



HANDLEIDING

Forensisch Ambulante Risico Evaluatie versie 2 – FARE v2 Volwassen cliënten vanaf 18 jaar

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. van der Put, en Prof. dr. S. Bogaerts

Jaar van publicatie: 2020

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 Transfore en voorheen senior onderzoeker Pompestichting.

Prof. dr. S. Bogaerts, hoogleraar forensische psychologie, departement ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Tilburg; Directeur-hoogleraar Fivoor Wetenschap en Behandelinnovatie (FARID).



Deze publicatie is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorggedragen voor de projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voortgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

©KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt ermee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.

De projectgroep bedankt de volgende personen voor hun bijdrage aan de eerste versie van de FARE-handleiding en/of hun advies en redactionele werkzaamheden bij de totstandkoming van versie 2 van de FARE handleiding: Lianne Harder (de Forensische Zorgspecialisten), Juliette Hutten (de Forensische Zorgspecialisten), Joyce Eimers en Antoinette Alberink (Kairos).

Inleiding

Het Ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) uitte de wens om, vergelijkbaar met de HKT-R 14 K-items in het klinische forensische veld (TBS, OFZ-K en PPC), een kernset van klinische risicofactoren te ontwikkelen en uit te rollen in de forensische poliklinieken (OFZ-A), waarmee (1) het recidiverisico, (2) veranderingen in het recidiverisico en (3) de behandelvoortgang routinematig en periodiek kunnen worden gemeten (Routine Outcome Monitoring). Naar aanleiding hiervan publiceerde Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) drie calls met een oproep om onder andere aan de hand van literatuur- en empirisch onderzoek de klinische risicofactoren te identificeren die bij cliënten in ambulante forensische zorg een significante relatie hebben met delictdreiging en delictgedrag en waarmee de behandelvoortgang kan worden gemonitord. De resultaten van deze KFZ-calls zijn te verkrijgen via de auteurs of <http://www.kfz.nl>:

- KFZ call 2014-39 'Vooronderzoek Kernset risicofactoren ambulante behandelde delinquenten' (Eisenberg, Van Horn, Van der Put, Hendriks, & Stams, 2015).
- KFZ call 2014-38 'Risicotaxatie in de ambulante forensische zorg' (Van Horn, Eisenberg, Bouman, Van den Hanenberg, Van der Put, & Bogaerts, 2016).
- KFZ-call, 2015-39(2) 'Ontwikkeling kernset K-factoren' is een verdere uitvoering van de twee vorige calls waarin de wetenschappelijke basis werd gelegd voor het ontwikkelen van een kernset van risicofactoren voor het ambulante forensische veld.

De onderzoeksvraag die aanleiding gaf tot onderhavige handleiding als onderlegger voor de kernset, luidde: Welke items kunnen in het ambulante veld worden ingezet om een goed beeld te krijgen van (de veranderingen in) het delictrisico (delictdreiging) van patiënten die poliklinisch vrijwillig en binnen een justitieel kader in zorg zijn? Het beoogde resultaat van de call is een handleiding waarin het ontwikkelproces van de kernset staat beschreven en waarin de items en de wijze waarop deze gescoord dienen te worden nader worden toegelicht.

Het uitgangspunt van de projectgroep voor het ontwikkelen van de kernset is dat deze moet bestaan uit items die relevant en praktisch bruikbaar zijn voor de ambulante forensische praktijk en die theoretisch én empirisch verantwoord kunnen worden. De keuze van de items in de kernset is dan ook afkomstig uit het multi-methode onderzoek (Van Horn et al., 2016), dat in dit hoofdstuk kort wordt toegelicht.

Benaming van en verwijzing naar kernset

De formele titel van de kernset is 'Forensisch Ambulante Risico Evaluatie' (FARE). De Engelse benaming voor het instrument is 'Forensic Outpatient Risk Evaluation' (FORE). De keuze voor een andere titel dan 'kernset' is tweeledig. Ten eerste om verwarring te voorkomen met de prestatie-indicatoren die formeel de titel 'Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie' heeft. Ten tweede verdient het instrument een korte titel die de lading dekt.

In deze handleiding wordt de afkorting van het instrument 'FARE' gebruikt of wordt de term risico-evaluatie gebruikt.

Gebruik als referentie voor de FARE Handleiding versie 1:

Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Hanenberg, F.J.A.C. van den, Put, C.E. van der, & Bogaerts, S. (2016). Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). Kwaliteit Forensische Zorg: Utrecht

Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Hanenberg, F.J.A.C. van den, Put, C.E. van der, & Bogaerts, S. (2016). Forensic Outpatient Risk Evaluation (FORE). Kwaliteit Forensische Zorg: Utrecht

Gebruik als referentie voor de FARE Handleiding versie 2:

Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Hanenberg, F.J.A.C. van den, Put, C.E. van der, & Bogaerts, S. (2019). Forensisch Ambulante Risico Evaluatie versie 2 (FARE v2). Kwaliteit Forensische Zorg: Utrecht

Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Hanenberg, F.J.A.C. van den, Put, C.E. van der, & Bogaerts, S. (2019). Forensic Outpatient Risk Evaluation version 2 (FORE v2). Kwaliteit Forensische Zorg: Utrecht

Het onderzoek

Het multi-methode onderzoek om de FARE te ontwikkelen bestond uit drie onderdelen: een meta-analyse van studies die betrekking hebben op risicofactoren en recidive onder patiënten in forensische poliklinieken, een empirisch onderzoek uitgevoerd op verschillende Nederlandse poliklinische datasets en een kwalitatief onderzoek. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit het afnemen van individuele interviews en het organiseren van een expertmeeting waarin de bevindingen uit de meta-analyse en het empirisch onderzoek werden toegelicht en informatie werd verzameld over de behoeften van professionals op het gebied van risicotaxatie en het meten van de behandelvoortgang.

De meta-analyse bevestigt dat de dynamische Central Eight domeinen ook voor de ambulante populatie het sterkst correleren met algemene recidive. De analyse van de datasets RISC-, LSI-r-, RAF GGZ-, HKT- en IF(p)BE data, leverde (soms iets anders geformuleerd) dezelfde factoren op die significant correleerden met algemene recidive. Voor de risico-evaluatie zijn factoren geformuleerd die terug te vinden zijn in de Central Eight en die zo dicht mogelijk bij de factoren uit de data-analyse komen. Voor gedetailleerde informatie verwijzen we naar het rapport (Van Horn et al., 2016).


Ten slotte hebben experts en behandelaren zich over het concept van de FARE gebogen en dit voorzien van suggesties en andere aanpassingen. Deze handleiding en de scoringslijst zijn de weerslag van hierboven genoemde (onderzoeks-)activiteiten.

Verantwoording van de geselecteerde items

Het multi-methode onderzoek resulteerde in een selectie van zes statische en elf dynamische factoren als sterkste voorspellers voor algemene en gewelddadige recidive voor cliënten die behandeld worden of behandeld zijn in de ambulante forensische ggz (Tabel 1).

Tabel 1. Overzicht van de Statische en Dynamische Risicofactoren in de FARE

Statische risicofactoren		Dynamische risicofactoren	
S1	Leeftijd eerste politiecontact	D1	Disfunctioneren opleiding/werk
S2	Aantal eerdere en huidige veroordelingen	D2	Financieel wanbeleid
S3	Diversiteit (dreigend) delictgedrag	D3	Delinquent sociaal netwerk
S4	Regelovertredend gedrag in het verleden	D4	Beperkte vrijetijdsbesteding
S5	Instabiliteit opleiding/werk in het verleden	D5	Problematische (ex-)partnerrelatie
S6	Problematisch middelengebruik in het verleden	D6	Instabiliteit woonsituatie
		D7	Problematisch middelengebruik
		D8	Gebrekkige impulsbeheersing
		D9	Disfunctionele oplossingsvaardigheden
		D10	Antisociale houding
		D11	Regelovertredend gedrag



Naast een empirische onderbouwing voor deze risicofactoren is het zinvol om ook vanuit behandelooptpunt, de werking van deze individuele factoren te verkennen. Het (hypothetisch) causaal duiden van de relatie van de factoren met (criminele) recidive en hun onderlinge samenhang, vergemakkelijkt het doelgericht formuleren van behandeldoelen.


Theoretische onderbouwing van de Statische risicofactoren (S1 t/m S6)

Vanuit het levensloopperspectief is bekend dat de vier statische risicofactoren die betrekking hebben op criminaliteit in het verleden (FARE risicofactoren: S1, S2, S3 en S4), sterke voorspellers zijn voor een antisociale levensstijl, een criminele carrière en crimineel gedrag in de toekomst (Moffitt, 1993). Van risicofactor S6 is bekend dat er een versterkende werking uitgaat van problematisch middelenmisbruik op criminaliteit en toekomstig recidive (Walters, 2015). Risicofactoren S5 en S6 kunnen onderbouwd worden vanuit, onder meer, de sociale controletheorie van Hirschi (1969), de sociale controle theorie van Sampson en Laub (1990, 2005) en de zelfcontroletheorie van Gottfredson en Hirschi (1990). Sociale binding en (zelf)controle zijn kernbegrippen in deze theorieën. Er is sprake van impulsief en onbeheerst gedrag, weinig toekomstvisie en onvoldoende interesse en vaardigheden om zich (duurzaam) te committeren aan professionele verplichtingen (instabiliteit opleiding/werk in het verleden: S5), sociale en persoonlijke relaties. Deze elementen kunnen worden gezien als manifestaties van de (criminele) levensloop van een persoon.

Theoretische onderbouwing van de Dynamische risicofactoren (D1 t/m D11)

De risicofactoren D1, D3, D4, D5, D6 en D11 zijn kenmerken die aansluiten bij verschillende theoretische verklaringen. De Sociaal Kapitaal theorie (Berg & Huebner, 2011) beschrijft en verklaart hoe maatschappelijke hulpbronnen een bijdrage leveren aan sociale en persoonlijke relaties, en hoe het ontbreken van dergelijke hulpbronnen kan leiden tot maatschappelijke ontregeling en ontsporing. Een problematische financiële situatie (D2) bijvoorbeeld kan een logisch gevolg zijn van gebrek aan (voldoende) hulpbronnen (zoals het hebben van betaalde arbeid), sociale vaardigheden (problematisch gedrag op het werk) en inzichten (weinig zelfreflectie op eigen gedrag). Berg en Huebner (2011) beargumenteren vanuit de Sociaal Kapitaal theorie dat negatieve en risicovolle persoonlijke relaties een negatief effect kunnen hebben op de stabiliteit van werk van delinquenten en (bijgevolg) de kans op recidive kunnen doen toenemen. In hun studie citeren zij Granovetter (1974) die eerder stelde dat *“Informatie die verkregen is door middel van relationele banden van het grootste belang is in het verbinden van mensen met een baan”* (p. 22), vooral bij personen die op een sociaal geaccepteerde manier hun plek weer moeten vinden in de maatschappij, zoals ook Glaser (1964) meer dan 50 jaar geleden benadrukte. Ook de sociale controle theorie, waarmee zowel formele als informele controle wordt bedoeld, levert een verklaring voor crimineel gedrag en recidive, analoog aan wat bij de statische factoren staat beschreven. Ook de positieve psychologie, met als forensische uitwerking het Good Lives Model (Ward & Steward, 2004), kan aanvullend op het Risk-Need-Responsivity (RNR) model voor effectieve behandeling (Bonta & Andrews, 2017) een verklaring geven waarom het ontbreken van noodzakelijke behoeften, zoals school, werk, vrije tijd, sociale relaties en geld, de kans op recidive vergroot. Omgekeerd bieden deze bronnen de cliënt de mogelijkheid om verschillende *“primary goods”* (primaire levensbehoeften) te bereiken, gericht op het verhogen van het psychologisch welbevinden. Het ontbreken van die mogelijkheid kan leiden tot het gebruiken van illegale middelen (crimineel gedrag) om die *“goods”* alsnog te bereiken.

