



## **EINDVERSLAG PILOT ‘PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID FORENSISCH AMBULANTE RISICO EVALUATIE - FARE’**

Dr. J.E. van Horn, M.J. Eisenberg MSc, dr. Y.H.A. Bouman, F.J.A.C. van den Hanenberg MSc, dr. C.E. der Put  
en Prof. dr. S. Bogaerts

Jaar van publicatie: 2016



## Colofon

*Opdrachtgever*

Programma Kwaliteit Forensische Zorg



*Financiering*

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

*Projectuitvoering*

Dr. J.E. van Horn, senior onderzoeker de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten met portefeuille ambulante forensische populatie.

M.J. Eisenberg, MSc, onderzoeker de Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten en promovenda Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen.

Dr. Y.H.A. Bouman, senior onderzoeker Pompestichting, en senior onderzoeker Transfore.

F.J.A.C. van den Hanenberg, MSc, psycholoog en onderzoeksassistent Kijvelanden Academy for Research and Innovation Development (KARID) bij FPC de Kijvelanden.

Dr. C.E. van der Put, universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen. Programmagroep: Forensische Orthopedagogiek FORTHO.

Prof. dr. S. Bogaerts, hoogleraar forensische psychologie, departement ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Tilburg; Hoofd onderzoek en behandelinnovatie Kijvelanden (KARID)/Fivoor.





## Inhoudsopgave

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Aanleiding  | 1  |
| 2   | Methode   | 2  |
| 2.1 | Deelnemende instellingen  | 2  |
| 2.2 | Evaluatie-instrument  | 2  |
| 2.3 | Procedure   | 3  |
| 2.4 | Analyses  | 3  |
| 3   | Resultaten  | 4  |
| 3.1 | Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid  | 4  |
| 3.2 | Praktische bruikbaarheid  | 6  |
| 4   | Discussie   | 9  |
|     | Bijlage A Evaluatieformulier Kernset K-factoren voor het ambulante veld | 11 |



## 1 Aanleiding

In augustus 2016 werd de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie – FARE opgeleverd. Het betrof een onderzoek gesubsidieerd door KFZ (KFZ 2015-39(2)). Onderdeel van dit onderzoek was het uitzetten van een pilot waarin de praktische bruikbaarheid en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd onderzocht in vier forensische poliklinieken in Nederland, de Waag, Kairos, De Tender en Het Dok.



## 2 Methode

Het betrof een pilotonderzoek naar de praktische bruikbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie - FARE. De pilot had een korte doorlooptijd van enkele maanden (september – november 2016).

### 2.1 Deelnemende instellingen

#### *Beoogde doelgroep*

De doelgroep bestond uit behandelaren werkzaam in forensische poliklinieken en ervaring met het uitvoeren van risicotaxaties in het ambulante forensische veld.

De beoogde instellingen waren De Tender, Kairos, Het Dok en de Waag. Het streven was om 20 cliënten te laten beoordelen door twee behandelaars ten behoeve van het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Daarnaast was het doel om van de behandelaars een evaluatieformulier terug te ontvangen waarmee de praktische bruikbaarheid van de FARE kon worden beoordeeld.

#### *Beschrijving van de bereikte doelgroep*

Aan de pilot hebben uiteindelijk vier forensische poliklinieken meegedaan: De Waag, De Tender, Kairos en Het Dok. In totaal hebben 14 behandelaren van deze poliklinieken voor een groep van zeven cliënten de FARE dubbel gescoord voor het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Daarnaast hebben zeven behandelaren een enkele taxatie met de FARE verricht. De informatie uit deze taxaties werd gebruikt om de FARE handleiding aan te scherpen.

