



HANDLEIDING

Forensisch Ambulante Risico Evaluatie - FARE

Volwassen cliënten vanaf 18 jaar, versie 1.0

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: 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.



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM





Deze publicatie is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen 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.



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 kan worden gemeten (Routine Outcome Monitoring). Naar aanleiding hiervan publiceerde Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) een drietal 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 et al., 2016) is in juni 2016 aangeboden aan de programmacommissie van KFZ.
- Huidige 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 geeft 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 (in lijn met de doelstelling waarvoor de 14 K-factoren in het klinische veld worden afgenomen)? Het beoogde resultaat van de call is een handleiding waarin het ontwikkelproces van kernset staat beschreven en waarin tevens 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 het 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 gids die formeel heet 'Kernset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie'. Ten tweede verdient het instrument een korte achtige 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:

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

Het onderzoek

Het multi-methode onderzoek 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 kwalitatief onderzoek bestond uit het doen 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).

Tenslotte hebben experts en behandelaren zich over het concept van de lijst gebogen en voorzien van suggesties en andere aanpassingen. Deze handleiding en de scoringslijst zijn de weerslag van de (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 behandeld in de ambulante forensische ggz (Tabel 1). 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.

Tabel 1. Overzicht van de Statische en Dynamische Risicofactoren in 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

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




Vanuit de 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 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 tevens verklaard worden vanuit, onder meer, de sociale bindingstheorie van Hirschi (1969), de sociale controle theorie van Sampson en Laub (1990, 2005) en de zelfcontrole theorie 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 dynamische risicofactoren kunnen, vanuit een levensloopbenadering, een modererend/mediërend effect hebben op delictgedrag. Deze dynamische risicofactoren kunnen worden gezien als (latente) kenmerken die zich, in relatie tot biologische, genetische en sociale predisposities, in meer of mindere mate kunnen manifesteren in delictgedrag.

De risicofactoren D1, D3, D4, D5, D6 en D11 zijn kenmerken die aansluiten bij verschillende theoretische verklaringen. De Sociaal Kapitaal theorie beschrijft en verklaart hoe maatschappelijke hulpbronnen een bijdrage leveren aan sociale en persoonlijke relaties, en hoe het ontberen van dergelijke hulpbronnen kan leiden tot maatschappelijk ontregeling en ontsporing. Een problematische financiële situatie (D2) kan een logisch gevolg zijn van inadequate hulpbronnen, sociale vaardigheden en inzichten. 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 de kans op recidive doet toenemen. In hun studie citeren zij Granovetter (1974) die eerder stelt 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 benadrukt. 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 als aanvulling op het RNR model een verklaring geven waarom het ontbreken van noodzakelijke behoeften, zoals school, werk, vrije tijd, sociale relaties en geld de kans op recidive doet vergroten. Omgekeerd, deze bronnen bieden de cliënt de mogelijkheid om verschillende *“primary goods”* 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 eerder genoemde zelfcontrole theorie kunnen deze relaties verklaard worden. Deze deeltheorieën maken deel uit van de zelfregulatie theorie waarbij een gebrek aan zelfregulerend vermogen of ‘Self-Regulation Failure’ (Baumeister & Heatherton, 1996) de relatie legt met de forensische psychiatrie. In dit kader benadrukken Corapcioglu en Erdogan (2004) bijvoorbeeld dat schoolproblemen, werkproblemen (D1), problematisch middelengebruik (D7), frequent regelovertredend gedrag tegenover ordehandhavers



en in het algemeen (D11) en het plegen van (gewelddadig) delicten, sterke voorspellers zijn van toekomstig algemene en gewelddadig recidive. Corapcioglu en Erdogan (2004) stellen ook persoonskenmerken en in het bijzonder persoonlijkheidsstoornissen en een antisociale houding (D10) verantwoordelijk voor een verhoogde kans op recidive. Psychiatrische problemen hangen volgens deze auteurs ook samen met de eerder beschreven risicofactoren D1, D3, D5, D6, D7 en D11 en kunnen een negatieve versterkende invloed hebben op elkaar. Ook Chang, Larsson, Lichtenstein en Fazel (2015) onderzochten de impact van psychiatrische stoornissen op algemene en gewelddadige recidive middels 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 mindere mate voor mannen, sterk geassocieerd met gewelddadige recidive. Zoals eerder reeds aangehaald was de kans op recidive groter wanneer problematisch middelenmisbruik en andere psychiatrische stoornissen in het algemeen samen voorkwamen. Ten slotte blijkt uit onderzoek dat een gebrek aan adequate probleemoplossende vaardigheden (Disfunctionele oplossingsvaardigheden: D9) en aan adequate coping strategieën positief samenhangen 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.


We kunnen hierbij concluderen dat de vermelde studies voldoende aantonen dat de geselecteerde 17 items voldoende theoretische onderbouw zijn om verantwoord te worden opgenomen in FARE. Een tweede belangrijk aspect is hoe deze 17 factoren kunnen worden ondergebracht in het Risk-Need-Responsivity (RNR) model voor effectieve behandeling (Andrews & Bonta, 2010).

Risk Need Responsivity, risicotaxatie en behandelvoortgang

Een belangrijk theoretisch model voor rehabilitatie en re-integratie van (ex-)gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten is het welbekende Risk Need Responsivity (RNR) model. Voor een uitgebreide bespreking van deze drie principes verwijzen we naar Andrews en Bonta (2010) en Andrews, Bonta en Wormith (2006). Het RNR model is het eerste model dat handvatten biedt voor risicotaxatie en het meten/monitoren van behandelvoortgang van (ex-)gedetineerden en (ambulante) forensische patiënten. Hoewel het model in de afgelopen jaren vooral is toegepast op 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 (Andrews & Bonta, 2010).

Risicotaxatie-instrumenten zijn nodig om inzicht te krijgen in de hoogte van het recidiverisico en de aard en ernst van specifieke risicofactoren (criminogene needs). Daarnaast worden ze – in combinatie met psychiatrische, psychologische en sociale anamneses - steeds vaker gebruikt om de behandeling te indiceren/structureren op grond van de ‘gemarkeerde, te behandelen risicofactoren¹ 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 Routine Outcome Monitoring (ROM). Het algemene idee achter de RNR principes is dat de behandelintensiteit afgestemd dient te worden op het risiconiveau voor recidive, welke op basis van de statische risicofactoren (tentatief) is vast te stellen. Verder dient de behandeling zich, vanuit de

¹ Of het continueren en/of versterken van beschermende factoren waarbij risico en bescherming op hetzelfde continuüm zijn geplaatst: de afwezigheid van een risicofactor betekent dat er een beschermende of bufferende werking van deze factor uitgaan in relatie tot recidive.