Naast ongunstige (sociale) omstandigheden kunnen intrapsychische kenmerken van een cliënt leiden tot een verhoogde kans op recidive. Zowel vanuit de sociale leertheorie, de stresstheorie, cognitief




gedragstherapeutische uitgangspunten, de persoonlijkheidsleer als de eerdergenoemde zelfcontroletheorie kunnen deze relaties verklaard worden. Deze theorieën maken deel uit van de zelfregulatietheorie waarbij een gebrek aan zelfregulerend vermogen of ‘Self-Regulation Failure’ (Baumeister & Heatherton, 1996), de relatie legt met forensische patiënten vanwege het gebrek aan zelfregulerend vermogen. In dit kader benadrukken Çorapçioğlu en Erdoğan (2004) bijvoorbeeld dat schoolproblemen, werkproblemen (D1), problematisch middelengebruik (D7), frequent regelovertrekend gedrag tegenover ordehandhavers, regelovertrekend gedrag in het algemeen (D11) en het eerder plegen van (gewelddadig) delicten (S2 en S3), sterke voorspellers zijn van toekomstig algemene en gewelddadige recidive. Çorapçioğlu en Erdoğan (2004) stellen ook persoonskenmerken en in het bijzonder persoonlijkheidsstoornissen en een antisociale houding (D10) verantwoordelijk voor een verhoogde kans op recidive. Psychische problemen hangen volgens deze auteurs ook samen met de eerder beschreven risicofactoren D1, D3, D5, D6, D7 en D11 en kunnen een versterkende negatieve invloed uitoefenen op elkaar. Ook Chang, Larsson, Lichtenstein en Fazel (2015) onderzochten de impact van psychische stoornissen op algemene en gewelddadige recidive aan de hand van een longitudinale cohortstudie onder 47.326 ex-gedetineerde mannen en vrouwen. Persoonlijkheidsstoornissen (geassocieerd met een antisociale houding: D10), middelenmisbruik (D7), zowel drugs als alcohol, bipolaire stoornissen en ADHD (geassocieerd met gebrekkige impulsbeheersing: D8) waren vooral voor vrouwen en in mindere mate voor mannen, sterk geassocieerd met gewelddadige recidive. De kans op recidive was groter wanneer problematisch middelenmisbruik en andere psychische stoornissen in het algemeen in combinatie met elkaar voorkwamen. Ten slotte blijkt uit onderzoek dat een gebrek aan adequate probleemoplossende vaardigheden (Disfunctionele oplossingsvaardigheden: D9) positief samenhangt met algemene en gewelddadige recidive (Coid, Kallis, Doyle, Shaw, & Ullrich, 2015). Zij voegen hieraan toe dat een gebrekkige coping vaak positief geassocieerd is met een hoge mate van stress.

Naast deze onderbouwing van de FARE-items vanuit diversie theorieën en de empirie wordt hierna toegelicht hoe de 17 FARE risicofactoren kunnen worden ondergebracht in het RNR-model voor effectieve behandeling van Bonta en Andrews (2017).

Risk Need Responsivity, risicotaxatie en behandelvoortgang

Een belangrijk theoretisch model voor rehabilitatie en re-integratie van (ex-)gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten is het Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Voor een uitgebreide bespreking van de drie basisprincipes Risk-Need-Responsivity verwijzen we naar Bonta en Andrews (2017) en Andrews, Bonta en Wormith (2006). Het RNR-model is het eerste model dat handvatten biedt om de vertaalslag te maken van de risicotaxatie-uitkomsten naar het effectief terugdringen van recidive middels forensische behandeling van (ex-)gedetineerden en (ambulante) forensische patiënten. Hoewel het model in de afgelopen jaren vooral is toegepast in klinische settings (Andrews & Dowden, 2006; Bonta & Andrews, 2007; Van der Veeken, Lucieer, & Bogaerts, 2016), zijn er ook studies die de meerwaarde aantonen in ambulante forensische behandelcentra (Bonta & Andrews, 2017).

Risicotaxatie-instrumenten zijn nodig om inzichten te krijgen in de hoogte van het recidiverisico en de aard en ernst van specifieke risicofactoren (criminogene behoeften). Daarnaast worden ze – in combinatie met psychiatrische, psychologische en sociale anamneses - steeds vaker gebruikt om de behandeling te indiceren/structuren op grond van de ‘gemarkeerde, te behandelen risicofactoren’ en om de behandelvoortgang te monitoren (o.a. Andrews, Bonta, & Wormith, 2011). Met andere woorden: de “kernset voorspellers in het ambulante veld” (van Horn et al., 2016) dient naast risicotaxatie ook als instrument voor ROM. Het algemene idee achter de RNR-principes is dat de behandelintensiteit afgestemd moet worden op het risiconiveau voor recidive die op basis van



statische risicofactoren is vast te stellen (Risk). Verder dient de behandeling zich, vanuit de RNR-principes, te richten op de dynamische risicofactoren die voor de betreffende cliënt van belang zijn gezien zijn delictgedrag (Need).

Responsiviteitsoverwegingen zijn niet opgenomen in de FARE omdat deze buiten de doelstelling van het project vielen. Dit laat onverlet dat de responsiviteitsfactoren zoals behandelmotivatie, leervermogen en leerstijl van de cliënt en houding van de behandelaar, richtinggevend zijn in de keuze voor het type interventie en de wijze waarop dit wordt aangeboden (bij cliënten met een cognitieve beperking bijvoorbeeld is het aan te raden om meer te werken met visualisaties en rollenspelen).

Actuariële risicoclassificatie, behandelindicatie en monitoring

De FARE is een risicotaxatie-instrument waarmee op basis van de somscores van de statische en dynamische risicofactoren een actuariële risico-inschatting gegeven wordt en een (afwijkend) gestructureerde klinische inschatting gemaakt kan worden.

De FARE levert een actuariële inschatting van het recidiverisico op drie niveaus: op basis van de somscore van alle items, de zes statische of de elf dynamische risicofactoren. De weging van alle statische en de dynamische risicofactoren geeft een completer beeld van de problematiek en het recidiverisico. De actuariële risicoclassificatie op basis van alleen statische geeft een beeld van de problematiek in het verleden (statisch recidiverisico) en de dynamische risicofactoren geven een beeld van de problematiek in het heden (dynamisch recidiverisico).

De scores op de items van de taxatie informeren de gebruikers over welke risicofactoren en eventueel beschermende factoren van belang zijn om het recidiverisico te verminderen. In het kader van ROM zijn de dynamische risicofactoren van de FARE geschikt om de behandelvoortgang (progressie, stagnatie, achteruitgang) van cliënten in forensische poliklinische behandeling periodiek te meten. De ROM-resultaten kunnen als feedback worden ingebracht tijdens de therapeutische gesprekken.

Met de FARE kan een gestructureerd klinisch oordeel worden gegeven. Dit oordeel kan afwijkend zijn van de actuariële inschatting mits dat goed onderbouwd is. De auteurs adviseren (de hoogte van) de scores op de dynamische risicofactoren in te brengen in een multidisciplinair overleg of intervisie en een uitgebreide onderbouwing te geven waarom de gestructureerde klinische inschatting afwijkt van de actuariële inschatting van het recidiverisico. Deze dynamische factoren kunnen vervolgens vertaald worden naar behandeldoelen. Door cyclisch de voortgang van de cliënt op de betreffende dynamische risicofactoren te monitoren, kunnen veranderingen daarin gevolgd worden en kunnen de resultaten aanleiding geven tot aanpassingen in het behandelplan.

Opgemerkt moet worden dat de actuariële risicoclassificatie alleen betrouwbaar is als de FARE volledig ingevuld is.

Handleiding FARE v2

De handleiding van de FARE is aangepast naar aanleiding van de resultaten uit het validatie-onderzoek (Eisenberg, Hutten, Van der Veeken, Bouman, Bogaerts & Van Horn, 2020). Ook de ervaringen van de gebruikers van de FARE zijn meegenomen. In de bijlage staat een beschrijving van de tekstuele en inhoudelijk wijzigingen.

Praktische toelichting op de FARE

Opbouw instrument

De FARE bestaat uit zes statische en elf dynamische risicofactoren. In tabel 2 staan de risicofactoren weergegeven.

Statische factoren hebben betrekking op in principe ‘onveranderbare’ kenmerken, zoals de leeftijd waarop het eerste delict werd gepleegd en het justitiële verleden. Het is gebleken dat statische factoren vooral succesvol zijn in het voorspellen van delictgedrag op langere termijn en niet beïnvloedbaar zijn door een interventie. De risicotaxatie op basis van statische factoren geeft zicht op de mate waarin crimineel gedrag ingesleten is in het leven van de cliënt.

Dynamische risicofactoren hebben betrekking op de persoon en het gedrag van de persoon (individuele factoren), en op diens sociale en leefsituatie (contextuele factoren). Dynamische risicofactoren zijn door een interventie te beïnvloeden. Veranderingen in de dynamische risicofactoren hangen samen met veranderingen in het recidiverisico.

Tabel 2. De FARE

Statische risicofactoren		Dynamische risicofactoren	
S1	Leeftijd eerste politiecontact *	D1	Disfunctioneren opleiding/werk *
S2	Aantal eerdere en huidige veroordelingen *	D2	Financieel wanbeleid
S3	Diversiteit (dreigend) delictgedrag *	D3	Delinquent sociaal netwerk *
S4	Regelovertredend gedrag in het verleden *	D4	Beperkte vrijetijdsbesteding *
S5	Instabiliteit opleiding/werk in het verleden *	D5	Problematische (ex-)partnerrelatie *
S6	Problematisch middelengebruik in het verleden *	D6	Instabiliteit woonsituatie
		D7	Problematisch middelengebruik *
		D8	Gebrekkige impulsbeheersing *
		D9	Disfunctionele oplossingsvaardigheden *
		D10	Antisociale houding *
		D11	Regelovertredend gedrag *