In totaal vulden 16 behandelaren de evaluatievragenlijst in. Deze behandelaren hadden gemiddeld 6,5 jaar ( $SD=5.3$ ; range 0-20 jaar) ervaring met het uitvoeren van risicotaxaties. Ze waren in de poliklinieken werkzaam als klinisch psycholoog, gz-psycholoog (al dan niet in opleiding), FACT verpleegkundige of als systeemtherapeut. Tien behandelaren waren officieel getraind in één of meerdere risicotaxatie instrumenten (LS/CMI of de RAF) die momenteel standaard worden gebruikt. Daarnaast hadden zeven behandelaren ervaring met de HCR-20, HKT-30R, Static/ Stable/Acute (SSA), IF(p)BE of de SAPROF.

### 2.2 Evaluatie-instrument

Het evaluatieformulier bestaat uit een algemeen deel waarin enkele gegevens worden verzameld over de behandelaar, waaronder de ervaring met risicotaxatie en met welke instrumenten. Daarna volgen drie onderdelen waarin in deel 1 ingegaan wordt op de praktische uitvoerbaarheid van de taxatie met de FARE, bijvoorbeeld afnameduur, invultijd en de geraadpleegde bronnen (3 vragen). In deel 2 wordt een aantal vragen gesteld over de handleiding, bijvoorbeeld het onderscheidend vermogen van de antwoord categorieën, de 0-scores als beschermende factoren en de actuariële en klinische inschatting van het recidiverisico (8 vragen). In deel 3 tenslotte, worden enkele vragen gesteld over de klinische waarde van de FARE voor de praktijk (4 vragen). In Bijlage A is het evaluatieformulier toegevoegd.

De vragen zijn deels gestructureerd, deels voorgelegd als open vraag.



## 2.3 Procedure

De projectleden benaderden behandelaars in de polikliniek waar zij werkzaam zijn met de vraag om mee te werken aan de pilot. Deelname aan de pilot was vrijwillig. Vanwege de kleinschaligheid van de pilot werden geen vaste procedures afgesproken om behandelaars te benaderen. Uiteindelijk was het aantal deelnemende instellingen en behandelaars minder groot dan werd beoogd, ondanks herhaalde oproepen om informatie met betrekking tot de FARE aan te leveren. Gezien de beperkte tijd waarin de pilot moest worden uitgevoerd, zijn de gegevens geanalyseerd van 12 behandelaars voor het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en van 16 behandelaars ten behoeve van het beoordelen van de praktische bruikbaarheid van de FARE.

## 2.4 Analyses

De mate van overeenstemming tussen beoordelaars werd berekend met de Intraklasse Correlatiecoëfficiënten (ICC). Uitgaande van de richtlijnen van Shrout en Fleiss (1979) werden de *single measure* ICC's berekend voor het 'two-way random effect model met een 'absolute overeenstemming' als criterium. De *single measure* ICC-waarden worden weergegeven om zicht te krijgen op de betrouwbaarheid van de taxatie als deze door een enkele beoordelaar zou worden uitgevoerd. Bij de interpretatie van de ICC's worden doorgaans de volgende richtlijnen aangehouden:  $ICC < .40$  = slecht;  $.40 \leq ICC < .60$  = matig;  $.60 \leq ICC < .75$  = goed;  $ICC \geq .75$  = uitstekend (Landis & Koch, 1977).

## 3 Resultaten

De resultaten van de pilot worden weergegeven in twee paragrafen. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en in de tweede paragraaf op de praktische bruikbaarheid van de FARE.

### 3.1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

In totaal beoordeelden 14 behandelaars in koppels een groep van zeven cliënten. In tabel 1 worden per item van de FARE de intraklasse correlatiecoëfficiënten (ICC) weergegeven met het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval (BI) van 95% en de p-waarde. De resultaten uit het evaluatieformulier die betrekking hebben op de handleiding worden – indien relevant – gebruikt om de ICC-uitkomsten te verklaren.