RNR principes, te richten op de dynamische risicofactoren die voor de betreffende casus van belang zijn: waar de cliënt hoog op scoort.

Responsiviteitsoverwegingen zijn niet opgenomen in de risico-evaluatie, omdat deze buiten de doelstelling van het project vielen. Laat onverlet dat in de keuze voor interventies en de vormgeving van de behandeling dergelijke overwegingen richtinggevend dienen te zijn.

Psychometrische eigenschappen van de risico-evaluatie en stappen binnen het evaluatieproces

Vragenlijsten en observatieschalen worden het beste beoordeeld volgens de richtlijnen van de COTAN (Commissie Testaangelegenheden Nederland). Het streven is om de FARE op termijn te onderzoeken op de volgende psychometrische eigenschappen: testconstructie, betrouwbaarheid, normeringen, begrips- en criteriumvaliditeit, kwaliteit van de handleiding en van het testmateriaal. Daarnaast is het van belang om de predictieve validiteit van de FARE te onderzoeken voor het voorspellen van algemene en gewelddadige recidive en om de sensitiviteit en specificiteit van de FARE in kaart te brengen voor het meten van gedragsverandering.

Om de FARE te onderzoeken op praktische bruikbaarheid stelt de projectgroep een evaluatiemodel voor waarin opeenvolgende stappen worden beschreven voor een procesevaluatie, planevaluatie en het outcome-onderzoek. In het onderzoek van Van Horn en collega's (2016) is reeds een belangrijke onderbouwing gegeven en verantwoording van de afzonderlijke items in relatie tot recidive (planevaluatie). In de tweede fase dienen de gebruikers en de cliënten te worden gevraagd op de bruikbaarheid van het instrument (procesevaluatie²). Tenslotte wordt gekeken naar de effectiviteit en efficiëntie van het instrument in het meten van recidive en behandelvoortgang (outcome-onderzoek).

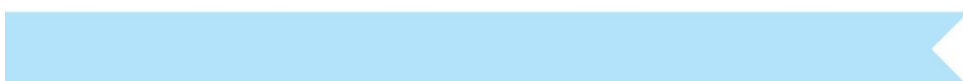
Actuariële risicoclassificatie, behandelindicatie en monitoring

De FARE is een risicotaxatie-instrument waarmee op basis van de uitkomsten een actuariële inschatting gemaakt kan worden van het recidiverisico, met de mogelijkheid om op basis van een gefundeerd klinisch oordeel tot een andere beoordeling van het recidiverisico te komen (klinische aanpassing). De uitkomsten informeren de taxateur en behandelaars 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, stagnaties, achteruitgang) van patiënten in forensische poliklinische behandeling, periodiek te meten. De ROM-resultaten kunnen als feedback worden ingebracht tijdens de therapeutische gesprekken.

Ter ondersteuning van de taxateur is alleen voor de statische risicofactoren een CHAID analyse uitgevoerd bij een grote groep Waag cliënten (n = 5.145) (Van Horn et al., 2016). Dit biedt de mogelijkheid om tentatief het risiconiveau vast te stellen. Het biedt echter niet de mogelijkheid de belangrijkste dynamische factoren te identificeren waar de behandeling zich op zou moeten richten. Wat de dynamische risicofactoren betreft, adviseren de auteurs (de hoogte van) de scores op de dynamische risicofactoren mee te wegen in het formuleren van het klinisch eindoordeel, en deze in te brengen in een multidisciplinair overleg of intervisie. Deze dynamische factoren kunnen vervolgens vertaald worden naar behandeldoelen. Door cyclisch de voortgang van de cliënt op de betreffende

² Voor meer informatie over de evaluatieketen verwijzen we naar:
<https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/handleiding-evaluatie-effectiviteit-van-sancties.aspx>

dynamische risicofactoren te monitoren kunnen veranderingen daar in gevolgd worden, en kunnen de resultaten daarvan aanleiding geven tot aanpassingen in het behandelplan.



Praktische toelichting op de FARE

Opbouw instrument

De FARE bestaat zoals eerder vermeld uit zes statische en elf dynamische risicofactoren. In tabel 2 staan de risicofactoren nogmaals 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 minder beïnvloedbaar zijn door 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 interventie te beïnvloeden. Veranderingen in de dynamische risicofactoren hangen samen met veranderingen in het recidiverisico.

Tabel 2. De FARE

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

Algemene scoringsrichtlijnen

<i>Doelgroep</i>	Dit risico-evaluatie instrument van statische en dynamische risicofactoren is ontwikkeld voor volwassen cliënten/patiënten van 18 jaar en ouder die vanwege (dreigend) delictgedrag in een forensische polikliniek worden behandeld. Voor het lezersgemak wordt in het vervolg de term cliënten gebruikt.
<i>Doel van de FARE</i>	De FARE wordt gebruikt om actuarieel en klinisch het recidiverisico voor terugval in delictgedrag (algemene recidive) vast te stellen en op basis van de dynamische risicofactoren de behandelvoortgang te monitoren.
<i>Gebruikers</i>	De FARE wordt gebruikt door behandelaars met minimaal enige basiskennis van en ervaring in het verrichten van risicotaxatie. Behandelaars zonder deze ervaring dienen getraind te worden in het gebruik van de FARE of een van de in Nederland gebruikte risicotaxatie-instrumenten.
<i>Informatiebronnen</i>	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 cliënt en andere relevante betrokkenen.
<i>Periode waarop de scoring betrekking heeft</i>	De statische risicofactoren worden gescoord vanaf de kindertijd tot de huidige taxatie en de dynamische risicofactoren voor de afgelopen zes maanden. Dit is een praktische keuze die als gevolg heeft dat er een overlap van zes maanden zit tussen de risicofactoren die zowel statisch als dynamisch worden gescoord, bijvoorbeeld regelovertredend gedrag en middelengebruik. Vervolgonderzoek moet uitwijzen wat het effect hiervan is op de uitkomsten.
<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 helemaal passen op de specifieke problematiek van de cliënt. Scoor in die gevallen naar de intentie van de indicatoren en voorbeelden die gegeven zijn.
<i>Antwoordcategorieën</i>	Alle items worden gescoord op een 5-puntsschaal (0-4) die opbouwt van potentiële bescherming (afwezigheid van risico) naar ernstigere grensoverschrijdende gedragingen/houding of situaties. De score nul weerspiegelt een potentiële beschermende werking van het betreffende item. In het onderzoek van Van Horn e.a. (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