* Behorend tot de central 8

Algemene scoringsrichtlijnen

<p><i>Doelgroep en reikwijdte van de FARE</i></p>	<p>Dit risico-evaluatie instrument van statische en dynamische risicofactoren is ontwikkeld voor volwassen cliënten/patiënten van 18 jaar en ouder, die vanwege (dreigend) delictgedrag, ambulante (forensische) behandeling ondergaan in een forensische polikliniek. Voor het lezersgemak wordt hierna de term cliënten gebruikt.</p> <p>De FARE is een generalistisch risico-evaluatie instrument waardoor het gescoord kan worden bij cliënten die in het verleden een diversiteit aan delicten hebben gepleegd of antisociaal gedrag hebben vertoond.</p> <p>Bij cliënten die zich vooral toeleggen op één type delict, bijvoorbeeld partnergeweld, kindermishandeling of seksueel misbruik, wordt aangeraden om - naast de FARE - een risicotaxatie-instrument te gebruiken dat specifiek voor de betreffende doelgroep is ontwikkeld.</p>
<p><i>Gebruikers</i></p>	<p>De FARE wordt gebruikt door behandelaren en gedragsdeskundigen in het ambulante forensische veld of aanpalende sectoren (waaronder (verslavings-), zoals reclassering, maatschappelijk opvang en (forensische) beschermd wonen voorzieningen) met minimaal een hbo-opleiding, minimaal twee jaar ervaring in het forensische veld (populatie met forensische problematiek) en het forensisch denken, kennis van het Risk-Need-Responsivity (RNR)-model en minimaal één jaar ervaring in het verrichten van risicotaxatie. Behandelaren zonder deze kennis en ervaring moeten getraind worden in het gebruik van de FARE of in één van de andere in Nederland gebruikte ambulante of klinische risicotaxatie-instrumenten.</p>
<p><i>Doel van de FARE</i></p>	<p>De FARE wordt gebruikt om actueel en klinisch het recidiverisico voor terugval in delictgedrag (algemene recidive) vast te stellen en op basis van de dynamische risicofactoren de needs te destilleren en de behandelvoortgang te monitoren.</p>
<p><i>Informatiebronnen</i></p>	<p>De risicofactoren worden gescoord op basis van zoveel mogelijk verschillende informatiebronnen, waaronder Uittreksel Justitiële Documentatie (UJD), adviesrapportage reclassering, Pro Justitia rapportage en verslagen van eerdere hulpverlening. Daarnaast wordt informatie gebruikt uit gesprekken met de cliënt en andere relevante betrokkenen.</p>
<p><i>Periode waarop de scoring betrekking heeft</i></p>	<p>De statische risicofactoren worden gescoord vanaf de kindertijd tot de huidige taxatie en de dynamische risicofactoren voor de afgelopen zes maanden.</p>
<p><i>Definitie (dreigend)delictgedrag</i></p>	<p>In de FARE wordt gesproken van ‘dreigend delictgedrag’ hiermee wordt bedoeld op antisociaal gedrag dat dermate problematisch is dat een interventie noodzakelijk is om erger te voorkomen. Het gedrag is echter nog niet zo ernstig dat politie en/of justitie ingeschakeld moet worden.</p>

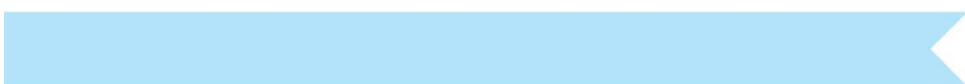
	Delictgedrag is strafbaar gedrag dat al dan niet tot een veroordeling (proces-verbaal, vervolging, of sepot) heeft geleid.
<i>Definitie criminogene factor</i>	Een criminogene factor is een risicofactor die dynamisch (veranderbaar) is en waar de behandeling op ingezet kan worden om het recidiverisico te verlagen.
<i>Item indicatoren</i>	Bij elk item staan de indicatoren uitgewerkt, ondersteund met concrete voorbeelden. Deze indicatoren worden per antwoordcategorie in oplopende mate van ernst weergegeven. De situatie en gedragingen verschillen per persoon. Dat betekent dat voorbeelden mogelijk niet altijd geheel van toepassing zijn op de specifieke problematiek van de cliënt. Scoor in die gevallen naar de intentie van de indicatoren en voorbeelden die gegeven zijn. Onderbouw de scores in de toelichting om de situatie van de cliënt weer te geven.
<i>Antwoordcategorieën</i>	<p>Alle items worden gescoord op een 5-puntsschaal (0-4) die opbouwt van potentiële bescherming (afwezigheid van risico) naar ernstigere grensoverschrijdende gedragingen/houdingen of situaties. De score nul weerspiegelt een potentiële beschermende werking van het betreffende item. In het onderzoek van Van Horn et al. (2016) werd marginale evidentie gevonden voor de relevantie van de beschermende factoren in relatie tot recidive, terwijl ze in de behandelpraktijk wel worden beschouwd als een meerwaarde. Daarom is de keuze gemaakt om, net zoals bij andere risicotaxatie-instrumenten zoals de START, VRAG en HKT-R, bij elk item de bescherming en het risico op hetzelfde continuüm te plaatsen.</p> <p>Als geen van de antwoordcategorieën (exact) past bij de problematiek van de cliënt kies dan de score die in ernst vergelijkbaar is met de problematiek van de cliënt.</p>
<i>Recidiverisico</i>	Het recidiverisico wordt ingeschat op een 5-puntsschaal van 0 'zeer laag recidiverisico', 1 'laag recidiverisico', 2 'matig recidiverisico', 3 'hoog recidiverisico', 4 'zeer hoog recidiverisico'.
<i>Afname FARE</i>	De FARE is ontwikkeld ten behoeve van het vaststellen van het recidiverisico voor algemene recidive en het monitoren van veranderingen in de dynamische risicofactoren (Routine Outcome Monitoring). Vaak is van cliënten aan het begin van de ambulante forensische zorg niet alle informatie beschikbaar, maar wordt informatie pas tijdens de behandeling beschikbaar. Dat geldt ook voor de informatie die nodig is om de statische risicofactoren te scoren. Daarom wordt op alle meetmomenten de volledige FARE afgenomen. Het is mogelijk dat door het beschikbaar komen van extra informatie gedurende de behandeling, de scores op de risicofactoren (en mogelijk het recidiverisico) op de eerste herhaalmeting toenemen om daarna pas af te nemen.

<i>Interviewgids</i>	Door de ontwikkelaars van de FARE is een interviewgids gemaakt ter ondersteuning bij risicotaxatiegesprekken met cliënt of derden. Deze gids is beschikbaar op de FARE-website: www.FARE-Ambulant.nl
<i>Ontbrekende informatie</i>	Er zijn geen richtlijnen over het maximaal aantal items dat mag ontbreken om nog van een betrouwbare meting te kunnen spreken. Bij onvoldoende informatie, scoor dan het item met enige voorzichtigheid en maak hiervan melding in de toelichting bij het betreffende item. In principe moeten alle risicofactoren worden gescoord. Gesprekken met cliënt en/of derden zijn nodig om alle risicofactoren te kunnen scoren indien het dossier niet alle informatie bevat.
<i>Meetfrequentie</i>	Het ambulante forensische veld heeft te maken met cliënten die in een vrijwillig kader (geregistreerd als DBC) of in een strafrechtelijk kader (geregistreerd als DBBC) worden behandeld. Het vrijwillig kader kan gedurende de behandeling omgezet worden naar een strafrechtelijk kader en omgekeerd. Bij voorkeur wordt een herhaalde meting uitgevoerd op het moment van wisseling van kader of bij ingrijpende veranderingen in de situatie van de cliënt. Dit vraagt om een flexibiliteit in de meetfrequentie omdat bijvoorbeeld de kaders niet allemaal even lang hoeven te duren. Tijdens de behandeling dient elke zes maanden, bij voorkeur vaker, een herhaalmeting plaats te vinden.
<i>Verslaglegging en bespreking van de resultaten</i>	De resultaten van de risicotaxatie worden volgens de gangbare richtlijnen van de instelling vastgelegd, in behandelplanbesprekingen of intervisies ingebracht en besproken met de cliënt.
<i>Betrouwbaarheid van de taxatie</i>	De betrouwbaarheid van de risicotaxatie kan worden gemaximaliseerd door de volgende richtlijnen te volgen: <ul style="list-style-type: none"> • Scoringsrichtlijnen in deze handleiding zo nauwkeurig mogelijk lezen en volgen. • Scoring baseren op alle beschikbare dossierinformatie én op informatie uit gesprekken met cliënt en/of derden. • Forensische behandeling is gericht op het verminderen van terugval in grensoverschrijdend gedrag, m.a.w. een sociaal geaccepteerde wijze van leven. Het gedrag van de cliënt moet ook in dat licht worden gescoord. In hoeverre wijkt het gedrag, de cognities en de attitude van de cliënt af van sociaal geaccepteerd denken en handelen. • Vermijd subjectiviteit en interpretatie bij het scoren. • Stem periodiek af met collega's over het scoren van de FARE tijdens intervisies en multidisciplinair overleg. • Blijf op de hoogte van de meest recente wetenschappelijke kennis rond risicofactoren en risicotaxatie.



Statische Risicofactoren

Scoring: vanaf kindertijd tot en met de huidige taxatie



S1 Leeftijd eerste politiecontact

Indicatoren

Bij het item S1 'Leeftijd eerste politiecontact' gaat het om de leeftijd waarop iemand zijn/haar eerste politiecontact had als verdachte. Hieronder kunnen onder andere vallen een officiële waarschuwing, arrestatie, in verzekeringstelling of voorlopige hechtenis. Het gaat er bij dit item dus niet om of het politiecontact al dan niet heeft geleid tot een veroordeling. De veroordelingen worden gescoord bij item S2 'Aantal eerdere en huidige veroordelingen'.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | > 25 jaar, of nooit met politie in aanraking geweest. |
| 1 | 20-25 jaar. |
| 2 | 18-19 jaar. |
| 3 | 15-17 jaar. |
| 4 | < 15 jaar. |
-

S2 Aantal eerdere en huidige veroordelingen

Indicatoren

Het item S2 'Aantal eerdere en huidige veroordelingen' omvat alle onherroepelijke veroordelingen tot en met de huidige taxatie, dus inclusief een veroordeling voor het indexdelict. Zaken worden niet meegeteld in dit item als iemand in afwachting van zitting is of nog in hoger beroep is tegen zijn veroordeling. Het gaat om strafrechtelijke veroordelingen voor een misdrijf. Dus kantonzaken waarbij overtredingen worden behandeld, zoals rijden zonder rijbewijs of civielrechtelijke zaken zoals conflicten over erfafscheidingen, tellen hier niet mee.

Voor een eenduidige en vereenvoudiging van de scoring wordt het volgende gehanteerd: bij het gebruik van justitiële documentatie, wanneer meerdere zaken met verschillende pleegdata in één veroordeling opgenomen zijn (gevoegde zaken), wordt enkel één veroordeling geteld.

Indien het precieze aantal veroordelingen onbekend is door het gebruik van termen als 'meerdere', 'een aantal', een paar keer, etc. dan telt dit als twee veroordelingen. Bijvoorbeeld, meerdere malen veroordeeld voor rijden onder invloed (= 2) en meerdere keren voorwaardelijke gevangenisstraf voor zware mishandeling (= 2) wordt samen gerekend als vier veroordelingen.

0	Geen eerdere veroordelingen.
1	1 veroordeling.
2	2-3 veroordelingen.
3	4-5 veroordelingen.
4	≥ 6 veroordelingen.

S3 Diversiteit (dreigend) delictgedrag

Indicatoren

In item S3 'Diversiteit (dreigend) delictgedrag' wordt een beoordeling gegeven van de diversiteit van het (dreigend) delictgedrag tot aan de huidige taxatie.

De term 'delictgedrag' wordt gebruikt omdat de aanmeldingsklacht(en) in forensische poliklinieken betrekking kunnen hebben op gedrag dat (nog) niet heeft geleid tot het plegen van strafbare feiten of tot contacten met politie en justitie.

Met de term 'dreigend delictgedrag' wordt bedoeld op antisociaal gedrag dat dermate problematisch is dat een interventie noodzakelijk is om erger te voorkomen. Het gedrag is echter nog niet zo ernstig dat politie en/of justitie ingeschakeld moet worden. Als bijvoorbeeld verbale agressie tussen partners problematisch geworden is en de cliënt gooit een vaas kapot om te voorkomen dat hij zijn agressie op zijn partner uit, dan wordt dit meegeteld onder de categorie huiselijk geweld. Met delictgedrag wordt verwezen naar strafbaar gedrag dat al dan niet tot een veroordeling heeft geleid.