Tabel 1

*Intraklasse correlatie coëfficiënten (ICC) van de FARE items (N=7)*

| Statische risicofactoren                         | ICC | 95%BI      |          | p     |
|--|-----|------------|----------|-------|
|  |     | ondergrens | bovgrens |       |
| S1 Leef tijd eerste politiecontact               | .95 | .71        | .99      | <.001 |
| S2 Aantal eerdere en huidige veroordelingen      | .86 | .39        | .97      | .004  |
| S3 Diversiteit delictgedrag                      | .78 | .195       | .96      | .013  |
| S4 Regelovertredend gedrag in het verleden       | .65 | -.12       | .93      | .047  |
| S5 Instabiliteit opleiding/werk in het verleden  | .28 | -.33       | .81      | .216  |
| S6 Problematisch middelengebruik in het verleden | .92 | .64        | .99      | .001  |
| <b>Dynamische risicofactoren</b>                 |     |            |          |       |
| D1 Disfunctioneren opleiding/werk                | .43 | -.44       | .86      | .147  |
| D2 Financieel wanbeleid                          | .79 | .28        | .95      | .007  |
| D3 Delinquent sociaal netwerk                    | .92 | .64        | .98      | <.001 |
| D4 Beperkte vrijetijdsbesteding                  | .90 | .53        | .98      | <.001 |
| D5 Problematische (ex-)partnerrelatie            | .78 | .20        | .96      | .013  |
| D6 Instabiliteit woonsituatie                    | .83 | .26        | .97      | .008  |
| D7 Problematisch middelengebruik                 | .91 | .66        | .98      | <.001 |
| D8 Gebrekkige impulsbeheersing                   | .79 | .22        | .95      | .008  |
| D9 Disfunctionele oplossingsvaardigheden         | .63 | -.25       | .93      | .063  |
| D10 Antisociale houding                          | .66 | -.04       | .92      | .033  |
| D11 Regelovertredend gedrag                      | .43 | -.43       | .86      | .142  |
| <b>Inschatting recidiverisico</b>                |     |            |          |       |
| Actuariële inschatting                           | .93 | .67        | .99      | .001  |
| Klinische inschatting (n=3)                      | .75 | -.40       | .99      | .125  |



Uit tabel 1 blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor 11 van de 17 items (64%) van de FARE uitstekend was, voor 3 items goed (18%), voor 2 items matig (12%) en voor 1 items slecht (6%). In de evaluatie werd gevraagd of de scoringsrichtlijnen bij de statische en dynamische risicofactoren duidelijk genoeg waren. Alle behandelaars gaven aan dat dit het geval was. Meer specifieke reacties werden gegeven op de vraag over het onderscheidend vermogen van de antwoordcategorieën bij de items. Op deze vraag hebben ook alle behandelaars bevestigend geantwoord: het onderscheid tussen de antwoordcategorieën is over het algemeen goed, maar kan bij sommige items worden aangescherpt. De volgende aandachtspunten kwamen aan de orde:

- Als dossierinformatie beperkt is, wordt de scoring lastig.
- Gemist wordt een vragen set die voor cliënt zelf te begrijpen is.
- Het is niet duidelijk of bij item S3 'Diversiteit delictgedrag' smokkelen in de categorie Overig moet worden geschaard of in de categorie Vermogen.
- Item S4 'Regelovertredend gedrag in het verleden' en item D11 'Regelovertredend gedrag' onderscheiden zich niet helder van elkaar in termen van periode van scores. Ook het onderscheid tussen antwoordcategorie 3 en 4 is onvoldoende duidelijk. De titel van item S4 kan duidelijker door toevoeging van '... in begeleidingstrajecten.'
- Als een cliënt is afgekeurd voor werk, hoe score je item D1 Disfunctioneren opleiding/werk.
- Het onderscheid bij item D4 'Beperkte vrijetijdsbesteding' tussen actieve en passieve vrijetijdsbesteding is niet altijd duidelijk.
- Item D5 'Problematische (ex-)partnerrelatie' is lastig te scoren als zowel ex-partner als nieuwe partner in beeld is.
- Item D9 'Disfunctionele oplossingsvaardigheden' is aan het begin van de behandeling moeilijk in te schatten. Het verschil tussen score 1, 2 en 3 is klein.
- Item D11 'Regelovertredend gedrag' is moeilijk te beoordelen als cliënt aan het begin van de behandeling staat.

