CONTACT FREQUENTIE: naar behoefte een hoog aantal f-t-f contacten bij de hulpverlening.	Gemiddeld 1 f-t-f contact/week per cliënt of minder.	1 – 2 / week	2 – 3 / week	3 -4 / week	Gemiddeld 4 of meer f-t-f contacten/week per cliënt.
30. SAMENWERKING MET HET STEUNSYSTEEM: al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt: familie, huisbaas, werkgever.	Minder dan 0,5 contacten per maand per cliënt met steunsysteem.	0,5 – 1 contact per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	1 – 2 contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	2 – 3 contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	Vier of meer contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.
31. INDIVIDUELE VERSLAVINGSZORG: een of meer leden van het team bieden directe behandeling voor verslavings-Problemen.	Het team biedt geen directe behandeling.	Het team reageert wisselend op verslavingsproblematiek en biedt geen formele individuele behandeling.	Hoewel het team enige behandeling voor verslaving integreert in het reguliere contact met cliënten, biedt het geen formele individuele behandeling.	Het team biedt enige formele individuele behandeling, maar biedt daar minder dan 24 minuten/week aan.	Het team biedt 24 minuten/week of meer aan formele behandeling voor verslaving.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. BEHANDELGROEPEN VOOR DUBBELE DIAGNOSE CLIËNTEN: het programma gebruikt groepsmodaliteiten als behandelstrategie voor mensen met verslavingsstoornissen.	Minder dan 5% van de cliënten woont per maand ten minste één bijeenkomst voor groepsbehandeling van verslaving bij.	5% - 19%	20% - 34%	35% - 49%	50% of meer van de cliënten met verslavingsstoornissen woont per maand ten minste één bijeenkomst voor groepsbehandeling van verslaving bij.
33. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL (FOR_T): het programma gebruikt een stapsgewijs behandelmodel dat niet-confronterend is, gedragsprincipes volgt, interacties in aanmerking neemt tussen psychische ziekte en verslaving, en waarbij geleidelijk onthouding wordt verwacht.	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontweningskuren en revalidatieprogramma's, erkent behoefte aan overreden van cliënten in de ontkenningfase die niet bij AA passen.	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredingsgroepen, gebruikt opnames voor revalidatie en verwijst naar afkickprogramma's.	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen (bijvoorbeeld de erkende leefstijltraining), geen opname voor revalidatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	Programma is volledig gebaseerd op DD-behandelprincipes, waarbij staf behandeling biedt.
34. RISICOTAXATIE (FOR_N): bij alle cliënten die in zorg zijn van het FORACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument.	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Bij meer dan 80% van de cliënten die in zorg zijn van het FORACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. FORENSISCHE INTERVENTIES: het team biedt trainingen aan op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgewijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delictspecifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar <i>actief</i> door.	Het team biedt zelf geen forensische interventies aan. Het team verwijst cliënten ook niet door.	Het team biedt geen interventies zelf aan. Het team heeft wel zicht op de beschikbare interventies en verwijst cliënten door, maar biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst door naar de overige interventies en biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.	Het team biedt forensische interventies aan en bereikt daarmee meer dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.
36. PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies en traumabehandeling.	Het team heeft geen aanbod en verwijst ook niet door.	Het team heeft geen aanbod maar verwijst cliënten wel actief door.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies OF traumabehandeling.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling, maar bereikt daarmee in totaal niet meer dan 15% van de cliënten.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling en bereikt daarmee in totaal >15% van de cliënten.
37. DE ROL VAN CLIËNTEN IN HET TEAM/ERVARINGSDESKUNDIGE: er zijn ervaringsdeskundigen lid van het team die directe hulp bieden.	Ervaringsdeskundigen zijn niet betrokken bij bieden van hulp binnen het team.	Ervaringsdeskundigen vervullen cliëntspecifieke rollen in programma (bijv. zelfhulp).	Ervaringsdeskundigen werken parttime als case-manager met beperkte verantwoordelijkheid.	Ervaringsdeskundigen werken fulltime als case-manager met beperkte verantwoordelijkheid.	Ervaringsdeskundigen werken fulltime als hulpverlener (bijv. casemanager) met volledige verantwoordelijkheid.
38. STRUCTURELE	Het team is vooral bezig	Veel aandacht gaat uit	Aandacht is er voor cri-	Aandacht is er voor cri-	Aandacht is er voor

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AANDACHT VOOR HERSTEL (FOR_N): het team heeft structureel oog voor herstel. Dit blijkt uit de bordbespreking, de doelen van de cliëntcontacten van die dag en de (doelen in de) behandelplannen.	met het reageren op crisissen. Er is weinig tijd of aandacht voor de 'stabielere' cliënten.	naar het reageren op crisissen. Daarnaast heeft het team aandacht voor aanvullende behandeling.	sis, behandeling en herstel. Echter, herstel-doelen zijn alleen geformuleerd voor de 'stabiele' cliënten en/of te algemeen geformuleerd.	sis, behandeling en herstel. Herstel- doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt.	crisis, behandeling en herstel. Herstel- doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt. Cliënten worden gewezen op lotgenotencontact en herstelgroepen.
FOR DACTS ADDENDUM					
39. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG: het team 1) biedt periodieke screening van somatische problemen, 2) heeft in de dagelijkse praktijk actief oog voor somatische problemen, 3) heeft de verantwoordelijkheden rond somatische zorg expliciet geregeld, 4) en begeleidt cliënten zo nodig naar somatische zorg.	Het team voldoet aan 0-1 criteria.	Het team voldoet aan 2 criteria.	Het team voldoet aan 3 criteria.	Het team voldoet aan de criteria, maar op één van de onderdelen is dit beperkt of niet systematisch (bijvoorbeeld slechts beperkte screening).	Het team voldoet aan de 4 criteria.
40. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIE-PLAN: elke cliënt heeft een crisisinterventieplan dat na elke (psychiatrische) crisis en in ieder geval eens per jaar wordt geëvalueerd en zo nodig	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan dat na elke (psychiatrische) crisis en eens per jaar wordt geëvalueerd en zo nodig wordt bijgesteld.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
bijgesteld. Het plan is tevens beschikbaar is voor de crisisdienst.					
41. TERUGVAL-PREVENTIE-PLAN (FOR_N): het terugvalpreventieplan: - is gebaseerd op een beschrijving (dit kan een delictanalyse/ delictscenario zijn) van de aanleidingen en omstandigheden die de cliënt mogelijk weer tot delictgedrag kunnen aanzetten; - beschrijft per stadium de (vroege) voortekenen van terugval en bijbehorende actie(s); - is met de cliënt opgesteld; - is niet ouder dan 1 jaar en na terugval bijgesteld. (Voor elke eis waaraan niet wordt voldaan: punt aftrek).	20% van de cliënten van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	21-40% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	41-60% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	61-80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	Meer dan 80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. TEAMGEEST: scoor de volgende onderdelen: - sfeer in het team (uitstekend, plezierig, hartelijk) - cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) - gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) - innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) - burnout (minder dan 20% van de teamleden toont tekenen van burnout).	0 - 1 punt Het team is als los zand. Het maakt een uitgebluste, ongeïnspireerde, conflictueuze indruk	Het team scoort op 2 punten	Het team scoort op 3 punten	Het team scoort 4 punten	Het team scoort op 5 punten. Het team maakt een enthousiaste, gemotiveerde harmonieuze, vastberaden indruk