De volgende categorieën van delictgedragingen worden onderscheiden:

- Seksueel delictgedrag: hands-on (waaronder aanranding, verkrachting, seksueel misbruik van kinderen, frotteurisme) en hands-off, (waaronder het kijken naar kinderpornografie, exhibitionisme, en andere parafiele stoornissen);
- Gewelddadig delictgedrag: alle vormen van geweld (inclusief brandstichting) tegen personen buiten de familie-/relationele sfeer alsmede geweld tegen goederen zoals vernieling en vandalisme, (dreiging met) radicalisering/extremisme;
- Huiselijk geweld: verwaarlozing, fysiek en/of psychisch geweld tegen familieleden en/of gezinsleden, inclusief stalking;
- Vermogensdelictgedrag (met of zonder geweld), zoals diefstal, illegale handel (waaronder drugshandel) of smokkelen, inbraak, tasjesroof, fraude, oplichting en gewapende overval;
- Overig delictgedrag: in deze categorie vallen andere strafbare feiten zoals stalking buiten de relationele sfeer, wapenbezit, illegaal vuurwerkbezit, drugsbezit dat meer dan wettelijk toegestaan is voor persoonlijk gebruik, deelname aan een criminele organisatie of joyriding.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Tot op heden is er sprake van enkel dreigend delictgedrag. |
| 1 | Het delictgedrag beperkt zich tot één van de bij de indicatoren genoemde categorieën. |
| 2 | Het delictgedrag komt voor in twee van de bij de indicatoren genoemde categorieën. |
| 3 | Het delictgedrag beslaat drie van de bij de indicatoren genoemde categorieën. |
| 4 | Het delictgedrag valt in vier of meer van de bij de indicatoren genoemde categorieën. |
-

S4 Regelovertredend gedrag in het verleden

Indicatoren

Het item S4 'Regelovertredend gedrag in het verleden' heeft betrekking op het gedrag van de cliënt in het verleden tot aan de huidige taxatie. Regelovertredende gedragingen worden gedefinieerd als de volgende vijf soorten die zich voor kunnen doen binnen het forensische domein en aanpalende sectoren:

Frequentie van regels schenden is leidend en niet de ernst van de schending.

- Het zich niet houden aan gedragsregels en afspraken in (forensische) begeleidingstrajecten zoals woonbegeleiding, begeleiding bij dagbesteding of RIBW.
- Het niet nakomen van face-to-face of telefonische verplichte of vrijwillige forensische behandelafspraken, zoals het herhaaldelijk (met of zonder bericht) niet, of te laat verschijnen op behandelafspraken, niet reageren op telefonische en/of schriftelijke contactpogingen, niet meewerken aan het realiseren van behandeldoelen, niet nakomen van afspraken over middelengebruik en urinecontroles (UC), weigeren van medicatie of zich niet houden aan medicatievoorschriften, het voortijdig afbreken van de behandeling, recidive tijdens de behandeling.
- Denk ook aan regels horend bij een RM- of TBS-maatregel, zoals onttrekken aan voorwaarden van een kliniek, en onttrekken aan verlof.
- Het overtreden van (vrijheidsbeperkende) voorwaarden in het kader van een verplicht reclasseringstoezicht of begeleiding, zoals recidive tijdens proeftijd, herhaaldelijk niet of te laat verschijnen op verplichte reclasseringscontacten, schending meldingsgebod, drugs- en alcoholverbod of gebiedsverbod, niet uitvoeren van taakstraf of voorwaarden verbonden aan bijvoorbeeld een voorwaardelijke invrijheidsstelling, penitentiair programma (PP) of Elektronisch Toezicht (ET).
- Schenden overige strafrechtelijke bepalingen, zoals niet verschijnen op de rechtszitting, niet betalen van uitstaande boetes en regelovertredend gedrag in (jeugd)detentie.

-
- 0 Cliënt heeft eerder zorg, begeleiding of toezicht gehad binnen het forensische domein of aanpalende sectoren.
 - 1 Cliënt heeft eerder te maken gehad met forensische zorg, begeleiding, of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich doorgaans aan de regels, afspraken en strafrechtelijke bepalingen.
 - 2 Cliënt heeft eerder te maken gehad met forensische zorg, begeleiding of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich enkele keren niet aan regels en afspraken en/of schond een enkele strafrechtelijke bepalingen.
 - 3 Cliënt heeft eerder te maken gehad met forensische zorg, begeleiding of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich regelmatig niet aan regels en/of overtrad strafrechtelijke bepalingen.
 - 4 Cliënt heeft eerder te maken gehad met forensische zorg, begeleiding of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich stelselmatig niet aan regels en overtrad strafrechtelijke bepalingen.
-

S5 Instabiliteit opleiding/werk in het verleden

Indicatoren

Het item S5 'Instabiliteit opleiding/werk in het verleden' omvat een patroon in het gedragsmatig functioneren tot aan de huidige taxatie op het gebied van opleiding en/of werk. In dit item gaat het over beide gebieden die als vergelijkbaar worden beschouwd. Onder gedragsmatig disfunctioneren wordt onder andere verstaan:

Pesten, ongeoorloofde afwezigheid, te laat komen, conflicten en vechten, wegens gedragsproblemen vaak (gedwongen) wisselen van school, vervolgoopleidingen of baan, veelvuldige werkloosheid en passiviteit in het zoeken van nieuwe opleiding of baan. Prestaties, het al dan niet behalen van een diploma of promotie worden in dit item niet meegewogen. Het gaat er niet om in hoeverre de opleiding of werkzaamheden passend zijn bij het niveau van de cliënt. Cursussen, bijbaantjes en vrijwilligerswerk vallen respectievelijk onder opleiding en werk.

-
- 0 Cliënt heeft een stabiel verleden wat betreft opleiding en werk. Cliënt heeft geen noemenswaardige gedragsproblemen tijdens opleiding en werk gehad.
 - 1 Cliënt heeft over het algemeen een stabiel opleidings- en werkverleden. Er hebben zich minder ernstige ongeregelheden voorgedaan, zoals incidenteel te laat komen of ongeoorloofde afwezigheid.
 - 2 Cliënt heeft een minder stabiel verleden wat betreft opleiding en werk zich uitend in enkele gedragingen zoals: ongeoorloofde afwezigheid, regelmatig te laat komen of er hebben zich enkele conflicten voorgedaan.
 - 3 Cliënt heeft een instabiel verleden zich uitend in gedragsproblemen zoals, ongeoorloofde afwezigheid, regelmatig te laat komen en conflicten. Deze hebben al dan niet geresulteerd in voortijdig stoppen of zelf ontslag nemen.
 - 4 Cliënt heeft een zeer instabiel verleden zich uitend in ernstig onregelend gedrag, zoals veelvuldig conflicten, veelvuldig ongeoorloofde afwezigheid. Het gedrag kan hebben geleid tot van school gestuurd worden of ontslag.
-

S6 Problematisch middelengebruik in het verleden

Indicatoren

Het item S6 'Problematisch middelengebruik in het verleden' omvat de mate waarin het gebruik van middelen door de cliënt tot aan de huidige taxatie heeft geleid tot problemen in het functioneren op een of meerdere levensgebieden gedurende een of meerdere periodes.


Onder middelen wordt verstaan: alcohol, softdrugs (bijvoorbeeld cannabis, psilocybine en psilocine-houdende paddenstoelsoorten), harddrugs (bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC en GHB), oneigenlijk gebruik van medicatie (bijvoorbeeld lachgas, Ritalin, benzodiazepinen, slaapmiddelen, antipsychotica, kalmeringsmiddelen, zoals valium). Zie de website van de rijksoverheid voor meer informatie over het onderscheid tussen harddrugs en softdrugs (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/inhoud/wet-maakt-verschil-harddrugs-en-softdrugs>).

Onderscheid wordt gemaakt tussen recreatief gebruik en de vier hoofdcriteria van problematisch gebruik zoals beschreven in de DSM-5. Recreatief gebruik wordt gekenmerkt door: gebruik voor plezier /ontspanning, gebruik zonder dat het invloed heeft op werk, school, hobby's of op contacten met familie en vrienden, gebruik waarbij men zich bewust is van de risico's, gebruik dat matig en gecontroleerd is en dat weinig of geen tijd kost.

Let op: de scoringswijze van dit item verschilt van het dynamische middelengebruik-item (D7).

In de DSM-5 wordt middelenproblematiek beschreven met vier hoofdcriteria oplopend in ernst.

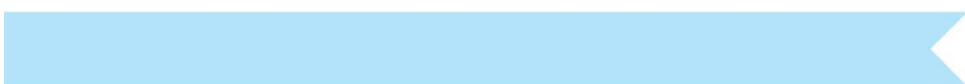
- Het eerste criterium, *bepaalde controle*, bestaat uit langere periodes grote hoeveelheden gebruiken, wensen en/of proberen te stoppen, veel tijd wordt besteed aan activiteiten om aan het middel te komen of te herstellen van gebruik en cliënt voelt een sterke behoefte tot gebruik van het middel (*craving*).
 - Het tweede criterium, *sociale beperkingen*, geeft weer in welke mate iemand sociale problemen ervaart door het middelengebruik, bijvoorbeeld conflicten met familie en vrienden, niet in staat om werk of dagelijkse bezigheden naar behoren uit te voeren, activiteiten verminderen of gestopt door (de gevolgen van) middelengebruik.
 - Het derde criterium beschrijft *risicogebruik*, de cliënt blijft het middel gebruiken ondanks de wetenschap dat hij fysiek gevaar loopt of reeds bestaande fysieke of psychische klachten kunnen verergeren.
 - Als laatste beschrijft het farmacologische criterium het optreden van tolerantie en onttrekkingssymptomen. De cliënt heeft steeds een hogere dosis nodig om hetzelfde effect te bereiken en ervaart symptomen op het moment dat bloed- en weefselconcentratie van een middel afneemt na een langere periode van intensief gebruik.
-

- 
-
- 0 Cliënt heeft geen middelen gebruikt of was een recreatief gebruiker.
 - 1 Cliënt heeft langdurig beperkte controle gehad over het gebruik van middelen (criterium 1).
 - 2 Cliënt heeft langdurige beperkte controle gehad over het gebruik van middelen en het gebruik gaf sociale problemen (criteria 1 en 2).
 - 3 Cliënt heeft langdurige beperkte controle gehad over het gebruik van middelen, het gebruik gaf sociale problemen en er was sprake van risicogebruik (criteria 1, 2 en 3).
 - 4 Cliënt heeft langdurige beperkte controle gehad over het gebruik van middelen, het gebruik gaf sociale problemen, er was sprake van risicogebruik, tolerantie en ontrekkingsverschijnselen (criteria 1, 2, 3 en 4).
-



Dynamische Risicofactoren

Scoring: afgelopen 6 maanden



D1 Disfunctioneren opleiding/werk

Indicatoren

Het item D1 'Disfunctioneren opleiding/werk' omvat het gedragsmatig disfunctioneren in de afgelopen 6 maanden op het gebied van opleiding en/of werk. In dit item gaat het over beide gebieden die als vergelijkbaar worden beschouwd. Onder gedragsmatig disfunctioneren wordt onder andere verstaan:

Pesten, ongeoorloofde afwezigheid, te laat komen, conflicten en vechten, wegens gedragsproblemen vaak (gedwongen) werkloos, wisselen van school, vervolgoopleidingen of baan. Prestaties, het al dan niet behalen van een diploma of promotie worden in dit item niet meegewogen. Het gaat er niet om in hoeverre de opleiding of werkzaamheden passend zijn bij het niveau van de cliënt. Cursussen vallen ook onder opleiding net als bijbaantjes en vrijwilligerswerk onder werk vallen.