	<p>risicotaxatie-instrumenten zoals de START, VRAG en HKT-R, bij elk item de bescherming en het risico op hetzelfde continuüm te plaatsen.</p>
<i>Recidiverisico</i>	<p>Het recidiverisico wordt ingeschat op een vijf-puntsschaal van 0 ‘zeer laag recidiverisico’, 1 ‘laag recidiverisico’, 2 ‘matig recidiverisico’, 3 ‘hoog recidiverisico’, 4 ‘zeer hoog recidiverisico’</p>
<i>Afname FARE en ontbrekende informatie</i>	<p>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 lang niet alle informatie beschikbaar, maar wordt deze pas meer beschikbaar tijdens de behandeling. 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.</p> <p>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.</p>
<i>Meetfrequentie</i>	<p>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 vrijwillige kader kan gedurende de behandeling omgezet worden naar een strafrechtelijk kader en omgekeerd. Dit vraagt om een flexibiliteit in de meetfrequentie omdat de verandering van het ene naar het andere kader niet voor elke cliënt op hetzelfde moment valt en de kaders niet allemaal even lang hoeven te duren. Tijdens de behandeling dient bij voorkeur minimaal elke zes maanden een herhaalmeting plaats te vinden.</p>
<i>Verslaglegging</i>	<p>De resultaten van de risicotaxatie worden volgens de gangbare richtlijnen van de instelling vastgelegd, in behandelplanbesprekingen of interviews ingebracht en besproken met de cliënt. Voor de aanlevering van de risicotaxatiescores voor de benchmark worden de richtlijnen gevolgd van de instantie (bijvoorbeeld Stichting Benchmark GGZ – SBG) die daarvoor zorg draagt.</p>
<i>Betrouwbaarheid van de taxatie</i>	<p>Om de betrouwbaarheid van de risicotaxatie met de FARE te vergroten is het essentieel om de scoringsrichtlijnen in deze handleiding zo nauwkeurig mogelijk te lezen en te volgen. Bovendien is het van belang om de scoring niet enkel te baseren op dossierinformatie, maar ook op informatie uit gesprekken met cliënt en/of derden.</p>



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 waarschuwing, aanhouding, arrestatie, in verzekeringstelling of voorlopige hechtenis. Het gaat er bij dit item dus niet om of het politiecontact heeft geleid tot een veroordeling. De veroordelingen worden gescoord bij item S2 'Aantal eerdere en huidige veroordelingen'.

Over het algemeen geldt: hoe jonger iemand was, des te sterker de relatie is met recidive (Beckley e.a. 2016; Jennissen, 2009; zie ook de beschrijving van de *age-crime curve* van Moffitt in de inleiding). De leeftijdsgrenzen zijn gebaseerd op het onderzoek van Van Horn et al, 2016).

Score een '0' als cliënt nooit eerder met politie in aanraking is geweest.

-
- | | |
|---|-------------|
| 0 | > 25 jaar. |
| 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 veroordelingen tot en met de huidige taxatie, dus inclusief een eventuele veroordeling voor het indexdelict.

Indien meerdere zaken met verschillende pleegdata in één veroordeling opgenomen zijn, wordt enkel één veroordeling geteld.

Indien het precieze aantal veroordelingen onbekend is door 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.

De categorieën zijn gebaseerd op het onderzoek van Van Horn et al, 2016).

-
- | | |
|---|----------------------------------|
| 0 | Geen eerdere veroordelingen. |
| 1 | 1 veroordeling (first offender). |
| 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' wordt bedoeld dat er nog geen strafbare feiten zijn gepleegd, maar dat cliënt en/of diens omgeving zich zorgen maken dat strafbare feiten worden gepleegd indien er geen behandeling plaatsvindt. Bijvoorbeeld cliënt heeft regelmatig agressieve gevoelens en heeft de neiging om een ander fysiek pijn te doen. Behandeling wordt opgestart om feitelijk delictgedrag te voorkomen.

Onderzoek wijst uit dat hoe meer verschillende typen delicten iemand heeft gepleegd, des te hoger het recidiverisico is en des te sneller iemand terugvalt in delictgedrag (Yonai, Levine, & Glicksohn, 2013). De volgende categorieën van delictgedragingen worden onderscheiden:

- Seksueel delictgedrag: hands-on (waaronder aanranding en verkrachting) en hands-off, (waaronder het kijken naar kinderpornografie, exhibitionisme en frotteurisme 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;
- Huiselijk geweld: geweld tegen familieleden en/of gezinsleden;
- Vermogensdelictgedrag (met of zonder geweld), zoals diefstal, illegale handel 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, joyriding of rijden zonder rijbewijs.

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

- 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) 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.
- 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 detentie, rijden na ontzegging rijbevoegdheid.

-
- 0 Cliënt is niet eerder in forensische zorg geweest en/of er was in het verleden geen aanleiding tot behandeling in forensische zorg en begeleiding of reclasseringscontacten.
 - 1 Cliënt heeft eerder forensische zorg, begeleiding of reclasseringscontacten gehad. Cliënt kwam afspraken doorgaans na, hield zich aan behandelafspraken en stelde zich coöperatief op.
 - 2 Cliënt is eerder in forensische behandeling geweest en/of heeft eerder begeleidingstrajecten of reclasseringscontacten gehad. Cliënt hield zich niet altijd aan regels en afspraken en/of schond een enkele strafrechtelijke bepalingen.
 - 3 Cliënt is eerder in forensische behandeling geweest, verscheen regelmatig niet op de behandelafspraken en/of schond regelmatig reclasseringsvoorwaarden en/of overtrad andere strafrechtelijke bepalingen.
 - 4 Cliënt is eerder in forensische behandeling geweest en liet gedurende de behandeling stelselmatig regelovertredend gedrag zien. Cliënt schond stelselmatig reclasseringsvoorwaarden en/of overtrad andere strafrechtelijke bepalingen.
-

S5 Instabiliteit opleiding/werk in het verleden

Indicatoren

Het item S5 'Instabiliteit opleiding/werk in het verleden' omvat het gedragsmatig functioneren tot aan de huidige taxatie op het gebied van opleiding en/of werk. Onder gedragsmatig functioneren wordt onder andere verstaan:

- Instabiliteit opleiding: gedrag als pesten, spijbelen, vechten, vernielen van schooleigendommen, conflicten met medeleerlingen en/of docenten, vaak de klas uit worden gestuurd, voortijdig de school verlaten of stoppen met stage, vaak te laat komen, geen school- of stage-opdrachten maken, vaak wisselen van school of vervolgoopleidingen. Schoolprestaties en het al dan niet behalen van een diploma worden in dit item niet meegewogen. Het gaat er niet om in hoeverre de opleiding passend is bij het leervermogen van de cliënt.
- Instabiliteit werk: conflictueus contact met collega's, klanten en/of leidinggevende, ontslag wegens disfunctioneren, werkweigering, vaak te laat of niet op het werk verschijnen, het niet kunnen vasthouden van werk, langdurige en/of veelvuldige werkloosheid, passief in het solliciteren.