Algemene Organisatie Index (GOI) voor (FOR)ACT

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G1 PROGRAMMAFILOSOFIE Het programma heeft een helder verwoorde filosofie die overeen komt met het (FOR) ACT-model, gebaseerd op de volgende vijf bronnen: • Projectleider • Klinisch/zorginhoudelijk leidinggevende • Hulpverleners • Cliënten en/of familieleden • Geschreven materiaal	Niet meer dan 1 van de 5 bronnen toont aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF alle bronnen hebben talrijke tegenstrijdigheden	2 van de 5 bronnen tonen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF alle bronnen hebben talrijke tegenstrijdigheden	3 van de 5 bronnen tonen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF de meeste bronnen sluiten zich aan bij de filosofie maar hebben één belangrijke tegenstrijdigheid	4 van de 5 bronnen tonen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF de meeste bronnen sluiten zich aan bij de filosofie maar hebben één of twee kleine tegenstrijdigheden	Alle 5 de bronnen tonen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen en tonen betrokkenheid
G2 TOELATING/SCREENING VAN CLIËNTEN Bij alle cliënten van het team met een ernstige psychiatrische stoornis wordt nagegaan of zij in aanmerking komen voor forensisch ACT. Dit vraagt routinematig bespreken van cliënten, gebaseerd op criteria die samenhangen met FORACT, gebruikmakend van de gestandaardiseerde tools of toelatingscriteria. Ook de instelling brengt geschikte cliënten op een systematische manier in beeld.	≤ 20% van de cliënten wordt gestandaardiseerd gescreend en/of de instelling spoort geschikte cliënten niet systematisch op	21-40% van de cliënten wordt gestandaardiseerd gescreend en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op	41-60% van de cliënten wordt gestandaardiseerd gescreend en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op	61-80% van de cliënten wordt gestandaardiseerd gescreend en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op	> 80% van de cliënten wordt gestandaardiseerd gescreend en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op
G3 WACHTLIJST (FOR_A) De wachtlijst voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest.	De wachtlijst is langer dan 4 maanden	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G4 ASSESSMENTS Alle cliënten ontvangen volledig gestandaardiseerde, kwalitatief hoogwaardige, uitgebreide en tijdige assessments. Assessments bevatten de geschiedenis en behandeling van medische en psychiatrische stoornissen, delictgeschiedenis, druggebruik, de huidige stand van alle stoornissen, werkgeschiedenis, aanwezigheid huidig netwerk en evaluatie van de biopsychosociale risicofactoren.	Assessments zijn volledig afwezig of helemaal niet gestandaardiseerd	Assessments voldoen aan niet aan twee van de volgende kenmerken: standaardisatie, kwaliteit van de assessments, tijdige assessments, uitgebreidheid	Assessments voldoen aan niet aan één van de volgende kenmerken: standaardisatie, kwaliteit van de assessments, tijdige assessments, uitgebreidheid	61-80% van de cliënten ontvangen ten minste elk jaar gestandaardiseerde, kwalitatief hoogwaardige assessments of de informatie over een OF twee kenmerken van assessment domeinen zijn gebrekkig	> 80% van de cliënten ontvangen gestandaardiseerde, kwalitatief hoogwaardige assessments, de informatie over alle kenmerken van assessment is uitgebreid en wordt ten minste elk jaar herzien
G5 INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN Elke cliënt heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en is gebaseerd op assessments en het wordt elke 12 maanden herzien.	≤ 20% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien	21-40% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien	41-60% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien OF alle individuele behandelplannen worden elke 6 maanden herzien	61-80% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien	> 80% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G6 DOELEN PREVENTIE CRIMINEEL GEDRAG (FOR_N) In ieder behandelplan zijn individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag benoemd met aandacht voor individuele risicofactoren.	≤ 20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag zijn bij meer dan 80% van de cliënten in het behandelplan terug te vinden.
G7 INDIVIDUELE BEHANDELING Alle cliënten krijgen een individuele behandeling die aansluit bij de doelen van de cliënt en (FOR)ACT.	≤ 20% van de cliënten	21-40% van de cliënten	41-60% van de cliënten	61-80% van de cliënten	> 80% van de cliënten krijgt een individuele behandeling die aansluit bij de doelen van de cliënt en FO-RACT
G8 TRAINING ACT Alle nieuwe teamleden ontvangen binnen twee maanden een standaard training in (FOR) ACT (workshop van tenminste 2 dagen of iets soortgelijks). Aangestelde teamleden krijgen jaarlijks een opfris cursus (een workshop van tenminste 1 dag of iets soortgelijks).	≤ 20% van de teamleden krijgt jaarlijks gestandaardiseerde training	21-40% van de teamleden krijgt jaarlijks gestandaardiseerde training	41-60% van de teamleden krijgt jaarlijks gestandaardiseerde training	61-80% van de teamleden krijgt jaarlijks gestandaardiseerde training	> 80% van de teamleden krijgt jaarlijks gestandaardiseerde training

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G9 SUPERVISIE Teamleden hebben gestructureerde, wekelijkse supervisie met degene die ervaring heeft met (FOR)ACT. De supervisie vindt groepsgewijs of individueel plaats. Tijdens de supervisie moet de cliënt centraal staan en de supervisie moet zich expliciet richten op (FOR)ACT en z'n toepassing bij specifieke cliënt situaties.	≤ 20% van de teamleden krijgt supervisie	21-40% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij de cliënt centraal staat OF teamleden krijgen supervisie op informele basis	41-60% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij de cliënt centraal staat OF alle teamleden krijgen maandelijks supervisie	61-80% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij de cliënt centraal staat OF alle teamleden krijgen 2 keer per maand supervisie	> 80% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij gefocust wordt op specifieke cliënten, in bijeenkomsten waar duidelijk (FOR) ACT en de implementatie van (FOR) ACT aan de orde worden gesteld
G10 HET PROCES MONITOREN Supervisors/Projectleiders monitoren het implementatieproces van (FOR)ACT elke 6 maanden en gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren.	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord	Bij het proces monitoren wordt niet voldaan aan 2 van de volgende 3 criteria: 1) uitgebreid en gestandaardiseerd, 2) elke 6 maanden, 3) gebruikt om het programma te verbeteren of er wordt jaarlijks gestandaardiseerd gemonitord	Bij het proces monitoren wordt niet voldaan aan 1 van de volgende 3 criteria: 1) uitgebreid en gestandaardiseerd, 2) elke 6 maanden, 3) gebruikt om het programma te verbeteren	Gestandaardiseerd, uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om het programma te verbeteren

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G11 UITKOMSTEN MONITOREN/ ROM Supervisors/Projectleiders monitoren de uitkomsten van de cliënten elke maanden en koppelen de gegevens terug naar de teamleden. Het monitoren gebeurt d.m.v. een standaard aanpak om tot een centrale maat te komen die voldoet aan de doelen van (FOR)ACT.	Er worden geen uitkomsten gemonitord.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord, maar de resultaten worden niet gedeeld met de teamleden.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord en de resultaten worden gedeeld met de teamleden.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord, de resultaten worden gedeeld met de teamleden en op cliëntniveau worden de gegevens gebruikt.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord, de resultaten worden gedeeld met de teamleden, op cliëntniveau en geaggregeerd niveau worden de gegevens gebruikt.
G12 KWALITEITSBEWAKING De instelling heeft een kwaliteitsfunctionaris of implementatiestuurgroep met een duidelijk plan om (FOR)ACT of elementen van (FOR)ACT elke 6 maanden te beoordelen	Er vindt geen beoordeling plaats OF er is geen kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep	Er is een kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep maar er heeft nog geen beoordeling plaatsgevonden	Een duidelijke beoordeling vindt minder dan eens per jaar plaats OF de beoordeling is kunstmatig	Een duidelijke beoordeling vindt elk jaar plaats	Een duidelijke beoordeling wordt elke 6 maanden uitgevoerd door de kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep
G13 KEUZEMOGELIJKHEDEN VOOR DE CLIËNT WAT BETREFT DE HULPVERLENING Alle cliënten krijgen keuzemogelijkheden, de teamleden houden rekening met en houden zich aan de voorkeuren van de cliënt bij het verlenen van hulpverlening en begeleiding	Hulpverlening waarbij de cliënt centraal staat komt niet voor (of alle beslissingen worden gemaakt door het personeel)	Een paar bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen	De helft van de bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen	De meeste bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen OF de instelling omarmt de keuze van de cliënt volledig op één uitzondering na	Alle bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G14 SCHOLING FORENSISCHE DESKUNDIGHEID (FOR_N) Het team is in de afgelopen 2 jaar forensisch (bij-) geschoold in (1) risicotaxatie/delictanalyse (2) terugvalpreventie / risicomangement (3) omgaan met agressief / acting out gedrag (4) juridische kennis (5) motiverende gespreksvoering, (6) herstelondersteunende zorg en (7) LVG. Het gaat per deskundigheid om scholing van minimaal 1 dag. Indien <50% van het team in de afgelopen 2 jaar in een bepaalde deskundigheid is geschoold, gaat er een punt af.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in geen/1 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 2 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 3 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 4 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in minstens 5 van de 7 deskundigheden.