Bovenstaande aandachtspunten hebben bij de meeste items (m.u.v. D11) – naar het zich laat aanzien - niet geleid tot een lage overeenstemming tussen beoordelaars. Uit de informatie van behandelaars bleek dat er verschil was tussen beoordelaars in risicotaxatie-ervaring en dat de behandelaars niet over dezelfde informatiebronnen beschikten. Zo scoorde de ene behandelaar de FARE op basis van de informatie van de cliënt uit gesprekken, terwijl de andere de scoring baseerde op dossierinformatie. Dit kan hebben geleid tot een lage overeenstemming tussen beoordelaars op de betreffende items.

Bij terugkoppeling van de resultaten van de pilot aan de behandelaars werd specifiek gevraagd om te reflecteren op de mogelijke oorzaken voor de lage overeenstemming op de items over werk en opleiding, zowel statisch (S5) als dynamisch (D1) gescoord en het item D11 Regelovertredend gedrag. Oorzaken voor de lage overeenstemming kunnen volgens de behandelaars zijn:

- In de intake wordt niet consequent het functioneren in opleiding en werk uitgevraagd. Het scoren op basis van dossiers bemoeilijkt de nauwkeurigheid waarmee deze items kunnen worden gescoord. In de eerste gesprekken kan cliënt terughoudendheid zijn om informatie te verstrekken





waardoor er een discrepantie kan ontstaan tussen de informatie uit dossiers en de informatie uit de gesprekken.

Met betrekking tot de actuariële en klinische inschatting van het recidiverisico werd door de behandelaars opgemerkt dat ondanks de bewezen wetenschappelijke meerwaarde van de actuariële inschatting boven het klinisch oordeel, de combinatie met de klinische blik de voorkeur verdient. In de handleiding moet echter duidelijker worden toegelicht wat in de FARE de procedure is ten aanzien van de actuariële en klinische risico-inschatting. Deze onduidelijkheid is mogelijk de reden dat slechts bij drie cliënten beide behandelaars een klinisch oordeel hebben gevormd over het recidiverisico. Tenslotte wordt opgemerkt dat de dynamische risicofactoren meegenomen zouden moeten worden in de bepaling van de actuariële inschatting.

### 3.2 Praktische bruikbaarheid

Om meer zicht te krijgen op de praktische bruikbaarheid van de FARE werd een evaluatieformulier uitgezet onder een aantal behandelaars. Het formulier werd ingevuld door 16 behandelaars. In deze paragraaf wordt verslag gedaan van de resultaten.

#### *Tijd besteed aan het verrichten van de taxatie*

In tabel 2 staat de tijd in minuten weergegeven die behandelaars kwijt waren voor de voorbereiding en het invullen van de FARE. In het evaluatieformulier werd tevens gevraagd naar het aantal gesprekken en de duur van deze gesprekken, maar gezien de hoge frequentie en totale gemiddelde duur van de gesprekken lijkt het er op dat sommige behandelaars het aantal sessies heeft genoteerd dat de cliënt in behandeling is. Deze informatie is voor het doel van deze verslaglegging niet relevant en wordt daarom hier niet weergegeven.

Tabel 2

*Tijd besteed aan het verrichten van de risicotaxatie*

|                           | <b>M</b>  | <b>SD</b> | <b>Range</b> |
|---------------------------|-----------|-----------|--------------|
| Vorbereidingstijd in min. | 27.81 min | 18.44     | 0 – 60 min   |
| Invultijd in min.         | 34.69 min | 17.27     | 10 – 60 min  |

Uit tabel 2 blijkt dat men gemiddeld 60 minuten bezig is met het voorbereiden en invullen van de FARE. Naast het gesprek met cliënt dat tussen de 45 tot 60 minuten duurt, is de gemiddelde totale tijd die nodig is om de risicotaxatie met de FARE af te ronden ongeveer 2 uur in beslag neemt. Waarschijnlijk zal deze tijd bij herhaalmetingen afnemen indien de uitvoerende behandelaar deze taxaties verricht.