-
- 0 Stabiël verleden wat betreft opleiding en werk. Er zijn geen noemenswaardige problemen (geweest) in het contact met klasgenoten, leraren, collega's en leidinggevenden. Geen spijbelgedrag noch van school gestuurd. Cliënt heeft opleiding afgerond en/of ten minste eenmaal langer dan twee jaar bij dezelfde werkgever gewerkt.
 - 1 Cliënt heeft over het algemeen een stabiel opleidings- en werkverleden. Op één van beide gebieden (opleiding of werk) kunnen minder ernstige ongeregelheden hebben plaatsgevonden, zoals spijbelen.
 - 2 Cliënt heeft op één van beide gebieden (opleiding of werk) een minder stabiel verleden zich uitend in bijvoorbeeld minder ernstige en/of minder frequent voorkomende gedragingen, zoals spijbelen, de klas uit worden gestuurd, ongeoorloofde ziekmeldingen, naar aanleiding van conflicten wisselen van of stoppen met opleiding of werk.
 - 3 Cliënt heeft op één van beide gebieden (opleiding of werk) een instabiël verleden zich uitend in onder andere gedragsproblemen op de opleiding en in het werk, conflicten met medeleerlingen, collega's en/of leidinggevende die echter niet hebben geresulteerd in schorsingen of ontslag. Of cliënt heeft op één gebied een ernstig instabiël verleden.
 - 4 Cliënt heeft op beide gebieden (opleiding en werk) een zeer instabiël verleden zich uitend in ernstig onregelend gedrag, zoals probleemgedrag, veelvuldig wisselen van werk en vervolgoopleiding als gevolg van conflicten, conflicten op het werk, werkweigering, stoppen met de opleiding. Het gedrag kan hebben geleid tot schorsing 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 cliënt tot aan de huidige taxatie heeft geleid tot problemen in het functioneren op diverse levensgebieden.

Onder middelen wordt verstaan: alcohol, softdrugs (bijvoorbeeld cannabis, pado's), harddrugs (bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC en GHB), oneigenlijk gebruik van medicatie (bijvoorbeeld ritalin, benzodiazepinen, slaapmiddelen, antipsychotica, kalmeringsmiddelen zoals valium en seresta). 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>). Een 'stoornis in het gebruik van middelen' kan ontstaan door gebruik van verschillende middelen zoals alcohol, cannabis, opiaten, stimulerende middelen.

Onderscheid wordt gemaakt tussen recreatief gebruik en de DSM 5 classificatie 'Stoornis in het gebruik van middelen'.

- Recreatief gebruik wordt gekenmerkt door: gebruik voor plezier/ontspanning, gebruik zonder dat het negatieve 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 gematigd 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 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 geen middelen gebruikt of was een recreatief gebruiker.
 - 1 Cliënt was overwegend recreatief gebruiker, maar het gebruik heeft geleid tot 1 van de DSM 5 criteria.
 - 2 Cliënt voldoet aan 2-3 van de 11 DSM 5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (beperkt gebruik). Of het gebruik is in langdurige remissie (>12 mnd.).
 - 3 Cliënt voldoet aan 4-5 van de 11 DSM 5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (matig gebruik). Of gebruik is in vroege remissie (3-12 mnd.).
 - 4 Cliënt voldoet aan 6 of meer van de 11 DSM 5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (ernstig gebruik).
-



Dynamische Risicofactoren

Scoring: afgelopen zes maanden



D1 Disfunctioneren opleiding/werk

Indicatoren

In item D1 'Disfunctioneren opleiding/werk' wordt geïnventariseerd in welke mate de cliënt in de afgelopen zes maanden heeft gedysfunctioneerd wat betreft dagbesteding zoals opleiding en/of (vrijwilligers)werk. Als voorbeeld (maar niet beperkt tot) kan worden genoemd:

- Disfunctioneren opleiding: gedrag als pesten, spijbelen, vechten, vernielen van schooleigendommen, conflicten met medeleerlingen en/of docenten, vaak de klas uit worden gestuurd, voortijdig de school verlaten of stoppen met stage, vaak te laat komen, geen school- of stage-opdrachten maken of deadlines niet halen. Schoolprestaties en het al dan niet behalen van een diploma wordt in dit item niet meegewogen. Het gaat er niet om in hoeverre de opleiding passend is bij het leervermogen van de cliënt.
- Disfunctioneren (vrijwilligers)werk: conflictueus contact met collega's, klanten en/of leidinggevende, ontslag, werkweigering, onder invloed van middelen op het werk verschijnen, vaak te laat of niet op het werk verschijnen, geen inzet tonen in het vinden van een nieuwe baan, deadlines niet halen. Indien cliënt een eigen bedrijf heeft, scoor functioneren in termen van contact met klanten en opdrachtgevers, tijdsindeling, administratieve taken, etc.

Scoor een '0' indien iemand de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt en niet meer werkt, arbeidsongeschikt is verklaard of een opleiding volgt.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Cliënt heeft goed gefunctioneerd op de opleiding en/of het (vrijwilligers)werk, was in staat om mee te gaan in de structuur en had goed contact met mede studenten en docenten of met collega's en leidinggevenden. |
| 1 | Cliënt heeft (vrijwilligers)werk of volgt een opleiding, de relatie met anderen is overwegend positief, het functioneren van cliënt is overwegend positief. Er hebben zich geen ernstige ongeregelheden voor gedaan. |
| 2 | Cliënt heeft geen werk of is niet bezig met een opleiding, maar is wel actief bezig geweest om werk te vinden of een opleiding te gaan doen. Of cliënt volgt een opleiding of heeft werk, maar er hebben zich zo nu en dan ongeregelheden voor gedaan. |
| 3 | Cliënt heeft geen werk en volgt geen opleiding en is niet actief op zoek geweest. Of cliënt heeft werk of volgt een opleiding, maar er was sprake van disfunctionerend gedrag in termen van conflicten met anderen, te laat komen, spijbelen, etc. |
| 4 | Cliënt is als gevolg van disfunctionerend gedrag werkloos en volgt geen opleiding. Cliënt is niet van plan (legaal) werk te zoeken of een opleiding te gaan doen. Of cliënt heeft slecht gefunctioneerd in werk en/of opleiding: er waren ernstige conflicten met anderen zodanig dat cliënt is geschorst of ontslagen of dreigde te worden geschorst of ontslagen. |
-

D2 Financieel wanbeleid

Indicatoren

Het item D2 'Financieel wanbeleid' inventariseert de mate waarin in de afgelopen zes maanden sprake is geweest van een financieel wanbeleid (structurele disbalans tussen uitgaven/schulden en inkomsten/spaargeld) door het gedrag van cliënt. 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.