4.2 Scoreformulier Forensische FACTschaal

Het intellectueel eigendom van de FACTschaal en het Scoreformulier berust bij Stichting CCAF. Aan de ontwikkeling van de (originele) FACTschaal hebben bijgedragen: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Niels Mulder. Aan de ontwikkeling van de Forensische FACTschaal hebben bijgedragen: Maaïke van Vugt, Caroline Place, Laura Neijmeijer.

Voor meer informatie over de toepassing van de FOR FACTschaal kunt u een mail sturen naar: info@ccaf.nl.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Teamstructuur	1	2	3	4	5
1. KLEINE CASELOAD (FOR_A ⁴) Cliënt/hulpverlener-verhouding van 13:1 (incl. psychiater, excl. secretariële ondersteuning, psychiater i.o. voor de helft).	≥ 39 cliënten/hulpverlener of meer.	32-38	24 - 31	14 - 23	Maximaal 13 cliënten/hulpverlener.
2. PERSONEELSBEZETTING Het programma werkt met een volledige personeelsbezetting, dwz een minimum aan vacatures.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
3. TEAMVERBAND De teamleden hebben een enkel en substantieel dienstverband voor het team. (aantal fte / teamleden) (incl psychiater, excl secretarieel personeel).	Gemiddeld lager dan < 0.5	Gemiddeld tussen 0.5 en 0.59	Gemiddeld tussen 0.6 en 0.69	Gemiddeld tussen 0.7 en 0.79	Gemiddeld 0.8 of hoger.
4. PSYCHIATER (FOR_A) Per 200 cliënten is tenminste 0.8 FTE psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 200 cliënten minder dan 0,20 FTE psychiater.	0,20 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0.60-0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft voor 200 cliënten 0,8 FTE psychiater in dienst.
FOR_A 5. PSYCHOLOOG (FOR_A)	Het team heeft minder dan 0,1	0,10-0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4-0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70-0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 1

⁴ FOR_A= aanpassing bestaand item aan forensische situatie

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Het team heeft tenminste een FTE psycholoog aangesteld per 200 cliënten.	FTE psycholoog verbonden aan het team.				FTE psycholoog of meer in dienst.
6. ERVARINGSWERKER Het team heeft tenminste 0.8 FTE ervaringswerker aangesteld per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 0,2 FTE ervaringswerker verbonden aan het team	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE ervaringswerker of meer in dienst
7. MAATSCHAPPELIJK WERKER en/of SPH, SOC. JUR DIENSTV. (FOR_A) Het team heeft tenminste een MW, SPH of SJD aangesteld (1 FTE op 200 cliënten) (of specifieke kennis over sociaal juridische aspecten bij een ander teamlid).	Het team heeft minder dan 0,1 FTE MW, SPH of SJD verbonden aan het team	0,1 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70- 0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 1 FTE MW, SPH of SJD of meer in dienst.
8. VERPLEEGKUNDIGE Per 200 cliënten zijn er ten minste vier FTE verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring), waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.	Het team heeft minder dan 1 FTE verpleegkundige per 200 cliënten.	1 –1,99 FTE per 200 cliënten.	2 – 2,99 FTE per 200 cliënten.	3 FTE of meer per 200 cliënten.	Vier FTE verpleegkundigen of meer bij een team met 200 cliënten, waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.
9. PERSOONLIJK BEGELEIDER. Het team heeft minimaal 6 FTE	Het team heeft minder dan 3 FTE	Het team heeft minder dan 4 FTE	Het team heeft minder dan 5 FTE	Het team heeft minder dan 6 FTE	Het team heeft tenminste 6 FTE

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
aan 'persoonlijk begeleiders' voor 200 cliënten. ⁵	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders voor 200 cliënten
10. VERSLAVINGS-DESKUNDIGHEID Per 200 cliënten zijn er tenminste twee FTE hulpverleners met verslavingsdeskundigheid (met tenminste 1 jaar specifieke training of ervaring in verslavingszorg en tenminste jaarlijkse bijscholing).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundigheid per 200 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 200 cliënten.	0,80 – 1,39 FTE per 200 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Twee FTE of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg en jaarlijkse bijscholing op dit gebied.
11. ARBEIDSDESKUNDIGE (FOR_T ⁶) Per 200 cliënten is er tenminste een FTE hulpverlener gespecialiseerd in het veld van arbeidsrehabilitatie en ondersteuning (één jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,10 FTE arbeidsdeskundige per 200 cliënten.	0,10 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	Een FTE of meer gespecialiseerde hulpverlener in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning met tenminste een jaar training of ervaring in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning.
12. SPECIALIST REHABILITATIE/HERSTEL	Het team heeft minder dan 0,50	0,50 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	1,00 – 1,49 FTE per 200 cliënten.	1,50 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft tenminste twee

⁵ Deze vraag betreft aantal medewerkers dat optreedt als persoonlijk begeleider voor >10 cliënten. Dit kunnen verschillende disciplines zijn.