Het aantal ingevulde evaluatieformulieren is te klein om wat dieper in te gaan op de resultaten. Het zou namelijk wel interessant zijn om te kijken of de jaren ervaring met risicotaxaties samen hangt met de tijd die behandelaars kwijt zijn aan de risicotaxatie.

#### *Geraadpleegde bronnen*



Vergelijkbaar met andere risicotaxatie-instrumenten wordt aangeraden om de FARE te scoren op basis van meerdere informatiebronnen. Gesprekken met cliënt en personen uit diens netwerk (familie of vrienden) zijn – zeker in de forensische poliklinieken van groot belang omdat de informatie uit beschikbare dossiers over het algemeen summier is.

In tabel 3 staan de bronnen (dossiers en/of gesprekken) weergegeven die zijn gebruikt om de FARE te scoren.

Tabel 3

*Geraadpleegde bronnen t.b.v. de scoring van de FARE*

| <b>Informatiebronnen</b>              | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Intakeverslag                         | 13       | 81.3     |
| PJ rapportage                         | 5        | 31.1     |
| Reclasseringsrapportage               | 6        | 37.5     |
| Verslagen eerdere behandelingen       | 5        | 31.1     |
| Procesverbaal                         | -        | -        |
| Therapieverslagen huidige behandeling | 10       | 62.5     |
| Gesprek cliënt                        | 10       | 62.5     |
| Gesprek partner                       | 2        | 12.5     |
| Gesprek verwijzer                     | 4        | 25.0     |
| Gesprek netwerk                       | 2        | 12.5     |
| Anders, nl. psychologisch onderzoek   | 1        | 6.3      |


Gemiddeld werden er 4.63 bronnen (SD=1.63, range 2-8) geraadpleegd waarvan 3.37 dossierstukken (SD=1.31, range 1-8) en 1.25 gesprekken (SD=1.00, range 1-3). Uit tabel 3 blijkt dat informatie vanuit de huidige behandeling (intakeverslag, verslagen huidige behandeling en gesprek met cliënt) veruit de meest geraadpleegde informatiebronnen zijn. In iets mindere mate wordt informatie meegenomen uit PJ-rapportages, reclasseringsrapportages en verslagen uit eerdere behandelingen. Uit de praktijk is bekend dat dergelijk rapportages lang niet altijd voorhanden zijn en niet standaard worden verstrekt bij aanmelding van de cliënt.

Gevraagd naar de bruikbaarheid van de informatiebronnen voor het scoren van de FARE wordt een duidelijk onderscheid gemaakt in de fase van behandeling waarin cliënt zich bevindt. Logischerwijs is er meer informatie over de cliënt beschikbaar naarmate de cliënt verder in de behandeling is. In aansluiting hierop wordt opgemerkt dat de items van de FARE aansluiten bij de dynamische behandelrelatie, daardoor komen deze vanzelf aan bod in de behandelgesprekken.

#### *Handleiding*

Bij de uitwerking van de resultaten over de mate van overeenstemming tussen de beoordelaars is al een en ander genoemd in de handleiding. De overige punten worden hier uitgewerkt.

Een van de onderwerpen die aan bod kwamen was het belang en de operationalisatie van de beschermende factoren in de FARE. Deze zijn niet als afzonderlijke factoren opgenomen, maar worden verondersteld op eenzelfde continuüm te liggen als de risicofactoren. De beschermende factoren zijn in de FARE geoperationaliseerd in de score 'o'. Twaalf behandelaars geven aan dat de beschermende factoren in deze operationalisatie voldoende naar voren komen. Daarnaast wordt door ruim dertien behandelaars



aangegeven dat de beschermende factoren een meerwaarde zijn voor de behandeling. Zes behandelaars geven aan dat de beschermende factoren als aparte factoren moeten worden meegenomen.