-
- 0 Inkomsten en uitgaven waren goed in balans. Er zijn geen achterstanden opgelopen wat betreft het aflossen van schulden, zoals de hypotheek of het betalen van de huur.
 - 1 Uitgaven waren doorgaans afgestemd op de inkomsten. Indien er sprake was van achterstallige afbetalingen heeft cliënt een adequate en realistische afbetalingsregeling.
 - 2 Cliënt heeft soms meer geld uitgegeven dan er aan geld binnenkwam, maar dat heeft (nog) niet geleid tot financiële problemen. Of cliënt heeft schulden die via een afbetalingsregeling worden terugbetaald.
 - 3 Uitgaven overstegen regelmatig de inkomsten en/of cliënt heeft schulden waar geen afbetalingsregeling voor is getroffen.
 - 4 Er was sprake van een structureel financieel wanbeleid. Cliënt heeft forse (oplopende) schulden. Er is geen sprake van schuldsanering of andere afbetalingsregelingen. Er kan sprake zijn van faillissement door financieel wanbeleid. Cliënt is financieel afhankelijk van anderen en/of van de criminaliteit.
-

D3 Delinquent sociaal netwerk

Indicatoren

Bij item D3 'Delinquent sociaal netwerk' gaat het om de mate waarin de cliënt in de afgelopen zes maanden omgang heeft gehad met een sociaal netwerk van vrienden, kennissen en/of familieleden die criminele activiteiten ontplooiën, in aanraking zijn geweest met politie en/of justitie of antisociaal gedrag/houding vertonen. Cliënt vertoont delictgedrag met leden uit dit sociaal netwerk en/of wordt er negatief door beïnvloed.

Score '1' wordt gegeven als cliënt sociaal geïsoleerd is (geen netwerkleden heeft).

-
- 0 Cliënt heeft een steunend prosociaal netwerk.
 - 1 Cliënt heeft een (te) beperkt sociaal netwerk met enkele prosociale vrienden, kennissen en/of familieleden die geen criminele antecedenten hebben.
 - 2 Cliënt heeft een sociaal netwerk met enkele prosociale en enkele criminele vrienden, kennissen en/of familieleden. Cliënt gaat zo nu en dan om met deze delinquente netwerkleden die af en toe, minder ernstig, antisociaal gedrag vertonen. Cliënt wordt door deze netwerkleden niet of nauwelijks negatief beïnvloed. De belangrijkste groep waarmee de cliënt omgaat, is niet crimineel of antisociaal.
 - 3 Cliënt heeft criminele vrienden, kennissen en/of familieleden in het sociale netwerk die minder ernstige delicten plegen zoals vandalisme, graffiti spuiten. Cliënt werd af en toe in negatieve zin door dit delinquente sociale netwerk beïnvloed.
 - 4 Cliënt heeft vooral een crimineel sociaal netwerk, waarmee ernstige delicten, zoals straatroof en geweldsdelicten, werden gepleegd. Cliënt wordt door dit netwerk negatief beïnvloed.
-

D4 Beperkte vrijetijdsbesteding

Indicatoren

Item D4 'Beperkte vrijetijdsbesteding' betreft alle prosociale vrijetijdsactiviteiten die de cliënt in de afgelopen zes maanden heeft ondernomen. Met vrijetijdsactiviteiten worden actieve (waaronder sport, uitstapjes) en passieve (waaronder tv kijken, internetgebruik, gamen, vissen) activiteiten bedoeld. Onder prosociaal wordt verstaan of een persoon de actieve en passieve vrijetijdsbestedingen samen met anderen of in verenigingsverband onderneemt. De nadruk bij dit item ligt op het samen met anderen ondernemen van actieve en/of passieve activiteiten.

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 ontplooid (bijv. online cursussen volgen).

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Cliënt heeft vrije tijd besteed aan prosociale actieve en/of passieve activiteiten en ondernam deze vaak met anderen. |
| 1 | Cliënt heeft vrije tijd besteed aan prosociale actieve en/of passieve activiteiten en ondernam deze regelmatig met anderen. |
| 2 | Cliënt heeft vrije tijd besteed aan prosociale actieve en/of passieve activiteiten, maar deed dit vaak alleen. |
| 3 | Cliënt ondernam af en toe prosociale actieve en/of passieve activiteiten. Vaak deed cliënt dat alleen. |
| 4 | Cliënt ondernam niet of nauwelijks prosociale actieve of passieve vrijetijdsactiviteiten. |
-

D5 Problematische (ex-)partnerrelatie

Indicatoren

Item D5 'Problematische (ex-)partnerrelatie' verwijst naar de kwaliteit van de (ex-)partnerrelatie van de cliënt in de afgelopen zes maanden. De relatie met een ex-partner wordt in dit item meegewogen indien deze nog van invloed is op het functioneren van cliënt, bijvoorbeeld in emotionele en/of seksuele zin. De relatie wordt beoordeeld 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.

Scoor '0' indien cliënt geen partnerrelatie heeft of heeft gehad in de afgelopen zes maanden. Uit de meta-analyse en data-analyse (Van Horn, 2016) is het hebben van een partnerrelatie niet als beschermende factor naar voren gekomen.