⁶ FOR_T= toelichting bij item voor forensische situatie, item is niet aangepast

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
In het team zijn tenminste twee FTE aan hulpverleners aanwezig die zijn opgeleid in een revalidatiemethodiek en/of herstelondersteunende zorg, dit toepassen op verschillende domeinen en een duidelijke adviserende en stimulerende rol hebben t.a.v. andere teamleden.	FTE per 200 cliënten.				
13. RECLASSERING (FOR_N) Het FOR FACT team werkt goed samen met Reclassering. Dit komt als volgt tot uiting: 1. Reclassering en FOR ACT team maken aan het begin van traject afspraken over rolverdeling, samenwerking en privacy; 2. Deze werkwijze en afspraken staan op schrift. 3. Reclassering is aanwezig bij behandelplanbesprekingen; 4. Bij begin traject: gezamenlijk kennismakingsgesprek met cliënt, Reclassering en FOR ACT team; 5. Wederzijdse informatie-uitwisseling 6. Er wordt gebruik gemaakt van de juridische hefboom (<i>leverage</i>).	Er wordt aan geen/één van de zes criteria voldaan.	Er wordt aan twee criteria voldaan.	Er wordt aan drie of vier criteria voldaan.	Er wordt aan vijf criteria voldaan.	Er wordt aan alle criteria voldaan.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Teamproces					
14. TEAMBENADERING (FOR_T) Alle cliënten in een FOR FACT team zien meer dan 4 teamleden per jaar (incl psychiater).	Minder dan 10% cliënten heeft een-op-een contacten met meer dan 4 teamleden per jaar.	10% - 36% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	37% - 63% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	64% - 89% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	90% of meer van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.
15. SHARED CASELOAD TIJDENS ZORGINTENSIVERING Het team functioneert als een groep en niet als afzonderlijke professionals. Hulpverleners kennen en werken met alle cliënten op het bord.	Minder dan 10% cliënten die intensieve zorg krijgen heeft face to face contacten met minstens 3 teamleden per 2 weken.	10% - 36% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	37% - 63% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	64% - 89% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	90% of meer van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.
16. FOR FACTBORDOVERLEG Het team komt door de weeks dagelijks bij elkaar om de hulpverlening voor iedere cliënt die op het 'bord' staat te plannen en door te nemen.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 1 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 2 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 3 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 4 keer per week.	Het team komt 5 keer per week bij elkaar en bespreekt de cliënten die op het bord staan.
17. OPKOMST MULTIDISCIPLINAIR FOR FACTBORD OVERLEG Bij de bespreking van het FACT bord zijn in principe alle op die dag werkzame teamleden aanwezig. (Score- instructie: als opkomstpercentage wordt gehaald maar psychiater niet vol-	De opkomst van de teamleden is < 60% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 60% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 70% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 80% inclusief psychiater	De opkomst bij het FOR FACT - overleg is minimaal 90% inclusief psychiater.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
doende aanwezig, punt aftrek)					
18. BEHANDELPLANBIJEENKOMST - OPKOMST Het behandelplan wordt multidisciplinair (ten minste 4 verschillende disciplines) vastgesteld	< 50% van de behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld	50%-69%	70%-79%	80%- 89%	90% of meer behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld
19. BEHANDELPLANBIJEENKOMST - CLIENT De behandelplannen worden vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt, tenzij er sprake is van contra-indicatie.	< 50% van de behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt (tenzij sprake van contra-indicatie) .	50-69%	70-79%	80-89%	90% of meer behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt (tenzij sprake van contra-indicatie).
20. TEAMLEIDER - levert regelmatig (30%>) directe hulpverlening aan cliënten als teamlid - bewaakt actief de toepassing van het FACT-model - is altijd aanwezig bij het FACT-overleg - is aanwezig bij behandelplanbesprekingen	Teamleider voldoet aan geen van de 4 criteria	Teamleider voldoet aan 1 criterium.	Teamleider voldoet aan 2 criteria.	Teamleider voldoet aan 3 criteria.	Teamleider voldoet aan alle criteria.
21. CRITERIA VOOR PLAATSING OP FOR FACT-BORD (FOR_A)	Het team voldoet aan 1-3 criteria.	Het team voldoet aan 4-5 criteria.	Het team voldoet aan 6-7 criteria.	Het team voldoet aan 8-9 criteria.	Het team voldoet aan 10-11 criteria.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Het team hanteert helder omschreven criteria voor het plaatsen van cliënten op het FOR FACT-bord: (1) Toename van symptomen/crisis, (2) overlast, (3) verwaarlozing, (4) niet houden aan afspraken, (5) zorgmijndend gedrag, (6) cliënten die regelmatig worden opgenomen, (7) na opname, (8) intensivering van behandeling (bijv. instellen nieuwe medicatie), (9) life events, (10) nieuwe cliënten, (11) dreiging delictgedrag.	ria.				
22. PROCEDURE PLAATSING FOR FACTBORD (FOR_A) Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het opnemen van cliënten met acute extra zorgbehoefte⁷ en/of extra beveiligingsbehoefte op het FOR FACT-bord, waarin de volgende onderdelen zijn opgenomen: (1) Ieder teamlid kan een cliënt op het FOR FACT-bord plaatsen, (2) inwerking treden van crisisplan, (3) cliënt	Het team geen omschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en van de 5 onderdelen zijn er minimaal 2 in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen procedure omschreven, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 3 van de 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen procedure omschreven, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 4 van de 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure maar kan mondeling de werkwijze toelichten en in de praktijk zijn de 5 onderdelen zichtbaar.	Het team heeft een omschreven procedure met daarin alle 5 de onderdelen, welke ook in de praktijk gehanteerd wordt.

⁷ geldt niet voor cliënten die om een andere reden zoals zorgmijndend zonder overlast of life event op het bord staan.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
en netwerk worden geïnformeerd, (4) psychiater beoordeelt medicatie en het team beoordeelt (delict)gevaar, binnen 2 dagen, (5) zo nodig melding naar 7 x 24 uurs dienst, kliniek, Reclassering en Veiligheidshuis.					
23. PROCEDURE FOR FACTBORD AF (FOR_A) Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het van het FOR FACT bord afhalen van cliënten, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FOR FACT overleg, (2) de cliënt wordt geïnformeerd, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met team, (4) en met de cliënt en diens naasten, (5) zo nodig wordt het crisisplan en/of terugvalpreventieplan bijgesteld (6) en wordt het behandelplan aangepast.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 2 is in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 3 is in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 4 in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft een beschreven procedure welke ook in de praktijk gehanteerd wordt, met daarin minimaal 5 van de beschreven onderdelen.
24. CONTACTFREQUENTIE BORD Cliënten op het FOR	Gemiddeld 1 f-t-f contact/week per	1 – 2 / f-t-f p/week	2 – 3 / f-t-f p/week	3 -4 / f-t-f p/week	Gemiddeld 4 of meer f-t-f con-

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
FACT-bord worden frequent bezocht. (Bespreek 5 casussen van het bord.)	cliënt of minder.				tacten/week per cliënt.
25. CONTACTFREQUENTIE NIET-BORD Cliënten die niet op het bord staan worden regelmatig door het team gezien.	Gemiddeld minder dan 1 f-t-f contact per vier weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per vier weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per drie weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per twee weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per week
Diagnostiek, behandeling en interventies					
26. MULTIDISCIPLINAIRE PRAKTISCHE ZORG (FOR_A) Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding: (1) op het gebied van ADL en HDL, (2) naar instanties, (3) naar familiecontacten, (4) buurt, etc, (5) bij financiën en administratie, (6) bij mediatiegebruik, (7) maatschappelijke/sociaal juridische dienstverlening.	Het team biedt geen outreachende praktische individuele begeleiding maar besteedt dit uit of biedt 1 onderdeel en besteedt de overige onderdelen uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 2-3 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 4 of 5 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 6 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt zelf outreachende praktische individuele begeleiding op alle 7 de onderdelen.
27. KENNISMAKING Nieuwe cliënten staan 3 weken op het bord zodat meerdere teamleden en verschillende disciplines hun beeld kunnen vormen	Nee	Soms	Gestructureerd, resulterend in indruk van >3 teamleden	Idem met >4 teamleden	Idem met > 4 disciplines

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
men en eventueel met de cliënt in gesprek kunnen gaan.					
28. INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een cliëntendossier waarin een behandelplan van minder dan 1 jaar oud is opgenomen.	60% of minder van de cliënten heeft een actueel behandelplan minder dan een jaar oud.	70%	80%	90%	95% of meer van de behandelplannen van de cliënten zijn minder dan een jaar oud.
29. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIEPLAN Elke cliënt heeft een crisisinterventieplan.	20% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan
30. TERUGVALPREVENTIEPLAN (FOR_N) Het terugvalpreventieplan: - is gebaseerd op een beschrijving (dit kan een delictanalyse/delictscenario zijn) van de aanleidingen en omstandigheden die de cliënt mogelijk weer tot delictgedrag kunnen aanzetten; - beschrijft per stadium de (vroege) voortekenen van terugval en bijbehorende actie(s); - is met de cliënt opgesteld; - is niet ouder dan 1 jaar en na terugval bijgesteld.	20% van de cliënten van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	21-40% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	41-60% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	61-80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	Meer dan 80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(Voor elke eis waaraan niet wordt voldaan: punt aftrek.)					
31. DOELEN PREVENTIE CRIMINEEL GEDRAG (FOR_N) In ieder behandelplan zijn individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag benoemd met aandacht voor individuele risicofactoren.	≤ 20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag zijn bij meer dan 80% van de cliënten in het behandelplan terug te vinden.
32. INDIVIDUEEL REHABILITATIE-/ HERSTELPLAN In ieder behandelplan zijn individuele rehabilitatie- / herstel doelen benoemd op verschillende domeinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor individuele behoeften, eigen wensen en kwaliteiten van de cliënt.	20% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- en hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- herstel doelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.
33. KOPIE BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een kopie van het behandelplan (cliënten die aangeven daar geen prijs op te stellen niet meegerekend)	20% van de cliënten heeft een behandelplan	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan
34. MEDICATIEBELEID	Medicatie wordt	Minimaal één	Door het jaar	Door het jaar	Er wordt gepro-