-
- 0 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden goed gefunctioneerd op de opleiding/werk. Cliënt heeft geen noemenswaardige gedragsproblemen op opleiding en/of werk gehad.
OF: cliënt werkt niet meer omdat hij/zij de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt of (tijdelijk) arbeidsongeschikt is.
 - 1 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden over het algemeen stabiel gefunctioneerd op opleiding/werkgebied. Er hebben zich in de afgelopen 6 maanden geen ernstige onregeligheden voorgedaan, cliënt kwam een enkele keren te laat.
 - 2 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden minder stabiel gefunctioneerd op opleiding/werkgebied zich uitend in enkele gedragingen zoals: ongeoorloofde afwezigheid en regelmatig te laat komen.
 - 3 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden instabiel gefunctioneerd op opleiding/werk gebied zich uitend in gedragsproblemen zoals: ongeoorloofde afwezigheid, te laat komen en conflicten waardoor cliënt al dan niet voortijdig gestopt is met een opleiding of ontslag heeft genomen.
 - 4 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden zeer instabiel gefunctioneerd op opleiding/werkgebied zich uitend in ernstig onregelend gedrag, zoals veelvuldig ongeoorloofde afwezigheid, veelvuldig conflicten en vernieling van eigendommen. Het gedrag kan ertoe hebben geleid dat de cliënt van school gestuurd/ ontslagen is.
-

D2 Financieel wanbeleid

Indicatoren

Het item D2 'Financieel wanbeleid' inventariseert de mate waarin, in de afgelopen 6 maanden sprake is geweest van financieel wanbeleid (structurele disbalans tussen inkomsten/spaargeld en uitgaven/schulden) door het gedrag van de cliënt. De hoogte en de bron van de inkomsten/spaargeld en uitgaven/schulden is hierbij niet van belang. Onder schulden worden alle uitstaande geldleningen verstaan, inclusief hypotheek.

Dit gedrag kan bijvoorbeeld te maken hebben met:

- Impulsaankopen, te veel op afbetaling kopen, uitgaven door verslaving waardoor schuld toeneemt, achterstanden in het betalen van belastingaanslagen, huur, hypotheek, telefoon of andere (vaste) lasten.
- Geen afbetalingsregeling of schuldsaneringsregeling in gang zetten bij schulden, geen overzicht hebben over de eigen financiële situatie. Het onder curatele staan of een bewindvoerder hebben én dan nog steeds niet uit kunnen komen met het beschikbare geld.

-
- 0 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden een goed financieel beleid gevoerd. Inkomsten en uitgaven waren goed in balans.
 - 1 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden doorgaans een goed financieel beleid gevoerd. Uitgaven waren afgestemd op de inkomsten. Indien er sprake was van achterstallige betalingen heeft cliënt een adequate en realistische afbetalingsregeling getroffen.
OF de financiën van cliënt werden beheerd door een curator/bewindvoerder/mentor en de cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden daarbij goed gefunctioneerd.
 - 2 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden een matig financieel beleid gevoerd. Gaf soms meer geld uit dan er binnenkwam, maar dat heeft (nog) niet geleid tot financiële problemen.
OF cliënt had in de afgelopen 6 maanden schulden die via een afbetalingsregeling werden terugbetaald.
 - 3 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden slecht financieel beleid gevoerd. Uitgaven overstegen regelmatig de inkomsten en/of de cliënt heeft schulden waar geen afbetalingsregeling voor is getroffen.
 - 4 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden structureel financieel wanbeleid gevoerd. Cliënt heeft forse olopende schulden. Er is geen sprake van schuldsanering of andere afbetalingsregelingen. Er kan sprake zijn van faillissement door financieel wanbeleid.
-

D3 Delinquent sociaal netwerk

Indicatoren

Bij item D3 'Delinquent sociaal netwerk' gaat het om de mate waarin de cliënt in de afgelopen 6 maanden omgang heeft gehad met een delinquent sociaal netwerk.

- Met sociaal netwerk worden vrienden, kennissen en familieleden bedoeld (ongeacht de grootte van het netwerk).
- Met delinquent wordt bedoeld het ontplooiën van criminele activiteiten, in aanraking zijn geweest met politie en/of justitie of het vertonen van antisociaal gedrag/houding.
- Cliënt vertoont delictgedrag met leden uit dit sociaal netwerk en/of wordt er negatief door beïnvloed.

-
- 0 Cliënt had in de afgelopen 6 maanden geen delinquent sociaal netwerk.
 - 1 Cliënt had in de afgelopen 6 maanden enkele delinquente netwerkleden en werd niet of nauwelijks negatief door hen beïnvloed.
 - 2 Cliënt had in de afgelopen 6 maanden een sociaal netwerk met enkele delinquente netwerkleden door wie hij in enige mate negatief werd beïnvloed.
 - 3 Cliënt had in de afgelopen 6 maanden delinquente netwerkleden en werd regelmatig negatief door hen beïnvloed.
 - 4 Cliënt had in de afgelopen 6 maanden een delinquent sociaal netwerk en werd door dit netwerk grotendeels negatief beïnvloed.
-

D4 Beperkte prosociale vrijetijdsbesteding

Indicatoren

Item D4 'Beperkte prosociale vrijetijdsbesteding' in de afgelopen 6 maanden wordt gekenmerkt door:

- Aard van de activiteiten: verwijst naar alle actieve en passieve activiteiten die niet antisociaal of crimineel van aard zijn. Deze activiteiten kunnen alleen en/of met anderen zijn ondernomen.
- Frequentie van de activiteiten: hoe vaak ondernam iemand activiteiten afgezet tegen de hoeveel vrijetijd iemand heeft.

Indien er sprake is van externe (opgelegde) vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals een Elektronisch Toezicht (ET) of gebiedsverboden, scoor de invulling van de vrije tijd gegeven deze situatie. Van belang is om na te gaan of iemand binnen de grenzen van de beperkende maatregel activiteiten ontplooit.

-
- | | |
|---|--|
| 0 | Cliënt besteedde in de afgelopen 6 maanden zijn vrije tijd aan prosociale activiteiten. |
| 1 | Cliënt besteedde in de afgelopen 6 maanden vrije tijd meestal aan prosociale activiteiten. |
| 2 | Cliënt besteedde in de afgelopen 6 maanden vrije tijd af en toe aan prosociale activiteiten. |
| 3 | Cliënt ondernam in de afgelopen 6 maanden zelden prosociale activiteiten. |
| 4 | Cliënt ondernam in de afgelopen 6 maanden geen prosociale activiteiten. |
-

D5 Problematische (ex-)partnerrelatie

Indicatoren

Item D5 'Problematische (ex-)partnerrelatie' verwijst naar de kwaliteit van de (ex-)partnerrelatie van de cliënt in de afgelopen 6 maanden. De relatie met een ex-partner wordt in dit item meegewogen indien deze nog van invloed is op het huidige functioneren van cliënt, bijvoorbeeld in emotionele en/of seksuele zin. Als de situatie zich voordoet dat de relatie met de huidige partner goed is maar de relatie met de ex-partner is problematisch, dan scoor je de meest problematische situatie. Slecht functioneren in de (ex-) partnerrelatie kan tot uiting komen op de volgende gebieden:

- Gevoel: cliënt is snel geïrriteerd en kan weinig van de partner hebben. Cliënt voelt zich niet gesteund door de partner. Er is weinig intimiteit. Er is onderling weinig vertrouwen, er bestaan wraakgevoelens naar elkaar.
- Communicatie: cliënt en partner communiceren op een inadequate manier met elkaar, ze zijn het niet eens of kunnen niet zonder ruzie communiceren over belangrijke zaken, zoals de opvoeding van de kinderen en financiële verantwoordelijkheden. Cliënt en partner hebben voortdurend kritiek op elkaar. Conflicten worden uitgevochten in het bijzijn van de kinderen, kinderen worden bij ruzies betrokken.
- Gedrag: er is sprake van een conflictueuze relatie waarin wordt geschreeuwd, bedreigd, met spullen gegooid en fysiek geweld wordt gebruikt. Cliënt en partner ondernemen weinig activiteiten samen, cliënt en partner houden geen rekening met elkaar, cliënt en/of partner nemen te laat of geen time-out, er is sprake van stalking of kinderen worden onttrokken aan cliënt door de partner (of andersom).

-
- 0 De cliënt had in de afgelopen 6 maanden een goede (ex-)partnerrelatie. Er waren geen noemenswaardige problemen.
- OF** cliënt heeft geen relatie of contact met ex-partner gehad in de afgelopen 6 maanden.
- 1 De cliënt had in de afgelopen 6 maanden een redelijk goede (ex-)partnerrelatie. Perioden van spanningen, gebrek aan ervaren steun en minder effectieve communicatie kwamen weinig voor.
- 2 De cliënt had in de afgelopen 6 maanden een enigszins problematische (ex-)partnerrelatie zich uitend in negatieve gevoelens (irritatie, weinig ervaren steun), communicatie en gedragingen (schreeuwen, bekritisieren).
- 3 De cliënt had in de afgelopen 6 maanden een problematische (ex-)partnerrelatie zich uitend in negatieve gevoelens (zoals weinig onderling respect, irritatie), communicatie (zoals vaak ruzie over belangrijke zaken, ook in bijzijn van de kinderen) en gedrag (zoals gooien van spullen en/of (dreigen met) fysieke agressie).
- 4 De cliënt had in de afgelopen 6 maanden een zeer problematische (ex-)partnerrelatie zich uitend in negatieve gevoelens (zoals geen onderling respect, geen wederzijds vertrouwen), communicatie (zoals ruzie, betrekken van kinderen in ruzies) en gedrag (zoals verbale en fysieke agressie, al dan niet leidend tot politiecontacten en/of aangifte).
-

D6 Instabiliteit woonsituatie

Indicatoren

Item D6 'Instabiliteit woonsituatie' heeft te maken met het verblijfadres en de leefomgeving van de cliënt in de afgelopen 6 maanden. In het item worden twee kenmerken onderscheiden:

- Instabiliteit verblijfadres: aantal wisselingen van verblijfadres.
- Instabiliteit leefomgeving: conflicten met buurtbewoners (of medegegetineerden, medebewoners van het pension, nachtopvang, beschermd/begeleid wonen), achterstandsbuurt met overlast en criminaliteit. In de buurt wonen veel mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). De buurt heeft slechte voorzieningen, bijvoorbeeld het ontbreken van een gezondheidscentrum, sportvoorzieningen en winkels.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Cliënt had in de afgelopen 6 maanden een vast verblijfadres en woont in een buurt die bekend staat als veilig, zonder noemenswaardige overlast en criminaliteit. |
| 1 | Cliënt had in de afgelopen 6 maanden een vast verblijfadres in een buurt waarin enige overlast wordt ervaren of criminaliteit is.

OF cliënt had geen vast verblijfadres, maar het tijdelijke verblijf was in een stabiele leefomgeving. |
| 2 | Cliënt had in de afgelopen 6 maanden een vast verblijfadres in een minder stabiele leefomgeving.

OF cliënt wisselde enkele keren van verblijfadres. |
| 3 | Cliënt had in de afgelopen 6 maanden een vast verblijfadres in een overwegend instabiele woonomgeving.