-
- 0 De cliënt heeft een goede partnerrelatie. Cliënt en partner gaan respectvol met elkaar om, er is sprake van wederzijds vertrouwen. Cliënt en partner kunnen belangrijke zaken met elkaar bespreken en problemen doorgaans goed met elkaar oplossen.
 - 1 De cliënt heeft een redelijk goede partnerrelatie. Perioden van spanningen, gebrek aan ervaren steun en minder effectieve communicatie hebben elkaar afgewisseld met perioden dat het beter ging.
 - 2 De cliënt heeft een enigszins problematische partnerrelatie zich uitend in negatieve gevoelens (irritatie, weinig ervaren steun), communicatie en gedragingen (schreeuwen, dreigen).
 - 3 De cliënt heeft een problematische partnerrelatie zich uitend in negatieve gevoelens (weinig onderling respect, irritatie), communicatie (vaak ruzie over belangrijke zaken, ook in bijzijn van de kinderen) en gedrag (gooien van spullen en/of fysiek geweld).
 - 4 De cliënt heeft een zeer problematische partnerrelatie zich uitend in negatieve gevoelens (geen onderling respect, geen wederzijds vertrouwen), communicatie (bekritisieren, ruzie, betrekken van kinderen in ruzies) en gedrag (verbale en/of 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 leefomgeving van de cliënt in de afgelopen zes maanden.

- Instabiliteit verblijfadres: geen vast verblijfadres, verblijft in een tijdelijke (huur)woning (bijvoorbeeld in onderhuur of (anti-)kraakpand) of woont in een sociaal pension. Onder vast verblijfsadres wordt verstaan: een eigen huur- of koopwoning, of een vast verblijf bij familie, vrienden of kennissen.
- Instabiliteit leefomgeving: conflicten met buurtbewoners, achterstandsbuurt met overlast en criminaliteit. In de buurt wonen veel mensen met een lage sociaal economische status (SES). De buurt heeft slechte voorzieningen, bijvoorbeeld het ontbreken van een gezondheidscentrum, sportvoorzieningen en winkels.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Cliënt heeft een vast verblijfadres en woont in een buurt die bekend staat als veilig, zonder noemenswaardige overlast en criminaliteit. |
| 1 | Cliënt heeft een vast verblijfadres in een buurt waarin enige overlast wordt ervaren of criminaliteit is. OF cliënt heeft geen vast verblijfadres, maar de buurt staat niet bekend als achterstandsbuurt. |
| 2 | Cliënt heeft geen vast verblijfadres, slaapt wisselend bij vrienden, kennissen en/of familie. Of cliënt heeft vast verblijfadres in een buurt die in enige mate bekend staat als een achterstandswijk of cliënt heeft in enige mate conflicten met buurtbewoners. |
| 3 | Cliënt heeft geen vast verblijfadres, het betreft een achterstandsbuurt. Of cliënt heeft vast verblijfadres in een buurt die bekend staat als een achterstandswijk of cliënt heeft regelmatig conflicten met buurtbewoners. |
| 4 | Cliënt heeft geen vast verblijfadres, leidt een zwervend bestaan. De omgeving waar cliënt verblijft, staat bekend als een achterstandswijk met veel overlast en criminaliteit en/of cliënt heeft vaak conflicten met buurtbewoners. |
-

D7 Problematisch middelengebruik

Indicatoren

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

Onder middelen wordt verstaan: alcohol, softdrugs (bijvoorbeeld cannabis, paddo's), harddrugs (bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC en GHB), oneigenlijk gebruik van medicatie (bijvoorbeeld ritalin, benzodiazepinen, slaapmiddelen, antipsychotica, kalmeringsmiddelen zoals valium en seresta). 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>). Een 'stoornis in het gebruik van middelen' kan ontstaan door gebruik van verschillende middelen zoals alcohol, cannabis, opiaten, stimulerende middelen.

Onderscheid wordt gemaakt tussen recreatief gebruik en de DSM 5 classificatie '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 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.

! Let op: bij de scores '2' en '3' is de periode van scoring ruimer dan de gebruikelijke zes maanden als het gebruik in remissie is.

-
- 0 Cliënt heeft geen middelen gebruikt of is een recreatief gebruiker.
 - 1 Cliënt is overwegend recreatief gebruiker, maar het gebruik heeft geleid tot 1 van de DSM 5 criteria.
 - 2 Cliënt voldoet aan 2-3 van de 11 DSM 5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (beperkt gebruik). Of gebruik is in langdurige remissie (> 12 mnd.).
 - 3 Cliënt voldoet aan 4-5 van de 11 DSM 5 criteria van de 'stoornis in het gebruik van middelen' (matig gebruik). Of gebruik is in vroege remissie (3-12 mnd.).
 - 4 Cliënt voldoet 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 zes maanden problemen heeft gehad met het beheersen van gedrag en/of emoties, al dan niet in relatie tot het (dreigend) delictgedrag. Een gebrekkige impulsbeheersing kan leiden tot verstoringen in het dagelijks functioneren en kan zich uiten in:

- Onbeheerst normoverschrijdend gedrag waarbij de rechten van anderen worden geschonden, bijvoorbeeld impulsieve agressieve uitbarstingen (fysiek of verbaal), opvliegendheid (een kort lontje hebben), ruzie zoeken, uitdagen, seksuele impulsen.
- Slecht gecontroleerde emoties: disproportionele woede uitbarstingen, boosheid, snel geïrriteerd zijn, prikkelbaar.
- Impulsieve keuze (problemen met wachten): 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, behandeling.

-
- 0 Bij cliënt is niet of nauwelijks sprake van een gebrekkige impulsbeheersing.
 - 1 Cliënt maakt af en toe impulsieve keuzes of kan soms emoties minder goed beheersen, maar dit heeft over het algemeen niet geleid tot verstoringen in het dagelijks functioneren.
 - 2 Cliënt heeft in enige mate een gebrekkige impulsbeheersing, zich met name uitend in ongecontroleerde emoties en impulsieve keuzes, wat heeft geleid tot minder ernstige verstoringen van het dagelijks functioneren op één van de volgende levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel (licht).
 - 3 Cliënt is overwegend impulsief in het maken van keuzes, emotie en/of gedrag. De impulsiviteit leidt tot verstoringen van het dagelijks functioneren op twee levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel (matig).
 - 4 Cliënt is vaak onbeheerst in het maken van keuzes, emotie en/of gedrag. Deze gebrekkige impulsbeheersing gaat gepaard met verstoringen in het dagelijks functioneren op drie of meer levensgebieden: thuis, werk, opleiding, sociaal of financieel (ernstig).
-