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	aangepast op geleide van klachten en vragen.	maal per jaar vindt er met de cliënt een evaluatie plaats over de medicatie	heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerking van medicatie.	heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerking van medicatie en vindt zonodig uitleg plaats door de psychiater en persoonlijk begeleider.	toegeleend gewerkt en er vindt structurele informatie plaats.
35. PSYCHO-EDUCATIE	Deze interventie vindt plaats op geleide van klachten en vragen.	Voor deze interventie worden cliënten van het team verwezen naar een ander organisatie onderdeel.	Deze interventie wordt individueel aangeboden door het eigen team, maar groepsgevoijs wordt verwezen naar elders.	Deze interventie wordt zowel individueel als groepsgevoijs door het eigen team.	Deze interventie wordt volgens de richtlijn aangeboden.
36. FORENSISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team biedt trainingen aan op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgevoijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delictspecifieke problemen als huishoudelijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar <i>actief</i> door.	Het team biedt zelf geen forensische interventies aan. Het team verwijst cliënten ook niet door.	Het team biedt geen interventies zelf aan. Het team heeft wel zicht op de beschikbare interventies en verwijst cliënten door, maar biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst door naar de overige interventies en biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.	Het team biedt forensische interventies aan en bereikt daarmee meer dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies en traumabehandeling.	Het team heeft geen aanbod en verwijst ook niet door.	Het team heeft geen aanbod maar verwijst cliënten wel actief door.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies OF traumabehandeling.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling, maar bereikt daarmee in totaal niet meer dan 15% van de cliënten.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling en bereikt daarmee in totaal >15% van de cliënten.
38. FAMILIE INTERVENTIE ⁸	Deze interventie is niet beschikbaar voor familieleden van cliënten van het team.	Minder dan 10% van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	Minder dan 20% van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	20% of meer van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	Er wordt aantoonbaar gewerkt volgens de toolkit familie psycho educatie en meer dan 20% of meer van de familieleden maakt hiervan gebruik.
39. ARBEIDSREHABILITATIE	Er is geen aandacht voor arbeidsrehabilitatie voor cliënten van het team.	Cliënten die gebruik maken van arbeidsrehabilitatie worden verwezen naar een an-	Er wordt systematisch gekeken naar arbeidsrehabilitatie. Cliënten worden verwezen	Cliënten maken gebruik van arbeidsrehabilitatie aangeboden door een specialist in	Deze interventie wordt aangeboden volgens de toolkit IPS; 15% van de caseload

⁸ Percentage over de afgelopen 2 jaar

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		der organisatie onderdeel.	naar een ander onderdeel; 10% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	het eigen team; 15% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	maakt hiervan gebruik..
40. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL (IDDT) (FOR_T) Het team gebruikt een stapsgewijs behandelmodel. In verschillende fasen van de behandeling worden verschillende interventies aangeboden. Het model is niet-confronterend, volgt gedragsprincipes, neemt interacties in aanmerking tussen psychiatrische stoornissen en verslaving, waarbij geleidelijke onthouding wordt verwacht.	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontwenningsskuren en revalidatieprogramma's, erkent behoefte aan overreden van cliënten in de ontkenningfase die niet bij AA passen.	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredingsgroepen, gebruikt opnames voor revalidatie en verwijst naar afkickprogramma's.	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen, geen opname voor revalidatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	Er is een transmurale IDDT programma, waarin het FOR FACT team zelf belangrijke delen van de behandeling geïntegreerd uitvoert.
41. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG Het team biedt screening voor somatische zorg en zorgt er voor dat de cliënten afspraken op dit terrein nakomt.	Het team biedt geen screening voor somatische zorg.	Het team reageert wisselend op somatische problematiek, maar biedt geen systematische screening en toeleiding naar somatische zorg.	Het team heeft oog voor somatische problematiek maar biedt geen systematische screening. Cliënten worden verwezen naar de huisarts en indien	Het team heeft systematisch aandacht somatische problematiek, maar kent geen formele screening. Cliënten worden verwezen naar de	Het team biedt structurele systematische screening voor somatische zorg en begeleid cliënten (indien noodzakelijk) naar behande-

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

			nodig begeleid naar de zorg.	huisarts en indien nodig begeleid naar de zorg.	ling.
Zorgorganisatie					
42. HANTERING TOELATINGSPROCEDURE FOR FACT TEAM (FOR_T) Cliënten worden volgens vaste procedure voor FOR FACT zorg geïndiceerd.	Er zijn geen vaste criteria voor toelating tot FOR FACT.	Er zijn wel criteria voor FOR FACT, maar er is geen procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie die leidt tot <5% verkeerde indicaties.
43. WACHTLIJST De wachtlijst voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest.	De wachtlijst is langer dan 4 maanden	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand
44. 24 UURS BEREIKBAARHEID EN CRISIS - Binnen kantooruren is indien noodzakelijk (crisis) het team binnen 2 uur beschikbaar; - In geval van crisis buiten kantoor uren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de acute/ crisisdienst; - Cliënten van het wijkteam	Het team kan niet adequaat reageren op crisis binnen kantooruren en heeft geen bereikbaarheid buiten kantooruren. Het team heeft geen afspraken met de 7	Het team scoort op één van de vier items.	Het team scoort op twee van de vier items.	Het team scoort op drie van de vier items.	Het team scoort op alle vier de items.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
kunnen 24 uur per dag met hun vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener; - Het crisis- /signaleringsplan is beschikbaar bij de crisis-dienst	x 24 uurs crisis-dienst.				
45. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME Het team heeft het initiatief bij klinische opnames.	Minder dan 5% van de opnames worden door het team geïnitieerd.	5 % - 34% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	35 % - 64% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	65 % - 94% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	95 % of meer van de opnames worden geïnitieerd door het team.
46. BED OP RECEPT Het team kan voor haar cliënten makkelijk gebruik maken van een BOR-regeling.	Het team heeft geen afspraken met de opname-afdeling over een BOR regeling.		Het team kan sporadisch gebruik maken van een BOR-regeling.		Het team kan te allen tijde gebruik maken van een BOR.
47. CONTINUE ZORG (FOR_A) Het team blijft betrokken bij de cliënt als deze is opgenomen in de (forensische) GGZ, verslavingszorg of in detentie. (Indien wekelijks contact bij kortdurend, maar geen betrokkenheid bij langdurend: punt aftrek)	Cliënten worden tijdens opname/detentie niet bezocht of gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname/detentie gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per 3 à 4 weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per twee weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis. Bij langdurige opname in een justitiële setting waar geen zorg

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
					wordt verleend, behoudt het team enige betrokkenheid (vinger-aan-de-pols contact met cliënt, monitoring/contact onderhouden met personeel, adviserend naar personeel).
48. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG (FOR_A) Het team is betrokken bij de planning van ontslag uit de kliniek (GGZ, verslavingszorg), justitiële of forensische zorginstellingen.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de ontslagen uit kliniek/justitiële/forensische instellingen.	5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	65% - 94% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	95% van het ontslag uit kliniek/justitiële/forensische instellingen van cliënten wordt gezamenlijk gepland met het team.
49. ZORG VOOR ONBEPERKTE TIJD EN OVERDRACHT (FOR_N): De cliënt wordt zo lang als nodig is in zorg gehouden bij het FOR ACT team. Als een cliënt niet langer ACT-zorg nodig heeft of als het delict risico van een cliënt dermate verminderd is dat zorg vanuit een regulier (F)ACT-team	Bij <50% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel doelen zijn	Bij 50-65% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan-	Bij 66-79% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan-	Bij 80- 95% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan-	Bij >95% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel doelen