#### *Klinische waarde van de FARE voor de praktijk*

##### Handvatten voor behandeling

Een van de belangrijkste doelstellingen van de FARE is dat de uitkomsten handvatten bieden voor de behandeling. Met andere woorden, wat is de meerwaarde van de FARE voor de dagelijkse behandelpraktijk? Uit het evaluatieformulier blijkt dat ruim 80% van de behandelaars aangeeft dat de items in de FARE voldoende aanknopingspunten bieden voor de behandeling en dat het ook mogelijk is om op basis hiervan behandeldoelen te formuleren. Behandelaars geven de volgende aandachtspunten mee:

- Ter ondersteuning van het maken van de vertaalslag naar de behandeling zouden enkele richtlijnen, hoe dit te doen waardevol zijn, bijvoorbeeld in termen van formulering en haalbaarheid van de behandeldoelen.
- Het SMART formuleren van behandeldoelen op basis van de FARE is lastig.

##### Verslaglegging van de uitkomsten

De klinische meerwaarde van de FARE komt ook tot uitdrukking in de verslaglegging van de uitkomsten ten behoeve van bijvoorbeeld het maken van een behandelplan, het bespreken van de voortgang met de cliënt en andere betrokkenen en de terugkoppeling aan verwijzer. Gevraagd naar de onderdelen waar een dergelijke verslaglegging uit dient te bestaan, wordt het volgende genoemd:

- Samenvatting van en toelichting op (veranderingen in) de belangrijkste risicofactoren en beschermende factoren voor de betreffende cliënt.
- In welke mate deze (veranderingen in) de risicofactoren en beschermende factoren samenhangen met (veranderingen in) het recidiverisico.

##### Training in het gebruik van de FARE

Aan de behandelaars werd gevraagd of een training nodig is om de FARE goed te kunnen scoren. De meeste behandelaars (n=11) geven aan dat een training gewenst is, zeker als de behandelaar geen ervaring heeft met het verrichten van risicotaxaties.

Als trainingssuggestie wordt het vaakst een e-Learning module (n=6) genoemd, maar ook een 1-daagse training lijkt wenselijk, hetzij aan de behandelaars of een afvaardiging van behandelaars in de vorm van een train-de-trainer opzet. Er is duidelijk behoefte aan een expert in huis die vragen van behandelaars kan beantwoorden inzake de FARE.

In de training is het wenselijk om te oefenen met scoren, het inschatten van het recidiverisico en de kaders te schetsen voor gebruik van de FARE.



## 4 Conclusie

In dit rapport werd verslag gedaan van een pilot naar de praktische bruikbaarheid van de FARE en de overeenstemming tussen beoordelaars op de items.

### *Aanpassing FARE*

Over het algemeen kan worden gesteld dat de overeenstemming op de items goed is. Op basis van de suggesties van de behandelaars is de handleiding gecheckt en waar mogelijk aangepast met betrekking tot formulering, onderscheid in antwoordcategorieën en toelichting op de procedure voor het inschatten van het recidiverisico. De volgende aanpassingen werden gedaan:

- Bij alle statische risicofactoren is de periode waar de scoring betrekking op heeft expliciet vermeld om verwarring te voorkomen tussen items die zowel statisch als dynamisch worden gescoord. Het betreft de items S4 'Regelovertrekend gedrag in het verleden' en D11 'Regelovertrekend gedrag'.
- Bij alle items waarbij de antwoord categorieën onvoldoende onderscheidend waren of onduidelijkheden bestonden waar welke informatie te scoren, is opnieuw gekeken naar formulering en waar mogelijk aangescherpt. Het betreffen de items S3 'Diversiteit delictgedrag', D1 'Disfunctioneren opleiding/werk', D4 'Beperkte vrijetijdsbesteding' en D5 'Problematische (ex-) partnerrelatie.
- De toelichting op de procedure voor de actuariële en klinische inschatting van het recidiverisico is verduidelijkt.