D9 Disfunctionele oplossingsvaardigheden

Indicatoren

Item D9 'Disfunctionele oplossingsvaardigheden' inventariseert de inadequate wijze waarop cliënt in de afgelopen zes 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, cliënt zit gevangen in een patroon van gebrekkige oplossingsvaardigheden. Cliënt heeft de neiging om zich terug te trekken, gaat confrontaties uit de weg, vlucht weg terwijl de situatie om actief handelen vraagt, roept geen hulp in van anderen, 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 heeft goed zicht op eigen probleemoplossende vaardigheden, is overwegend in staat tot zelfreflectie, reageert adequaat op probleem- en stresssituaties en kan oplossingsvaardigheden toe passen. |
| 1 | Cliënt past soms disfunctionele oplossingsstrategieën toe: vermijdt wel eens probleemsituaties, maar vertoont voldoende inzicht en zelfreflectie. |
| 2 | Cliënt heeft de neiging om disfunctionele oplossingsstrategieën toe te passen: roept meestal geen hulp in van anderen, vermijdt problemen, schuift regelmatig de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen af op anderen, ziet onvoldoende hoe problemen op een prosociale manier op te lossen. |
| 3 | Cliënt hanteert relatief veel disfunctionele oplossingsvaardigheden: lost problemen op met verbale agressie en/of het kapot maken van spullen, is gemakkelijk te provoceren, voelt zich onmachtig en heeft beperkt zicht op de eigen 'rode knoppen', gelooft niet in eigen vaardigheden om problemen op een adequate manier op te lossen. |
| 4 | Cliënt heeft zeer disfunctionele oplossingsvaardigheden: lost problemen op met fysiek geweld, heeft geen zicht op de triggers die leiden tot disfunctionele oplossingsstrategieën, blijft dezelfde disfunctionele strategieën toepassen en is niet in staat om andere, meer adequate oplossingsvaardigheden in te zetten. |
-

D10 Antisociale houding

Indicatoren

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

Van belang zijn de volgende gedachten en attitudes:

- Goedkeuren en/of bagatelliseren 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 en eigen grensoverschrijdend gedrag.
- Negatieve emotionele toestand zoals wrok, verzet, vijandigheid, jaloezie, frustratie of haat.

-
- | | |
|---|--|
| 0 | Cliënt keurt zijn eigen delictgedrag af, er is geen sprake van cognitieve vervormingen, is in staat om naar het eigen aandeel te kijken, heeft geen gevoelens van wrok of vijandigheid, en (h)erkent persoonlijke grenzen van anderen. |
| 1 | Cliënt keurt eigen delictgedrag af, bagatelliseert niet, maar kan eigen aandeel minder goed onder woorden brengen. Cliënt accepteert doorgaans de regels en wetten en geeft niet of nauwelijks blijk van het hebben van antisociale normen en waarden. |
| 2 | Cliënt keurt criminaliteit deels af, reden voor eigen delictgedrag wordt deels geëxternaliseerd of gebagatelliseerd blijkend uit bijvoorbeeld de aanwezigheid van cognitieve vervormingen, cliënt herkent over het algemeen de persoonlijke grenzen van anderen (bijvoorbeeld in de vorm van aanbieden van excuses). |
| 3 | Cliënt keurt criminaliteit goed, eigen delictgedrag wordt gebagatelliseerd, geëxternaliseerd en/of cliënt geeft blijk van deels negatieve -emotionele toestand of geeft weinig blijk van het (h)erkennen van persoonlijke grenzen van anderen. |
| 4 | Cliënt keurt criminaliteit en eigen delictgedrag goed, bagatelliseert, is niet in staat om naar eigen aandeel te kijken, externaliseert en/of geeft blijk van een negatieve emotionele toestand of geeft geen blijk van het (h)erkennen van persoonlijke grenzen van anderen. |
-


D11 Regelovertredend gedrag

Indicatoren

Het item 'Regelovertredend gedrag' heeft betrekking op het gedrag van de cliënt in de afgelopen zes maanden. Het regelovertredend gedrag kan zich voordoen op de volgende gebieden en op de volgende wijze:

- 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) 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.
- 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 detentie, rijden na ontzegging rijbevoegdheid.

-
- | | |
|---|---|
| 0 | Cliënt is op tijd gekomen op de sessies voorafgaand aan de risicotaxatie en heeft zich tot nu toe coöperatief opgesteld.
Indien herhaalde meting: cliënt stelt zich in de behandeling coöperatief op, houdt zich aan regels, afspraken en voorwaarden. |
| 1 | Cliënt heeft zich tot nu toe coöperatief opgesteld, maar ziet noodzaak voor behandeling niet in.
Indien herhaalde meting: Cliënt stelt zich in de behandeling doorgaans coöperatief op, houdt zich over het algemeen aan regels en afspraken. |
| 2 | Cliënt heeft zich tot nu toe redelijk coöperatief opgesteld, maar hield zich niet altijd aan afspraken.
Indien herhaalde meting: cliënt houdt zich onvoldoende aan de regels, afspraken en/of (strafrechtelijke) voorwaarden. Cliënt conformeert zich niet aan alle onderdelen van de behandeling of begeleiding. |
| 3 | Cliënt heeft zich tot nu toe in beperkte mate coöperatief opgesteld: kwam te laat of niet opdagen, heeft zich niet aan afspraken gehouden.
Indien herhaalde meting: cliënt neemt overwegend passief deel aan de behandeling, is regelmatig afwezig of te laat en/of schond regelmatig reclasseringsvoorwaarden en/of overtrad andere strafrechtelijke bepalingen. Behandeling stagneert door het gedrag van de cliënt. |

- 
- 4 Cliënt heeft zich tot nu toe niet coöperatief opgesteld: hield zich niet aan afspraken, kwam niet opdagen, vindt de behandeling niet nodig.
- Indien herhaalde meting: cliënt houdt zich stelselmatig niet aan behandelafspraken en (indien van toepassing) reclasseringsvoorwaarden of andere strafrechtelijke voorwaarden, komt vaak niet opdagen en is telefonisch/schriftelijk onbereikbaar. De behandeling is voortijdig afgebroken.
-



Recidiverisico

Het recidiverisico wordt actuariel bepaald op basis van de statische risicofactoren en gestructureerd klinisch op basis van de statische en dynamische risicofactoren. De actuariële risicoclassificatie dient te worden gebruikt als voorlopige richtlijn en kan afwijken van het klinisch oordeel.

De actuariële richtlijn is geformuleerd op basis van ruim 5.000 scores op de statische RAF-items die overeenkomen met die van de FARE. Middels een CHAID-analyse zijn de grenswaarden bepaald voor de indeling in risicogroepen. Op termijn zal deze actuariële indeling worden geënt op gegevens van de FARE. Er wordt gestreefd naar een actuariële risicoclassificatie voor de statische risicofactoren en voor de dynamische risicofactoren. Op deze manier is het mogelijk om in te schatten in welke mate de dynamische risicofactoren bijdragen aan (veranderingen in) het recidiverisico.