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
volstaat, zorgt het FOR ACT team voor een geleidelijke overdracht. Het team houdt de eerste maanden na de overgang v-a-d-p en blijft langdurig beschikbaar voor consultatie.	behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	deldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	deldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	deldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.
50. NO DROP-OUT (FOR_A) Het team behoudt het contact met de cliënten en schrijft geen cliënten uit zonder verwijzing. Onder drop-out vallen ook cliënten waarvan de strafrechtelijke zorg titel is vervallen en om die reden zijn uitgeschreven.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Soms werd het contact actief door het team beëindigd zonder adequate doorverwijzing.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Dit gebeurde alleen bij cliënten die zonder overleg uit de regio zijn vertrokken met onbekende bestemming.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar >8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar 3-8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen.
Maatschappelijke zorg					
51. OUTREACHEND Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 80% van de contacten buiten de instel-	Minder dan 20% een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ling. (excl. psychiater / psycholoog)					
52. OVERLEG EXTERNE PARTNERS Het team heeft overleg met: (1) thuiszorg, (2) woningcorporaties/wijkmeester, (3) wijkagent, (4) welzijnsinstellingen, (5) vrijwilligerswerk in de buurt .	Het team heeft de laatste 6 maanden geen overleg gehad met een van de organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met één van de organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met 2 organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met 3 organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met minimaal 4 organisaties.
53. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: CASUISTIEK (FOR_N) Het team heeft contact met (1) medewerkers van PI/HvB (2) FPC (3) politie/justitie (4) FPK en / of FPA en/of KIB (5) reclasering (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie (7) Veiligheidshuis.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met alle zeven ketenpartners.
54. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: BELEID (FOR_N) Het team heeft beleidsafspraken (over samenwerking, procedures, werkwijze en afstemming) op schrift met de volgende ketenpartners: (1) medewerkers van PI/HvB, (2) FPC, (3) poli-	Het team heeft op beleidsniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met alle zeven ketenpartners.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
tie/justitie, (4) FPK en/of FPA en/of KIB , (5) reclassering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.					
55. BINDENDE HULPVERLENING (FOR_T) Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel attractieve (inloop, huiskamer etc) – assertieve als juridische maatregelen indien noodzakelijk (RM, budgetbeheer etc).	Het team is passief bij het behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van attractieve en assertieve en juridische maatregelen.	Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde cliënten.	Het team maakt actief gebruik van één van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.	Het team maakt actief gebruik van twee van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.	Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van attractieve en assertieve zorg, en juridische maatregelen wanneer nodig is.
56. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM ttv INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt (familie, huisbaas, werkgever).	Bij minder dan 20% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 20-39% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 40-59% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 60-79% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij ≥80% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.
57. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM ttv MINDER INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team onder-	In de afgelopen 6 maanden vindt bij minder dan 20% van de cliënten ondersteuning	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 20 –39% van de cliënten ondersteuning van het	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 40 – 59% van de cliënten ondersteuning van het	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 60 – 79% van de cliënten ondersteuning van het	In de afgelopen 6 maanden vindt bij ≥80% van de cliënten ondersteuning van het

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
steuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van alle cliënten (familie, huisbaas, werkgever).	van het sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.
Monitoring					
58. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): INHOUD Het team neemt bij alle cliënten eens per jaar een ROM af, die tenminste bestaat uit een gestandaardiseerd instrument om psychisch en sociaal functioneren te meten, een gestandaardiseerd instrument om zorgbehoeften en kwaliteit van leven te meten. (als de ROM niet volledig wordt afgenomen een punt minder)	Het team neemt bij <20% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 20-39% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 40-59% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren en zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 60-79% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij ≥80% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.
59. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): GEBRUIK Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid naar de cliënt als onderdeel van het behandelplan als naar teamuitkomsten in het kader van de PDCA- cyclus.	Het team kent geen ROM.	Het team kent een ROM zonder terugkoppeling naar teamleden.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit naar het individuele beleid rond de cliënt OF naar teamuitbeleid.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid rond de cliënt als naar teambeleid.	Het team gebruikt de ROM structureel bij evaluatie van het team(functioneren) wat leidt tot aanpassingen op teamniveau en gebruikt ROM als standaardonderdeel bij iedere

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

					behandel- planbespreking.
60. RISICOTAXATIE (FOR_N) Bij alle cliënten die in zorg zijn van het FOR FACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risico-taxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Bij meer dan 80% van de cliënten die in zorg zijn van het FOR FACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risico-taxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument.
61. VERBETERCYCLUS FOR FACT Projectleider/ teamleider monitoren het proces van (FOR) FACT, gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check/study, act) wordt hierbij gehanteerd.	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren.	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld naar het team maar het leidt niet tot aanpassing.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld aan. Gegevens worden gebruikt om het programma te verbeteren.	Gestandaardiseerd, uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om het programma te verbeteren. De PDCA cyclus is in het proces herkenbaar.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Professionalisering					
62. REFLECTIE EIGEN HANDELEN Elk teamlid heeft minstens 5x2 uur per jaar voor intervisie of (groeps)supervisie. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.	≤ 20% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	21-40% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	41-60% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	61-80% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	> 80% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.
63. SCHOLING FACT EN EVIDENCE BASED ONDERWERPEN Alle teamleden ontvangen jaarlijks een (bij)scholing in (FOR) FACT EN EBP (minimaal 4 dagdelen). (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	≤ 20% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	21-40% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	41-60% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	61-80% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	> 80% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.
64. SCHOLING HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG 80% van de teamleden zijn in de laatste twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	Geen van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	1 - 29% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	30-59% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	60-79% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	80% of meer van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
65. SCHOLING FORENSISCHE DESKUNDIGHEID (FOR_N) Het team is in de afgelopen 2 jaar forensisch (bij-) geschoold in (1) risicotaxatie/delictanalyse (2) terugvalpreventie / risico-management (3) omgaan met agressief / acting out gedrag (4) juridische kennis (5) motiverende gespreksvoering, (6) herstel-ondersteunende zorg en (7) LVG. Het gaat per deskundigheid om scholing van minimaal 1 dag. Indien <50% van het team in de afgelopen 2 jaar in een bepaalde deskundigheid is geschoold, gaat er een punt af.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in geen/1 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 2 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 3 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 4 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in minstens 5 van de 7 deskundigheden.
66. STRUCTURELE AANDACHT VOOR HERSTEL Het team heeft structureel oog voor herstel. Dit blijkt uit de bordbespreking, de doelen van de cliënten contacten die dag en de behandelplannen	Het team is vooral bezig met het reageren van crisissen. Er is weinig tijd of aandacht voor de stabielere cliënten	Veel aandacht gaat uit naar het reageren op crisissen. Daarnaast heeft het team aandacht voor aanvullende behandeling.	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Echter herstel doelen zijn alleen geformuleerd voor de 'stabiele' cliënten	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Herstel doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt.	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Herstel doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt. Cliënten worden gewezen op lotgenotencontact en herstelgroepen.

Programma:**Datum:**

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
67. TEAMGEEST Scoor de volgende onderdelen: - sfeer in het team (uitstekend, plezierig, hartelijk) - cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) - gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) - innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) - burnout (minder dan 20% van de teamleden toont tekenen van burnout)	0 - 1 punt Het team is als los zand. Het maakt een uitgebluste, ongeïnspireerde, conflictueuze indruk	Het team scoort op 2 punten	Het team scoort op 3 punten	Het team scoort op 4 punten	Het team scoort op alle 5 punten. Het team maakt een enthousiaste, gemotiveerde, harmonieuze, daadkrachtige en vastberaden indruk.

Bijlage I Deelnemende teams

Aan het project FOR(F)ACT namen de volgende forensische ACT en FACT-teams deel:

- Forensisch ACT-team GGZ Drenthe
- Forensisch ACT-team Altrecht
- Forensisch FACT-team GGZ Noord Holland Noord
- Forensisch ACT-team De Kijvelanden
- Forensisch ACT-team Bouman GGZ
- Forensisch ACT-team VOF Dubbele Diagnose (GGZ Breburg en Novadic-Kentron)
- Forensisch ACT-team AFPN Lentis
- Forensisch FACT-team de Woenselse Poort (GGZ Eindhoven)

Figuur 1 Locaties deelnemende Forensische (F)ACT teams



Spreiding forensische (F)ACT-teams

Bijlage II Begeleidingscommissie

De samenstelling van de begeleidingscommissie was als volgt:

- Dhr. E. Blaauw, programmamanager forensische zorg, Verslavingszorg Noord Nederland
- Dhr. R. van den Brink, senior onderzoeker Rob Giel Onderzoekscentrum
- Mw. R. Geense, senior beleidsmedewerker Directie Forensische Zorg, Ministerie van Justitie
- Dhr. J. Idenburg, hoofd Directie Forensische Zorg, Ministerie van Justitie
- Mw. M. Lancel, psycholoog en senior onderzoeker divisie forensische psychiatrie, GGZ Drenthe
- Dhr. H.J. van der Lugt, waarnemend hoofd Directie Forensische Zorg, Ministerie van Justitie
- Dhr. J. van Marle, psychiater divisie forensische psychiatrie, GGZ Drenthe
- Mw. A. Mateijsen, accountmanager zorginkoop GGZ, AGIS
- Dhr. N. Mulder, psychiater Bavo Europoort, bijzonder hoogleraar OGGZ en programmaleider Onderzoekscentrum O3
- Mw. P. de Rijke, directeur divisie forensische psychiatrie GGZ Drenthe
- Dhr. E. Sikkens, psychiater, hoofd Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- Dhr. H. Slijpen, accountmanager (O)GGZ, Politie Utrecht
- Dhr. J.R. van Veldhuizen, psychiater, voorzitter CCAF (voorzitter begeleidingscommissie)
- Dhr. J. van Vliet, beleidsadviseur en onderzoeker Stichting Verslavingsreclassering GGZ
- Mw. V. de Vogel, psycholoog en hoofd afdeling onderzoek Van der Hoevenkliniek

Bijlage III Literatuur

Ahrens, C., Frey, J., Knoedler, W., et al. (2007). Effect of PACT on inpatient psychiatric treatment for adolescents with severe mental illness: a preliminary analysis. *Psychiatric Services*, 58 (11), 1486-1488.

Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and Delinquency*, 52, 7-27.

Andrews, D.A., Zinger, A., Hoge, R.D., et al. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28 (3), 369-404.

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Bogaerts, S., Goethals J. & Vervaeke, G. (2004). Interpersonal factors in the explanation of familial and non-familial Paedophilia. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 16, 37-47.

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., et al. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159.

Broner, N., Lattimore, P. K., Cowell, A. J., et al. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use: outcomes from a national multi-site study. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, (4), 519-541.

Burns, T., & Priebe, S. (1996). Mental health care systems and their characteristics: a proposal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 381-385.

Calsyn, R.J., Yonker, R.D., Lemming, M.R., et al. (2005). Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal Behavior and Mental Health*, 15, 236-248.

Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Service (2009). *Assertive Community Treatment: Intervention Fact Sheet*. Geraadpleegd via http://www.cbhs-cjr.rutgers.edu/pdfs/ACT_Fact_Sheet_2_09.pdf.

Clarke, G.N., Herinckx, H.A., Kinney, R.F., et al. (2000). Psychiatric Hospitalizations, Arrests, Emergency Room Visits, and Homelessness of Clients with Serious and Persistent Mental Illness: Findings from a Randomized Trial of Two ACT Programs vs. Usual Care. *Mental Health Services Research*, 2 (3), 155-164.

Cosden, M., Ellens, J.K., Schnell, J.L., et al. (2003). Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 415-427.

Cosden, M., Ellens, J., Schnell, J., et al. (2004). *Evaluation of the Santa Barbara County Mental Health Treatment Court with Intensive Case Management*. Santa Barbara: Gevirtz Graduate School of Education University of California, Counseling/Clinical/School Psychology Program. Geraadpleegd via website <http://consensusproject.org/downloads/exec.summary.santa.barbara.evaluation.pdf>.

Cosden, M., Ellens, J.K., Schnell, et al. (2005). Efficacy of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 23, 199-214.

Cuddeback, G.S, Morrissey, J.P., & Cusack, K.J. (2008). How many Forensic Assertive Community Treatment Teams do we need? *Psychiatric Services*, 59, 205-208.

Cuddeback, G.S., Morrissey, J.P., Cusack, K.J., et al. (2009). Challenges to Developing Forensic Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric rehabilitation*, 12, 225-246.

Cuddeback, G.S. & J.P. Morrissey (2011). Program Planning and Staff Competencies for Forensic Assertive Community Treatment: ACT-Eligible Versus FACT-Eligible Consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 90-97.

Cusack, K.J., Morrissey, J.P., Cuddeback, G.S., et al. (2010). Criminal Justice Involvement, Behavioral Health Service Use, and Costs of Forensic Assertive Community Treatment: A Randomized Trial. *Community Mental Health Journal*, DOI 10.1007/s10597-010-9299-z. Springer Science+Business Media, LLC.

Davis, K., Fallon, J., Vogel, S., et al. (2008). *Integrating into the Mental Health System from the Criminal Justice System Jail Aftercare Services for Persons with a Severe Mental Illness. Probation and Parole: Current Issues*. Haworth Press, DOI 10.1080/10509670802143599: 217-231.

Defuentes-Merillas, L. & De Jong, C.A.J. (2008). *Is belonen effectief? Community Reinforcement Approach plus Vouchers: Resultaten van een gerandomiseerde, multi-center studie*. NISPA: Nijmegen.

Dijk, B.P. van, Mulder, C.L. & Roosenschoon, B.J. (2004). *Nederlandse Handleiding voor de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS)*. Rotterdam: Bavo RNO Groep/GGZ Europoort.

Erickson, S.K., Lamberti, J.S., Weisman, R., et al. (2009). Predictors of arrest during forensic assertive community treatment. *Psychiatric services*, 60 (6), 834-837.

Fakhoury, W.K.H. & Priebe, S. (2006). An unholy alliance: substance abuse and

social exclusion among assertive outreach patients. *Acta Psychiatr Scand*, 114, 124-131.

Feder, L. (1991). A comparison of the community adjustment of mentally ill offenders with those from the general prison population: an 18-month follow-up. *Law and Human Behavior*, 15, 477-493.

Frisman, L.K., Mueser K.T., Covell N.H., et al. (2009). Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 197 (11), 822-8.

Godley, S. H., Finch, M., Dougan, L., et al. (2000). Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 (2), 137-148.

Gredecki, N., & P. Turner (2009). Positive psychology and forensic clients: applications to relapse prevention in offending behaviour interventions. *The British Journal of Forensic Practice*, 11 (4), 50-59.

Harte, J.M., Kalmthout, W.D. van & Knüppe, J.J.M.C. (2010). *Forensisch psychiatrisch toezicht. Evaluatie van de testfase van een vernieuwde vorm van toezicht op tbs-gestelden*. Amsterdam: Vrije Universiteit/WODC.

Hartogh, V.E. den, Kogel, C.H. de & Bogaerts, S. (2005). *Psychische en lichamelijke pathologie bij een steekproef van 'blijvend delictgevaarlijke' forensische psychiatrische patiënten*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum -Cahier.

Hiday, V.A., Marle, J. van, Arends, M., Klaver, J. et al (2009). ACT voor forensische patiënten. In: Mulder & Kroon (Red.): *Assertive Community Treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen* (pp. 411-424). Amsterdam: Boom.

Jennings, J. (2009). Does assertive community treatment work with forensic populations? Review and recommendations. *The Open Psychiatry Journal*, 3, 13-19.

Kogel, C.H. de & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. WODC / BJU: Meppel.

Kroon, H. & Mulder, N. (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom: Amsterdam.

Kroon, H., Wamel, A. van & Rooijen, S. van (2009). Geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling. In: Kroon, H. & Mulder, N. (red). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom: Amsterdam.

- Laajasalo, T. & Hakkanen, H. (2004). Background characteristics of mentally ill homicide offenders: A comparison of five diagnostic groups. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 451-474.
- Laberge, D. & Morin, D. (1995). The overuse of criminal justice dispositions: failure of diversionary policies in the management of mental health problems. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 389-414.
- Lam, K.N.A. 't, Lancel, M. & Hoekstra, T. (2009). Gestructureerde risicotaxatie met behulp van de START in deel (forensische) psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5 (3).
- Lamb, H.R., Weinberger, L.E. & Gross, B.H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 50 (7), 907-913.
- Lamberti, J.S., Weisman, R., & Faden, D. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults with Severe Mental Illness. *Psychiatric services*, 55 (11), 1285-1293.
- Lamberti, J.S. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 58, 773-781.
- Lamberti, J.S., Deem, A., Weisman, R.L. & LaDuke, C. (2011). The Role of Probation in Forensic Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 62 (4), 418-421.
- Lancel, M., Oosterbos, N., Spreen, M. & Akkerman-Bouwsema, G. (in druk). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de START. *Panopticon*.
- Lardinois, J., Maathuis, F. & Schoneveld, T. (2009). De teambenadering bij ACT: een voor allen, allen voor een. In: Kroon, H. & Mulder, N. (red). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom: Amsterdam.
- Lohuis, (2009). De methodiek van contact. In: Kroon, H. & Mulder, N. (red). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom: Amsterdam.
- Lurigio, A.J., Fallon, J.R., & Dincin, J. (2000). Helping the mentally ill in jails adjust to community life: A description of a postrelease act program and its clients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 532-548.
- Lurigio, A.J. (2001). Effective services for parolees with mental illness. *Crime and Delinquency*, 47 (3), 446-461.