### *Adviezen voor een betrouwbaar gebruik van de FARE*

Uit de pilot is gebleken dat bij nieuwe cliënten die aan het begin van hun behandeling staan dossierinformatie onvoldoende informatie oplevert om de FARE goed te kunnen scoren. Bij deze cliënten zijn een of meerdere gesprekken nodig om een betrouwbare taxatie te kunnen doen.

Daarnaast is het lezen van de handleiding van groot belang. Uit sommige vragen en opmerkingen van behandelaars werd duidelijk dat zij de handleiding niet of niet goed hadden gelezen.

Ofschoon ervaring met het verrichten van risicotaxaties (dat wil zeggen, het getraind zijn in 1 of meerdere instrumenten en in de praktijk risicotaxaties verrichten) het gebruik van de FARE vergemakkelijkt.

Daar het een nieuw instrument betreft en de FARE mede ingezet wordt voor de landelijke benchmark is het echter nodig om per ambulante forensische zorgaanbieder een expert in huis te hebben die getraind is in de FARE. In 2017 zal de projectgroep een train-de-trainer cursus ontwikkelen om hierin te voorzien.

Daarnaast zullen met KFZ de mogelijkheden worden onderzocht om ook een e-Learning module te ontwikkelen.

### *Vertaalslag van de uitkomsten naar de behandelpraktijk*

Er is duidelijk behoefte aan richtlijnen en handvatten voor het maken van de vertaalslag naar behandeldoelen. De projectgroep heeft in een eerder stadium toegezegd een dergelijke richtlijn te schrijven. Hierbij zal worden gekeken naar instrumenten zoals de LS/CMI waarin dergelijke richtlijnen reeds zijn opgenomen. Ook is het van belang om de behandelaars hierbij te betrekken.



#### *Vervolgonderzoek met de FARE*

Vervolgonderzoek is nodig om op basis van een grotere onderzoeksgroep de overeenstemming tussen beoordelaars beter te kunnen berekenen waarbij zoveel mogelijk wordt geprobeerd om 'ruis' tussen de beoordelaars uit te sluiten. Uit de pilot bleek dat er verschil was in ervaring met risicotaxatie tussen beoordelaars en dat de informatie die twee beoordelaars (bijvoorbeeld uitvoerend behandelaar en gz-opleiding) voorhanden hadden om de scoring te doen, niet altijd dezelfde was. Daarnaast kon niet goed worden vastgesteld welke informatiebronnen nodig zijn en welke tijd men kwijt is om de FARE betrouwbaar te kunnen scoren.

Op verzoek van KFZ is reeds een onderzoeksvorstel in voorbereiding om het vervolgonderzoek uit te voeren.

## Bijlage A Evaluatieformulier Kernset K-factoren voor het ambulante veld

Met dit formulier willen we je vragen om de bruikbaarheid van de handleiding en het scoreformulier te evalueren. De resultaten van deze evaluatie zullen worden gebruikt om de kernset aan te scherpen.

| Algemene informatie                                   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <b>Naam beoordelaar:</b>                              |  |                                      |
| <b>Functie:</b>                                       | <b>Instelling:</b>                     |                                      |
| <b>Aantal jaren ervaring met risicotaxatie:</b> _____ | Ervaring met de volgende instrumenten: |                                      |
|   | <input type="checkbox"/> LS/CMI        | <input type="checkbox"/> HCR-20      |
|   | <input type="checkbox"/> RAF GGZ       | <input type="checkbox"/> RISC        |
|   | <input type="checkbox"/> HKT 30        | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |
| <b>Ooit officiële risicotaxatie-training gevolgd?</b> | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nee         |