Inschatting recidiverisico voor algemene recidive

Inschatting van het recidiverisico op basis van de actuariële benadering (enkel statische risicofactoren)

De actuariële inschatting van het recidiverisico is gebaseerd op de statische risicofactoren S1 – S6. Om tot een actuariële inschatting te komen worden de scores van de statische risicofactoren (S1 t/m S6) bij elkaar opgeteld. De minimale score die een cliënt kan behalen op deze statische risicofactoren is 0 punten en de maximale score is 24.

In de volgende tabel staat weergegeven wat het recidiverisico is op basis van de somscore van de statische risicofactoren.

Actuariële inschatting		
Somscore	Recidiverisico	De kans op algemene recidive is ten hoogste ...% binnen 2 jaar na de taxatie
0-4	Zeer laag	9,3%
5-9	Laag	23,5%
10-11	Matig	35,3%
12-16	Hoog	45,4%
17-24	Zeer hoog	56,8%


Inschatting van het recidiverisico op basis van het klinisch oordeel (statische en dynamische risicofactoren)

De klinische inschatting van het recidiverisico wordt toegevoegd om zowel de statische als dynamische risicofactoren in het eindoordeel mee te wegen.

Klinische inschatting	
	Recidiverisico
<input type="checkbox"/>	Zeer laag
<input type="checkbox"/>	Laag
<input type="checkbox"/>	Matig
<input type="checkbox"/>	Hoog
<input type="checkbox"/>	Zeer hoog

Referenties

- Andrews, D.A., & Bonta, J.L. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th Edition ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., LexisNexis Group.
- 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.
- Beckley, A.L., Caspi, A., Harrington, H., Houts, R.M., Mcgee, T.R., Morgan, N., Schroeder, F., Ramrakha, S., Poulton, R. & Moffitt, T.E. (2016). Adult-onset offenders: Is a tailored theory warranted? *Journal of Criminal Justice*, 46, 64-81.
- 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
- 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., Horn, J.E. van, Put, C.E. van der, Hendriks, J. & Stams, G.J.J.M. (2015). Vooronderzoek 'Kernset Risicofactoren Ambulant Behandelde delinquenten'. Voorspellers voor recidive bij ambulant behandelde zeden-, (huiselijk-)gewelds- en vermogensdelinquenten. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Glaser, D. 1964. *Effectiveness of a probation and parole system*, Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill.
- Gottfredson M, Hirschi T. *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1990.
- Granovetter, M. 1974. *Getting a job: A study of contacts and careers*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- T. Hirschi, *Causes of Delinquency*, Berkeley: University of California Press 1969.
- Jellinek. <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-is-een-recreatieve-gebruiker>.
- Hooghe, M., Stolle, D. (eds) (2003), *Generating Social Capital: Civil Society and Institutions in Comparative Perspective*, New York, Palgrave.
- Jennissen, R.P.W. (2009). *Onderzoek en beleid Criminaliteit, leeftijd en etniciteit. Over de afwijkende leeftijdsspecifieke criminaliteitscijfers van in Nederland verblijvende Antillianen en Marokkanen*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*. 100 (4), 674-701.
- Phillips, H.K., Gray, N.S., MacCulloch, S.I., Taylor, J., Moore, S.C., Huckle, P. & MacCulloch, M.J. (2005). Risk assessment in offenders with mental disorders. Relative Efficacy of Personal Demographic, Criminal History, and Clinical Variables. *Journal of Interpersonal Violence*. 20 (7), 833-847.
- Richtlijn voor strafvordering bij meerderjarige veelplegers (in het bijzonder de vordering van de ISD-maatregel bij stelselmatige daders) (2013R017) <https://www.om.nl/vaste-onderdelen/zoeken/@86249/richtlijn/>
- 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.
- Tollenaar, N. & Laan, A.M. van der (2013). *Factsheet 2013-4 Monitor veelplegers 2013. Trends in de populaire zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2011*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Van der Veeken, Lucieer, & Bogaerts, accepted
- 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. (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist*, 37, 172 - 179.
- Ward, T. & Steward, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.
- Yonai, S., Levine, S.Z. & Glicksohn, J. (2013). A national population based examination of the association between age-versatility trajectories and recidivism rates. *Journal of Criminal Justice*, 41, 467-476.

Codeerblad

Forensisch Ambulante Risico Evaluatie - FARE

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
Toelichting					
S2. Aantal eerdere en huidige veroordelingen	0	1	2	3	4
Toelichting					
S3. Diversiteit (dreigend) delictgedrag	0	1	2	3	4
Toelichting					
S4. Regelovertredend gedrag in het verleden	0	1	2	3	4
Toelichting					
S5. Instabiliteit opleiding/werk in het verleden	0	1	2	3	4
Toelichting					
S6. Problematisch middelengebruik in het verleden	0	1	2	3	4
Toelichting					

Dynamische risicofactoren (afgelopen 6 maanden)

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


D10. Antisociale houding	0	1	2	3	4
Toelichting					
D11. Regelovertredend gedrag	0	1	2	3	4
Toelichting					

Inschatting van het recidiverisico op basis van de actuariële benadering (enkel statische risicofactoren)

De actuariële inschatting van het recidiverisico is gebaseerd op de statische risicofactoren S1 – S6. Om tot een actuariële inschatting te komen worden de scores van de statische risicofactoren (S1 t/m S6) bij elkaar opgeteld. De minimale score die een cliënt kan behalen op deze statische risicofactoren is 0 punten en de maximale score is 24.

In de volgende tabel staat weergegeven wat het recidiverisico is op basis van de somscore van de statische risicofactoren.

Actuariële inschatting		
Somscore	Recidiverisico	De kans op algemene recidive is ten hoogste ...% binnen 2 jaar na de taxatie
0-4	Zeër laag	9,3%
5-9	Laag	23,5%
10-11	Matig	35,3%
12-16	Hoog	45,4%
17-24	Zeër hoog	56,8%



Inschatting van het recidiverisico op basis van het klinisch oordeel (statische en dynamische risicofactoren)

De klinische inschatting van het recidiverisico wordt toegevoegd om zowel de statische als dynamische risicofactoren in het eindoordeel mee te wegen.

Klinische inschatting

	Recidiverisico
<input type="checkbox"/>	Zeer laag
<input type="checkbox"/>	Laag
<input type="checkbox"/>	Matig
<input type="checkbox"/>	Hoog
<input type="checkbox"/>	Zeer hoog