Marle, J. van, Arends, M., Klaver, J., et al. (2009). ACT voor forensische patiënten. In: Mulder & Kroon (Red.): *Assertive Community Treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen* (pp. 411-424). Amsterdam: Boom.

Martin, S., & Scarpitti, F. (1993). An Intensive Case Management Approach for Paroled IV Drug Users. *The Journal of Drug Issues*, 23 (1), 43-59.

McCoy, M., Roberts, D., Hanrahan, P., et al. (2004). Jail linkage assertive community treatment services for individuals with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (3), 243-250.

McGuire, J.F. & Rosenheck, R.A. (2004). Criminal History as a Prognostic Indicator in the Treatment of Homeless People With Severe Mental Illness, *Psychiatric Services*, 55, 42-48.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.

Morrissey, J.P., Meyer, P., & Cuddeback, G.S. (2007). Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions. *Community Mental Health Journal*, 43, 527-544.

Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Nicholls, T.N., Brink, J., Desmarais, S.L. et al. (2006). The short-term assessment of risk and treatability (START). A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 1-15.

Osher, F.C. & Steadman, H.J. (2007). Adapting evidence-based practices for persons with mental illness involved with the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 58 (11), 1472-1478.

Place, C. Vugt, M. van, Kroon, H. & Neijmeijer, L. (in voorbereiding). *Resultaten van een onderzoek onder patiënten van forensische (F)ACT teams*.

Place, C. & Van Vugt, M. (2011). *Verslag van een literatuuronderzoek naar forensische (F)ACT*. Te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Roelofsen, R (2011). Twee geloven op een kussen? Hulpverlening en reclassering in een team. *Praxis. Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist*, 89-99.

Simpson, A.I.F., Jones, R.M., Evans, C., et al. (2006). Outcome of Patients Rehabilitated Through a New Zealand Forensic Psychiatry Service: A 7.5 Year Retrospective Study. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 833–843.

Skipworth, J. & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 47–53.

Slooten, D. van (2009). Ervaringsdeskundigheid in (F)ACT: de winst en de weerstand. In: Mulder, N. & Kroon, H. *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam: Boom.

Smits, C., Kroon, H., Hoof, F. van, Blom, A. Cahn, W., Caspers, E., Delespaul, P., Mulder, N., Nugter, A., & Swildens, W. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors*. Publicatie Monitor Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.

Solomon, P., & Draine, J. (1995). One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review*, 19, 256–273.

Stalans, L.J. (2004). Adult sex offenders on community supervision. A review of recent assessments strategies and treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 31 (5), 564–608.

Stein, L.I. & Test, M.A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. Part I; conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37 (4), 392–397.

Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (2010). *De FACT-schaal: FACTs* (vernieuwde versie). Heiloo/Utrecht.

Stuurgroep Zichtbare Zorg (2009). *Basisset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie*. Subset GGZ / Verslavingszorg. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Stuurman, S. e.a. (2008). *Intelligentieonderzoek bij patiënten van Assertive Community Treatment (ACT)-teams*. Rotterdam: Bavo Europort.

Teague, G.B., Bond, G.R. & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment. Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 216–231.

Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., Burns, B.J., Flynn, L., Rush, J., Clark, R.E. & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45–50.

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Van Os, J. (red) (2008). *Handboek FACT*. De Tijdstroom: Utrecht.

Veldhuizen, J.R. van, Berkhout, J.J. & Horsman, L.Th. (2006). Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check. *Proces*, 5, 170-179.

Veldhuizen, J.R. van & Bähler, M. (2008). Het FACT model. In: Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press.

Vugt, M.D. van, Kroon, H., Delespaul, P.A.E.G., et al. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (3), 154-160.

Vugt, M.D. van, Veldhuizen J.R. van, Bähler M., et al (2011). Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie assertive community treatment (FACT). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53 (2), 119-124.

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C. et al. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. Topic: 84;161;170;298. *BMJ*, 323, 1-5.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. British Columbia: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., et al. (2004). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery*. Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton.

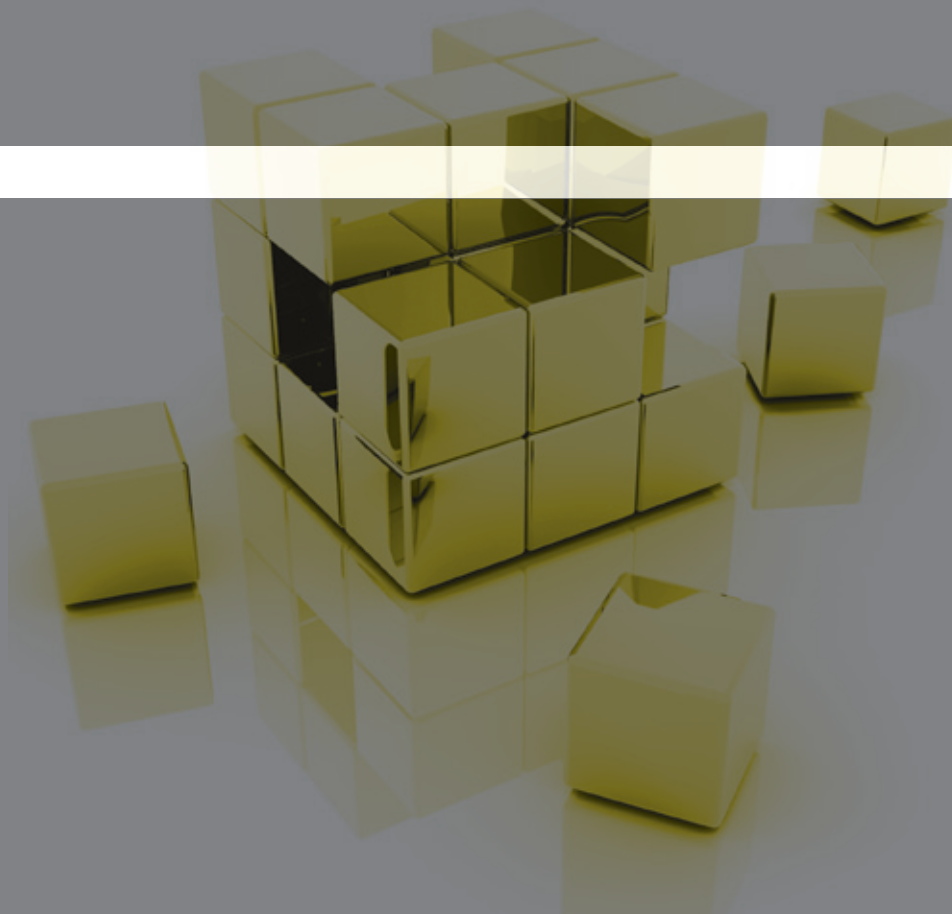
Weisbrod, B. A. (1983). A guide to benefit-cost analysis, as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill. *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 7, 808-845.

Weisman, R.L., Lamberti, J.S., & Price, N. (2004). Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 75, 71-85.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30, versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Wilson, D., Tien, G., & Eaves, D. (1995). Increasing the Community Tenure of Mentally Disordered Offender: An Assertive Case management Program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (1), 61-69.

Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie. Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.



De modelbeschrijving forensische (F)ACT is ontwikkeld op basis van uitgebreide internationale literatuurstudie en een brede verkenning van de huidige praktijk in Nederland. De modelbeschrijving beoogt om (startende) forensische (F)ACT teams handvatten te bieden met betrekking tot de samenstelling van het team, het (forensische) zorgaanbod, de samenwerking met (justitiële) ketenpartners en de organisatie van de zorg.