OF cliënt wisselde vaak van verblijfadres. |
| 4 | Cliënt had in de afgelopen 6 maanden geen vast verblijfadres, leidde een zwervend bestaan. De omgeving waar cliënt grotendeels verbleef, was overwegend instabiel. |
-

D7 Problematisch middelengebruik

Indicatoren

Het item D7 'Problematisch middelengebruik' omvat de mate waarin het gebruik van middelen door de cliënt in de afgelopen 6 maanden heeft geleid tot problemen in het functioneren op diverse levensgebieden.

Onder middelen wordt verstaan: alcohol, softdrugs (bijvoorbeeld cannabis, psilocybine en psilocine-houdende paddenstoelsoorten), harddrugs (bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC en GHB), oneigenlijk gebruik van medicatie (bijvoorbeeld Ritalin, benzodiazepinen, slaapmiddelen, antipsychotica, lachgas, kalmeringsmiddelen zoals valium). Zie website van de rijksoverheid voor meer informatie over het onderscheid tussen harddrugs en softdrugs (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/inhoud/wet-maakt-verschil-harddrugs-en-softdrugs>).

Let op: de scoringswijze van dit item verschilt van het statische item middelengebruik (S6).

- Onderscheid wordt gemaakt tussen recreatief gebruik en de 11 criteria van de DSM-5 voor de classificatie van een 'Stoornis in het gebruik van middelen'.
- Recreatief gebruik wordt gekenmerkt door: gebruik voor plezier /ontspanning, gebruik zonder dat het invloed heeft op werk, school, hobby's of op contacten met familie en vrienden, gebruik waarbij men zich bewust is van de risico's, gebruik dat matig en gecontroleerd is en dat weinig of geen tijd kost.
- Gebaseerd op de DSM-5 classificatie 'stoornis in het gebruik van middelen' wordt ten aanzien van misbruik en afhankelijkheid onderscheid gemaakt in beperkt (2-3 criteria), matig (4-5 criteria) en ernstig gebruik (6 of meer criteria). De 11 DSM-5 criteria zijn:
 - o Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was.
 - o Mislukte pogingen om te minderen of te stoppen.
 - o Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd.
 - o Sterk verlangen om te gebruiken (craving).
 - o Door het gebruik, problemen op het werk, school of thuis. Door gebruik ontremming van cliënt in delictgedrag.
 - o Blijven gebruiken ondanks dat het problemen veroorzaakt op diverse levensdomeinen. Ontkenning problematisch gebruik.
 - o Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk.
 - o Voortdurend gebruik, zelfs wanneer je daardoor in gevaar komt.
 - o Voortdurend gebruik ondanks weet hebben dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich mee brengt of verergert.
 - o Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen oftewel tolerantie.
 - o Het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig worden door meer van de stof te gebruiken.

-
- 0 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden geen middelen gebruikt of was een recreatief gebruiker.
 - 1 Cliënt was in de afgelopen 6 maanden overwegend recreatief gebruiker, maar het gebruik heeft geleid tot 1 criterium van de DSM-5 criteria.
 - 2 Cliënt voldeed in de afgelopen 6 maanden aan 2-3 van de 11 DSM-5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (beperkt gebruik).
 - 3 Cliënt voldeed in de afgelopen 6 maanden aan 4-5 van de 11 DSM-5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (matig gebruik).
 - 4 Cliënt voldeed in de afgelopen 6 maanden aan 6 of meer van de 11 DSM-5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (ernstig gebruik).
-

D8 Gebrekkige impulsbeheersing

Indicatoren

Item D8 'Gebrekkige impulsbeheersing' gaat over de mate waarin de cliënt de afgelopen 6 maanden problemen heeft gehad met het beheersen van gedrag en/of emoties. Een gebrekkige impulsbeheersing kan leiden tot verstoringen in het dagelijks functioneren en kan zich uiten in:

- Onbeheerst gedrag, bijvoorbeeld impulsieve agressieve uitbarstingen (fysiek of verbaal), opvliegendheid (een kort lontje hebben), ruzie zoeken, uitdagen, seksuele impulsen. Daarnaast kan het gaan om snelle beloningen laten prevaleren boven een grotere beloning op langere termijn, verleiding en direct behoeftebevrediging niet kunnen weerstaan, bijvoorbeeld impulsaankopen of impulsief stoppen met opleiding, werk of behandeling.
- Slecht gecontroleerde emoties: disproportionele woede-uitbarstingen, boosheid, snel geïrriteerd zijn, prikkelbaar.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Bij cliënt was in de afgelopen 6 maanden geen sprake van een gebrekkige impulsbeheersing. |
| 1 | Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden af en toe onbeheerst gedrag zien of had een enkele keer minder controle over zijn emoties, maar dit heeft over het algemeen niet geleid tot verstoringen in het dagelijks functioneren. |
| 2 | Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden af en toe onbeheerst gedrag of slechte controle over zijn emoties zien wat heeft geleid tot verstoringen van het dagelijks functioneren op één van de volgende levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel. |
| 3 | Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden in grote mate onbeheerst gedrag zien en had slechte controle over zijn emoties, wat heeft geleid tot verstoringen van het dagelijks functioneren op twee levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel. |
| 4 | Cliënt was in de afgelopen 6 maanden stelselmatig niet in staat om zijn impulsen te beheersen, zich uitend in verstoringen in het dagelijks functioneren op drie of meer levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel. |
-

D9 Disfunctionele oplossingsvaardigheden

Indicatoren

Item D9 'Disfunctionele oplossingsvaardigheden' inventariseert de wijze waarop de cliënt in de afgelopen 6 maanden met probleem- en stresssituaties is omgegaan. Beoordeel aspecten zoals:

- Gedrag: neiging tot verbale en/of fysieke agressie om problemen op te lossen, wordt boos bij meningsverschillen of als het tegenzit, is gemakkelijk te provoceren, krenkbaar en explosief, blijft lang wrokgevoelens koesteren, zit gevangen in een patroon van gebrekkige oplossingsvaardigheden. Of cliënt heeft de neiging om zich terug te trekken, gaat confrontaties uit de weg, vertoont uitstelgedrag, stelt zich afhankelijk op bij het oplossen van problemen, schuift de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen af op anderen.
- Inzicht en zelfreflectie: cliënt kan niet benoemen wat de aanleiding is voor de disfunctionele oplossingsvaardigheden: heeft geen zicht op zijn 'rode knoppen'. Cliënt ziet niet in hoe problemen op een prosociale manier kunnen worden opgelost.
- Toepassen alternatieve of geleerde oplossingsvaardigheden: cliënt beschikt niet over vaardigheden om adequate oplossingsstrategieën toe te passen, voelt zich onmachtig of gelooft niet in eigen vaardigheden om problemen adequaat op te lossen. Bijvoorbeeld: cliënt is niet in staat om spanningen en gevoelens van stress te verminderen, blijft piekeren, komt niet tot actie.

-
- 0 Cliënt beschikte in de afgelopen 6 maanden over goede oplossingsvaardigheden.
 - 1 Cliënt paste in de afgelopen 6 maanden af en toe disfunctionele oplossingsvaardigheden toe, maar dit heeft over het algemeen niet geleid tot verstoringen in het dagelijks functioneren.
 - 2 Cliënt paste in de afgelopen 6 maanden af en toe disfunctionele oplossingsvaardigheden toe, wat heeft geleid tot verstoringen van het dagelijks functioneren op één van de volgende levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel.
 - 3 Cliënt hanteerde in de afgelopen 6 maanden overwegend disfunctionele oplossingsvaardigheden, wat heeft geleid tot verstoringen van het dagelijks functioneren op twee levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel.
 - 4 Cliënt hanteerde de afgelopen 6 maanden disfunctionele oplossingsvaardigheden, zich uitend in verstoringen in het dagelijks functioneren op drie of meer levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel.
-

D10 Antisociale houding

Indicatoren

In item D10 'Antisociale houding' wordt de houding van de cliënt in de afgelopen 6 maanden in kaart gebracht ten aanzien van onder andere criminaliteit, regels, autoriteit en persoonlijke grenzen van anderen.

Antisociale houding kan zich bijvoorbeeld uiten in:

- Goedkeuren en/of bagatelliseren van het eigen delictgedrag en/of crimineel gedrag in het algemeen, vanuit culturele overtuigingen (eerwraak), cognitieve vervorming (goedpraters), niet accepteren van, of het hebben van een afwijzende houding t.a.v. regels en wetten, het hebben van antisociale normen en waarden.
- Niet kunnen accepteren van of kijken naar eigen aandeel, externaliseren, het niet (h)erkennen van persoonlijke grenzen van anderen.
- Negatieve emotionele toestand zoals wrok, verzet, vijandigheid, jaloezie, frustratie of haat.

0	Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden geen antisociale houding zien.
1	Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden af en toe een antisociale houding zien. Dit uitte zich voornamelijk in houding, gedrag of negatieve emoties in relatie tot het eigen delict. Cliënt keurt delictgedrag in het algemeen af.
2	Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden regelmatig een antisociale houding zien. Dit uitte zich in houding, gedrag en negatieve emoties in relatie tot het eigen delict en/of houding ten opzichte van algemeen geldende regels en wetten.
3	Cliënt liet in de afgelopen 6 maanden een antisociale houding zien. Dit uitte zich in het goedkeuren van criminaliteit in het algemeen, eigen delictgedrag werd gebagatelliseerd, geëxternaliseerd en/of cliënt gaf blijk van deels negatieve emotionele toestand of gaf weinig blijk van het (h)erkennen van persoonlijke grenzen van anderen.
4	Cliënt keurde in de afgelopen 6 maanden criminaliteit en eigen delictgedrag goed, bagatelliseerde, was niet in staat om naar het eigen aandeel te kijken, externaliseerde en/of gaf blijk van een negatieve emotionele toestand of gaf geen blijk van het (h)erkennen van persoonlijke grenzen van anderen.

D11 Regelovertredend gedrag


Indicatoren

Het item D11 'Regelovertredend gedrag' heeft betrekking op het gedrag van de cliënt in de afgelopen 6 maanden. Regelovertredende gedragingen worden gedefinieerd als de volgende vier soorten die zich voor kunnen doen binnen het forensische domein en aanpalende sectoren:

Frequentie van regels schenden is leidend en niet de ernst van de schending.