| Praktische bruikbaarheid   |                                       |                              |
|--|---------------------------------------|------------------------------|
| <b>1. Afname duur, hoeveel tijd heb je nodig gehad om de kernset in te vullen (incl. lezen dossier en gesprekken)?</b> | Vorbereidingstijd _____ minuten       |                              |
|  | Aantal gesprekken _____               |                              |
|  | Gespreksduur _____ totaal minuten     |                              |
|  | Invultijd _____ minuten               |                              |
| <b>2. Welke informatiebronnen (dossierstukken en personen) heb je gebruikt voor het invullen van de kernset?</b>       |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Intakeverslag   | <input type="checkbox"/> Cliënt       |                              |
| <input type="checkbox"/> Pro Justitia rapportage   | <input type="checkbox"/> Partner      |                              |
| <input type="checkbox"/> Reclasseringsrapportage   | <input type="checkbox"/> Verwijzer    |                              |
| <input type="checkbox"/> Verslaglegging eerdere behandelingen  | <input type="checkbox"/> Netwerk, nl: |                              |
| <input type="checkbox"/> Proces verbaal  | <input type="checkbox"/> Anders, nl:  |                              |
| <input type="checkbox"/> Therapie verslagen huidige behandeling  |                                       |                              |
| <b>2b. Leverden deze bronnen voldoende informatie op om de kernset betrouwbaar in te vullen?</b>                       | <input type="checkbox"/> Ja           | <input type="checkbox"/> Nee |
| Toelichting praktische bruikbaarheid:  |                                       |                              |

| Handleiding   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| <b>3. Is de inleiding duidelijk en compleet?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>4. Zijn de scoringsrichtlijnen bij de statische en dynamische factoren duidelijk genoeg?</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>5. Zijn de antwoordcategorieën duidelijk en onderscheidend?</b>                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Toelichting welke antwoordcategorieën moeten duidelijker?                                       |                             |                              |
| <b>6. Komen de o-scores als potentiële beschermende factoren in voldoende mate naar voren?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |



|  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| <b>7a. Zijn de o-scores als potentiële beschermende factoren een meerwaarde voor de behandeling?</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>7b. Zo nee, is het wenselijk om beschermende factoren toe te voegen aan de kernset?</b>           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>8a. Is de uitleg over actuariële en klinische inschatting van het recidiverisico duidelijk?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>8b. Geniet de actuariële benadering de voorkeur voor het inschatten van het recidiverisico?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>Toelichting handleiding:</b>  |                             |                              |

| <b>Klinische waarde voor de praktijk</b>  |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <b>9. Biedt de kernset voldoende aanknopingspunten voor de behandeling?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>10. Is het mogelijk om behandeldoelen te formuleren op basis van de scores op de dynamische risicofactoren van de kernset?</b> | <input type="checkbox"/> Ja  | <input type="checkbox"/> Nee |
| <b>Toelichting bij vraag 10</b>   |  |                              |
| <b>11. Welke elementen moet een standaard Risicotaxatie/ROM rapportage bevatten?</b>  | <input type="checkbox"/> Risicofactoren (RF)<br><input type="checkbox"/> Beschermende factoren (BF)<br><input type="checkbox"/> Recidive risico (RR)<br><input type="checkbox"/> Analyse hoe RF en BF ingrijpen op RR<br><input type="checkbox"/> Behandeldoelen<br><input type="checkbox"/> Beschrijving hoe de dynamische factoren zijn veranderd<br><input type="checkbox"/> Anders nl: |                              |
| <b>12. Is een training nodig om dit instrument goed te kunnen scoren?</b>   | <input type="checkbox"/> Nee<br><input type="checkbox"/> Ja, e-learning<br><input type="checkbox"/> Ja, 1 dag training<br><input type="checkbox"/> Ja, behoefte aan expert in huis, dus graag aanbod trainer-trainer   |                              |
| <b>Toelichting bij klinische waarde:</b>  |  |                              |