- Het zich niet houden aan gedragsregels en afspraken in begeleidingstrajecten, zoals woonbegeleiding, begeleiding bij dagbesteding of RIBW.
- Het niet nakomen van face-to-face of telefonische verplichte of vrijwillige forensische behandelafspraken, zoals het herhaaldelijk (met of zonder bericht) niet, of te laat verschijnen op behandelafspraken, niet reageren op telefonische en/of schriftelijke contactpogingen, niet meewerken aan het realiseren van behandeldoelen, niet nakomen van afspraken over middelengebruik en urinecontroles (UC), weigeren van medicatie of zich niet houden aan medicatievoorschriften, het voortijdig afbreken van de behandeling, recidive tijdens de behandeling.
- Denk ook aan regels horend bij een RM- of TBS-maatregel, zoals onttrekken aan voorwaarden van een kliniek, en onttrekken aan verlof.
- Het overtreden van (vrijheidsbeperkende) voorwaarden in het kader van een verplicht reclasseringstoezicht of begeleiding, zoals recidive tijdens proeftijd, herhaaldelijk niet of te laat verschijnen op verplichte reclasseringscontacten, schending meldingsgebod, drugs- en alcoholverbod of gebiedsverbod, niet uitvoeren van taakstraf of voorwaarden verbonden aan bijvoorbeeld een voorwaardelijke invrijheidsstelling, penitentiair programma (PP) of Elektronisch Toezicht (ET).
- Schenden overige strafrechtelijke bepalingen, zoals niet verschijnen op de rechtszitting, niet betalen van uitstaande boetes, regelovertredend gedrag in (jeugd)detentie en recidive.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden te maken gehad met forensische zorg, begeleiding, of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich altijd aan de regels, afspraken en strafrechtelijke bepalingen.
OF Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden geen zorg, begeleiding of toezicht gehad binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. |
| 1 | Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden te maken gehad met forensische zorg, begeleiding, of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich doorgaans aan de regels, afspraken en strafrechtelijke bepalingen. |
| 2 | Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden te maken gehad met forensische zorg, begeleiding of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich enkele keren niet aan regels en afspraken en/of schond een enkele strafrechtelijke bepalingen. |
| 3 | Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden te maken gehad met forensische zorg, begeleiding of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich regelmatig niet aan regels en/of overtrad strafrechtelijke bepalingen. |

- 
- 4 Cliënt heeft in de afgelopen 6 maanden te maken gehad met forensische zorg, begeleiding of toezicht binnen het forensische domein of aanpalende sectoren. Cliënt hield zich stelselmatig niet aan regels, overtrad regels en strafrechtelijke bepalingen.
-

Recidiverisico

De FARE is een risicotaxatie-instrument waarmee op basis van de somscores van de statische en dynamische risicofactoren een actuariële risico-inschatting gegeven wordt en een (afwijkend) gestructureerde klinische inschatting gemaakt kan worden. De actuariële richtlijnen zijn geformuleerd op basis van ruim 2.000 taxaties met de FARE. Middels een CHAID-analyse zijn de grenswaarden bepaald voor de indeling in risicogroepen. De FARE levert een actuariële inschatting van het recidiverisico op drie niveaus: op basis van de somscore van alle items, de zes statische of de elf dynamische risicofactoren. De weging van alle statische en de dynamische risicofactoren geeft een completer beeld van de problematiek en het recidiverisico. De actuariële risicoclassificatie op basis van alleen statische risicofactoren geeft een beeld van de problematiek in het verleden (statisch recidiverisico) en de dynamische risicofactoren geven een beeld van de problematiek in het heden (dynamisch recidiverisico).

Opgemerkt moet worden dat de actuariële risicoclassificatie alleen betrouwbaar is als de FARE volledig ingevuld is.

Client heeft een totaalscore op de statische én dynamische risicofactoren (S1 – S6 en D1 – D11) van:			Totaalscore:
Score van cliënt valt in categorie	Categorie	Basis recidiverisico	Van de groep die in de recidiverisico - categorie viel, recidiveerde ... % binnen 2 jaar na de taxatie
<input type="checkbox"/>	0 - 14	Zeer laag	5,6%
<input type="checkbox"/>	15 - 20	Laag	11,5%
<input type="checkbox"/>	21 - 32	Matig	20,0%
<input type="checkbox"/>	33 - 37	Hoog	30,5%
<input type="checkbox"/>	38 - 68	Zeer hoog	42,9%

NB. De minimale score die een cliënt kan behalen op deze statische risicofactoren is 0 punten en de maximale score is 68.

Client heeft een totaalscore op de statische risicofactoren (S1 – S6) van:			Totaalscore:
Score van cliënt valt in categorie	Categorie	Basis recidiverisico	Van de groep die in de recidiverisico - categorie viel, recidiveerde ...% binnen 2 jaar na de taxatie
<input type="checkbox"/>	0 - 3	Zeer laag	3,4%
<input type="checkbox"/>	4 - 5	Laag	9,1%
<input type="checkbox"/>	6 - 8	Matig	15,1%
<input type="checkbox"/>	9 - 12	Hoog	24,3%
<input type="checkbox"/>	13 - 24	Zeer hoog	33,5%

NB. De minimale score die een cliënt kan behalen op deze statische risicofactoren is 0 punten en de maximale score is 24.

Client heeft een totaalscore op de dynamische risicofactoren (D1 – D11) van:			Totaalscore:
Score van cliënt valt in categorie	Categorie	Basis recidiverisico	Van de groep die in de recidiverisico - categorie viel, recidiveerde ...% binnen 2 jaar na de taxatie
<input type="checkbox"/>	0 - 9	Zeer laag	6,7%
<input type="checkbox"/>	10 - 15	Laag	13,4%
<input type="checkbox"/>	16 - 23	Matig	24,3%
<input type="checkbox"/>	24 - 44	Hoog	36,2%

NB. De minimale score die een cliënt kan behalen op deze statische risicofactoren is 0 punten en de maximale score is 44. Op basis van de dynamische risicofactoren werden enkel vier significant verschillende groepen onderscheiden.

De scores op de items van de taxatie informeren de gebruikers over welke risicofactoren en eventueel beschermende factoren van belang zijn om het recidiverisico te verminderen. In het kader van *Routine Outcome Monitoring* zijn de dynamische risicofactoren van de FARE geschikt om de behandelvoortgang (progressie, stagnatie, achteruitgang) van cliënten in forensische poliklinische behandeling periodiek te meten. De ROM-resultaten kunnen als feedback worden ingebracht tijdens de therapeutische gesprekken.

Met de FARE kan een gestructureerd klinisch oordeel worden gegeven. Dit oordeel kan afwijkend zijn van de actuariële inschatting mits dat goed onderbouwd is. De auteurs adviseren (de hoogte van) de scores op de dynamische risicofactoren in te brengen in een multidisciplinair overleg of intervisie en een uitgebreide onderbouwing te geven waarom de gestructureerde klinische inschatting afwijkt van de actuariële inschatting van het recidiverisico. Deze dynamische factoren kunnen vervolgens vertaald worden naar behandeldoelen. Door cyclisch de voortgang van de cliënt op de betreffende dynamische risicofactoren te monitoren kunnen veranderingen daarin gevolgd worden, en kunnen de resultaten aanleiding geven tot aanpassingen in het behandelplan.

Referenties

- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7 - 27.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention?. *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A Meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 88 – 100.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological inquiry*, 7(1), 1-15.
- Berg, M. T., & Huebner, B. M. (2011). Reentry and the ties that bind: An examination of social ties, employment, and recidivism. *Justice quarterly*, 28(2), 382-410.
- Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2007). Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation. (User report 2007-06), Ottawa, Ontario: Public Safety Canada 2007. Verkregen op 9 september 2008 via http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/Risk_Need_2007-06_e.pdf
- Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6th Edition ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., LexisNexis Group.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 891-900.
- Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., & Ullrich, S. (2015). Identifying causal risk factors for violence among discharged patients. *PloS one*, 10(11), e0142493.
- Çorapçioğlu, A., & Erdoğan, S. (2004). A cross-sectional study on expression of anger and factors associated with criminal recidivism in prisoners with prior offences. *Forensic science international*, 140(2), 167-174.
- Eisenberg, M. J., Hutten, J.C., Veeken, F. C. A., van der Bouman, Y. H. A., Bogaerts, S. & Horn, J.E., van, (2020). Validatie FARE. Een multi-center studie naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, convergente validiteit, veranderbaarheid en de predictieve validiteit van de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). *Kwaliteit Forensische Zorg*.
- Glaser, D. (1964). *Effectiveness of a probation and parole system*, Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Gottfredson M., & Hirschi T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Granovetter, M. (1974). *Getting a job: A study of contacts and careers*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hirschi, T. (1969) *Causes of Delinquency*, Berkeley: University of California Press.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*. 100 (4), 674-701.
- Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/inhoud/wet-maakt-verschil-harddrugs-en-softdrugs>.
- Sampson, R.J., & Laub, J. H. (1990). Crime and deviance over the life course: the salience of adult social bonds. *American Sociological Review*, 55, 609-627.
- Sampson, R.J., & Laub, J. H. (2005). A life-course view of the development of crime. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Sciences*, 602, 12-45.
- Veeken, F. C., van der Lucieer, J., & Bogaerts, S. (2016). Routine outcome monitoring and clinical decision-making in forensic psychiatry based on the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *PloS one*, 11(8), e0160787.
- Van Horn, J.E., Bogaerts, S., Eisenberg, M.J., Van der Put, C.E., Dekker, J.M., Van den Hanenberg, F.J.A.C., & Bouman, Y.H.A. (2016). Kernset K-factoren voor het ambulante forensische veld. Een multi-method onderzoek naar risico- en beschermende factoren in relatie tot algemene recidive, geweldsrecidive en seksuele recidive. *Kwaliteit Forensische Zorg*.
- Walters, G. D. (2015). Recidivism and the “Worst of Both Worlds” Hypothesis Do Substance Misuse and Crime Interact or Accumulate?. *Criminal justice and behavior*, 42 (4), 435-451, DOI: 10.1177/0093854814551018.
- Ward, T. & Steward, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.

Bijlage A

Codeerblad en Stappenplan

Forensisch Ambulante Risico Evaluatie – FARE versie 2

Naam cliënt :
Cliëntnummer :
Naam beoordelaar :
Datum risicotaxatie :
Type meting : start meting tussenmeting eindmeting

Statische risicofactoren (vanaf kindertijd tot huidige taxatie)					
S1. Leeftijd eerste politiecontact	0	1	2	3	4
S2. Aantal eerdere en huidige veroordelingen	0	1	2	3	4
S3. Diversiteit (dreigend) delictgedrag	0	1	2	3	4
S4. Regelovertredend gedrag in het verleden	0	1	2	3	4
S5. Instabiliteit opleiding/werk in het verleden	0	1	2	3	4
S6. Problematisch middelengebruik in het verleden	0	1	2	3	4

Dynamische risicofactoren (afgelopen 6 maanden)

D1. Disfunctioneren opleiding/werk	0	1	2	3	4
D2. Financieel wanbeleid	0	1	2	3	4
D3. Delinquent sociaal netwerk	0	1	2	3	4
D4. Beperkte vrijetijdsbesteding	0	1	2	3	4
D5. Problematische (ex-) partnerrelatie	0	1	2	3	4
D6. Instabiliteit woonsituatie	0	1	2	3	4
D7. Problematisch middelengebruik	0	1	2	3	4
D8. Gebrekkige impulsbeheersing	0	1	2	3	4
D9. Disfunctionele oplossingsvaardigheden	0	1	2	3	4



D10. Antisociale houding	0	1	2	3	4
D11. Regelovertrekend gedrag	0	1	2	3	4



Inschatting recidiverisico voor algemene recidive

Na het scoren van de items wordt het actuariële recidiverisico bepaald volgens onderstaande richtlijnen. Het actuariële recidiverisico kan in deze versie 2 op drie manieren worden bepaald: Statische actuariële inschatting (6 statische items), Dynamische actuariële inschatting (11 dynamische items) en Totale actuariële inschatting (over alle items heen),

Actuariële Inschatting van het recidiverisico

Voor elke afzonderlijke manier (statisch, dynamisch, totaal) van inschatten worden de scores van de betreffende items opgeteld. Deze totaalscore correspondeert met een risicoclassificatie. Deze risicoclassificatie levert een zogenaamde basis recidiverisico op.

Statische actuariële inschatting (6 statische items)			
	Totaalscore	% gerecidiveerd*	Recidive risico
<input type="checkbox"/>	0-3	3,4	Zeer laag
<input type="checkbox"/>	4-5	9,1	Laag
<input type="checkbox"/>	6-8	15,15	Matig
<input type="checkbox"/>	9-12	24,	Hoog
<input type="checkbox"/>	13-25	33,5%	Zeer hoog

Dynamische actuariële inschatting (11 dynamische items)			
	Totaalscore	% gerecidiveerd*	Recidive risico
<input type="checkbox"/>	0-9	6,7	Zeer laag
<input type="checkbox"/>	10-15	13,4	Laag
<input type="checkbox"/>	16-23	24,3	Matig
<input type="checkbox"/>	24-44	36,2	Hoog

Totale actuariële inschatting (alle 17 items)			
	Totaalscore	% gerecidiveerd*	Recidive risico
<input type="checkbox"/>	0-14	5,6	Zeer laag
<input type="checkbox"/>	15-20	11,5	Laag
<input type="checkbox"/>	21-32	20,0	Matig
<input type="checkbox"/>	33-37	30,5	Hoog
<input type="checkbox"/>	38-68	42,9	Zeer hoog

* Van de groep die in de recidiverisico - categorie viel, recidiveerde ...%.

Gestructureerd Klinisch Oordeel van het recidiverisico

Om tot een inschatting van het recidiverisico te komen op basis van een gestructureerd klinisch oordeel is het onderstaande 4-stappenplan ontwikkeld. Met dit oordeel kan de beoordelaar onderbouwd afwijken van het basis recidiverisico.

Stap 1			
Benoem hieronder alle dynamische risicofactoren met score 3 of 4 score en geef aan of het een criminogene factor betreft. Deze scores wegen zwaarder in het gestructureerd klinisch eindoordeel. Kijk eventueel ook naar de 2-scores indien onderbouwd kan worden dat ze de belangrijkste criminogene factoren in negatieve zin beïnvloeden.			
FARE-item	Score 3	Score 4	Criminogene factor?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslaan de problemen meerdere levensgebieden? Wat is de reikwijdte van het probleemgedrag? In welke mate is de problematiek structureel aanwezig in iemands leven? Is er sprake van een patroon? Hoe hebben de problemen in het verleden effect gehad op het delictgedrag? En hoe grijpen ze nu in op het delictgedrag? Licht toe.			
Stap 2			
Benoem hieronder alle dynamische risicofactoren met score 0 en geef aan of het een potentiële beschermende factor betreft			
FARE-item	Potentieel beschermend?		
	Nee	Ja	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hebben de potentiële beschermende factoren geleid tot vermindering van het delictgedrag in aard, ernst en/of frequentie? Licht toe.			
Stap 3			
Zijn er nog aanvullende risico- en potentiële beschermende factoren die niet in de FARE opgenomen zijn? Licht dit toe en beschrijf hoe deze gerelateerd zijn aan het delictgedrag.			
Aanvullende risicofactoren			

Aanvullende potentieel beschermende factoren (Welke andere potentieel beschermende factoren speelden een centrale rol in perioden dat delictgedrag afwezig was)?

Stap 4

Het gestructureerd klinisch oordeel. Is er aanleiding om af te wijken van het basis recidiverisico? Valt deze lager of hoger uit?

Gestructureerd klinisch oordeel Recidiverisico

- Zeer laag
- Laag
- Matig
- Hoog
- Zeer hoog

Onderbouw waarom het gestructureerd klinisch oordeel gelijk is gebleven dan wel is veranderd t.a.v. het basis recidiverisico.

Bijlage B Overzicht wijzigingen FARE V2

Item	Wijziging
S1. Leeftijd eerste politiecontact	Specificatie dat waarschuwingen en aanhoudingen niet meegeteld worden in dit item. Het gaat dus om de leeftijd waarop de eerste arrestatie, in verzekeringstelling of voorlopige hechtenis van cliënt plaatsvond.
S2. Aantal eerdere en huidige veroordelingen	Specificaties dat veroordelingen pas geteld worden als zij onherroepelijk zijn en dat het enkel om strafrechtelijke veroordelingen gaat, niet om kantonzaken of civielrechtelijke zaken.
S3. Diversiteit dreigend delictgedrag	De definitie van 'dreigend delictgedrag' is aangescherpt.
S4. Regelovertredend gedrag verleden	Alleen frequentie wordt meegenomen en ernst is buiten beschouwing gelaten. Omdat het maken van een indeling op basis van zowel ernst als frequentie van regelovertredend gedrag niet inhoudelijk te onderbouwen is. Is eenmalig een ernstige recidive tijdens de proeftijd erger dan meerdere behandelaafspraken niet nakomen? Omdat hier geen rangorde in te maken is, is ervoor gekozen om alleen naar de frequentie te kijken. In hoeverre is er sprake van een patroon van regelovertredend gedrag?
S5. en D1. Instabiliteit opleiding/werk (in het verleden)	Er is voor gekozen om de scheiding tussen opleiding en werk te verwijderen. In principe zijn dit twee gebieden die dezelfde vaardigheden vereisen (bijv. omgang met autoriteit) en waar ook dezelfde soort problemen zich kunnen voordoen. Bijvoorbeeld: spijbelen en werkverzuim is allebei ongeoorloofde afwezigheid, alleen in een andere setting. De levensfase bepaalt waar cliënt op dat moment mee bezig is. Je beoordeelt dus het functioneren op beide gebieden.
S6. Problematisch middelengebruik in het verleden	Het statische item bleek onvoldoende onderscheidend van het dynamische item 'D7. Problematisch middelengebruik' omdat er te veel overlap was: tel het aantal DSM-5 criteria over de gehele voorgeschiedenis tot nu óf in het afgelopen half jaar. Het dynamische item blijft gelijk maar bij het statische item wordt in versie 2 alleen gescoord in hoeverre de cliënt in een bepaalde periode van zijn/haar leven aan de vier hoofdcriteria van de DSM-5 voldeed. Als een cliënt voldoet aan criterium 3 (risicogebruik) dan voldoet hij/zij volgens de DSM-5 automatisch ook aan criterium 1 en 2 (beperkte controle en sociale beperkingen). Daarnaast stond bij score 2 en 3 de toevoeging 'of gebruik is in langdurige/vroege remissie'. Dit is in versie 2 weggehaald. Het gaat er bij S6 om of cliënt ooit een periode heeft gehad waarin hij/zij voldeed aan een of meerdere van de beschreven criteria. Hoe lang geleden dat heeft plaatsgevonden neem je niet mee bij de scoring. Je scoort dus de hele voorgeschiedenis van cliënt.
D2. Financieel wanbeleid	Bij score 1 is het volgende toegevoegd: 'de financiën van cliënt werden beheerd door een curator / bewindvoerder / mentor en heeft in de afgelopen 6 maanden daarbij goed gefunctioneerd'. Dit klinkt wellicht tegenstrijdig, omdat het feit dat cliënt onder curatele/bewindvoering/mentorschap staat, betekent dat er sprake is geweest van financieel wanbeleid. Echter, het is een dynamisch item en dus wordt het functioneren in de afgelopen 6 maanden gescoord. Als cliënt dus onder deze financiële begeleiding goed functioneerde in de afgelopen 6 maanden, wordt een score 1 gegeven.
D3. Delinquent sociaal netwerk	De focus lag bij versie 1 op de verhouding tussen prosociale en criminele netwerkleden. In versie 2 wordt alleen nog gekeken naar de criminele netwerkleden en in hoeverre zij cliënt beïnvloeden. Of een cliënt dus 3 vrienden heeft die alle drie crimineel zijn, of dat cliënt 10 vrienden heeft waarvan er 3 crimineel zijn: dat maakt niet uit. Het gaat erom in hoeverre zij cliënt negatief beïnvloeden. Dit betekent ook dat cliënten die sociaal geïsoleerd zijn score 0 krijgen (want: als je geen netwerkleden hebt, heb je

	<p>automatisch ook geen criminele netwerkleden). Score 0 impliceert dat dit gebied potentieel beschermend is, maar dat is dan dus niet het geval. Sociaal geïsoleerd zijn is geen beschermende factor, maar het is ook geen risicofactor. Om deze reden is score 0 hier op z'n plaats.</p>
D4. Beperkte vrijetijdsbesteding	<p>In versie 1 werd naast de diversiteit, de aard (passief of actief) van de activiteiten en of het met anderen was meegenomen. In versie 2 is zowel de aard als het al dan niet samen met anderen de activiteiten doen, buiten beschouwing gelaten. De nadruk ligt nu op: besteedt cliënt zijn/haar vrije tijd aan prosociale activiteiten of aan criminele, antisociale activiteiten? Of iemand tv kijkt of naar voetbaltraining gaat is allebei niet-crimineel.</p>
D6. Instabiliteit woonsituatie	<p>Bij de eerste indicator 'instabiliteit verblijfadres' werd een aantal voorbeelden genoemd van instabiel verblijfadres (bijv. onderhuur of een kraakpand). Dit was echter vooral gericht op de toekomst: kan cliënt hier voorlopig blijven wonen, of dreigt hij/zij te moeten verhuizen? Omdat dynamische items kijken naar de afgelopen 6 maanden tot nu, is ervoor gekozen om in versie 2 alleen nog te focussen op het aantal verhuizingen in de afgelopen 6 maanden. Je kijkt dus niet vooruit, maar terug.</p>
D7. Problematisch middelengebruik	<p>Bij score 2 en 3 stond de toevoeging 'of gebruik is in langdurige remissie' in versie 2 weggehaald. Het dynamische item gaat om de afgelopen 6 maanden. Voor de scoring van dit item kijk je dus naar de aanwezigheid van de 11 criteria in de afgelopen 6 maanden. Als de cliënt in de afgelopen 6 maanden in remissie was, zal hij/zij laag scoren op het dynamische item en hoog op het statische item S6.</p>
D8. Gebrekkige impulsbeheersing	<p>De indicator 'impulsieve keuzes' is verwijderd omdat het onderscheid tussen keuzes en gedrag vaak gering is, is er in versie 2 voor gekozen om de voorbeelden van impulsieve keuzes samen te voegen met de indicator 'onbeheerst gedrag'.</p>
D9. Disfunctionele oplossingsvaardigheden	<p>Bij dit item zijn de antwoordcategorieën aangepast. Het aantal levensgebieden wordt geteld waar de disfunctionele oplossingsvaardigheden voor problemen zorgen. Hier is voor gekozen om de ernst/reikwijdte van de problematiek in kaart te kunnen brengen. Op hoe meer levensgebieden de disfunctionele oplossingsvaardigheden voor verstoring zorgen, hoe instabieler je leven is.</p>
D10. Antisociale houding	<p>De scoringsinstructies zijn verduidelijkt door de zin 'Client liet in de afgelopen 6 maanden geen/af en toe/regelmatig/... antisociale houding zien' toe te voegen. Daarna worden de manieren waarop zich dit uit beschreven.</p>
D11. Regelovertredend gedrag	<p>De inhoudelijke wijzigingen bij dit item zijn hetzelfde als bij item S4. Daarnaast zijn de scoringsrichtlijnen gewijzigd. In versie 1 lag de nadruk bij de scoringsrichtlijnen te veel op behandelbereidheid en de houding van cliënt in de behandeling. Bij dit item moet echter ook regelovertredend gedrag op andere gebieden meegenomen worden (in begeleidingstrajecten, voorwaarden en (strafrechtelijke) bepalingen). In versie 2 worden deze gebieden ook benoemd in de scoringsrichtlijnen omschreven.</p>