

# FARE Nieuwsbrief

In 2017 startten onderzoekers van de Waag, Fivoor, Kairos en Transfore met het Validatie-onderzoek van de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). Januari 2021 werd het eindrapport opgeleverd en gepubliceerd door Kwaliteit Forensische Zorg. In deze nieuwsbrief brengen we je op de hoogte van de ontwikkelingen rond de FARE en de kernbevindingen van de validatiestudie die uit vier deelstudies bestond. De resultaten uit dit onderzoek hebben geleid tot een verbeterde versie van de FARE. Deze versie heet de FARE versie 2.



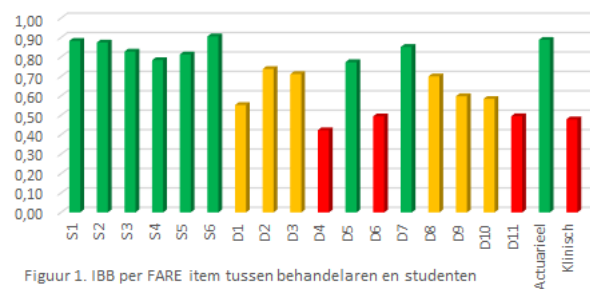
Tabel 1. Overzicht van de Statische en Dynamische Risicofactoren in FARE

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

## 1. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid - IBB

In het eerste deel is vastgesteld in hoeverre beoordelaars overeenkomen in hun FARE-scores als zij dezelfde cliënt beoordelen (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid - IBB). In totaal werden 80 cliënten door studenten en behandelaren beoordeeld. In figuur 1 wordt de IBB per FARE-item beschreven. De kleuren corresponderen met de sterkte van de overeenstemming. De IBB tussen de studenten en behandelaren was voor acht van de 17 items **goed tot uitstekend** (47,1%), voor zes items **matig** (35,3%) en voor drie items **slecht** (17,7%, zie figuur 1). De overeenstemming op het actuaireel ingeschat recidiverisico was **goed**,

en op het klinisch-gestructureerd ingeschatte recidiverisico **slecht**.



Figuur 1. IBB per FARE item tussen behandelaren en studenten

## Klinische implicaties

De betrouwbaarheid van de FARE kunnen wij als ontwikkelaars verbeteren door aanscherping van de richtlijnen, in versie 2. In de praktijk kun je de betrouwbaarheid ook vergroten: overleg regelmatig met je collega's over het scoren van de dynamische risicofactoren en houdt periodiek samen met een collega een consensusbespreking.

## Verbeterpunt meegenomen in FARE versie 2

De items die een slechte tot matige overeenstemming hadden, vragen om verbetering. Om dat te kunnen doen was inzicht in mogelijke oorzaken voor de minder goede overeenstemming nodig. De

## 2. Convergente validiteit

In de tweede deelstudie werd de convergente validiteit bestudeerd, dat wil zeggen de mate waarin de FARE dezelfde constructen meet vergeleken met andere veel gebruikte risicotaxatie instrumenten, te weten het IFpBE, de LS/CMI en de RAF GGZ. De convergente validiteit kun je vaststellen door het berekenen van de samenhang tussen dezelfde concepten. Voor ons was het van belang om te weten hoe de statische en dynamische risicofactoren in de verschillende instrumenten met elkaar samenhangen, maar ook hoe de klinische oordelen met elkaar samenhangen.

De statische risicofactoren bleken behoorlijk sterk met elkaar samen te hangen. Dat is ook niet zo verwonderlijk omdat het bij de statische risicofactoren vaak gaat om 'telbare' informatie, bijvoorbeeld aantal eerdere veroordelingen. Voor de dynamische risicofactoren varieerde de samenhang van matig ( $r_s = ,30$ ) tot sterk ( $r_s = ,87$ ). Al met al een voldoende resultaat. Ook de samenhang tussen de klinische oordelen van de verschillende instrumenten was sterk ( $r = ,73$  en  $r = ,77$ ).

We waren vooral benieuwd naar de mogelijke oorzaken voor de matige samenhang tussen een aantal dynamische FARE risicofactoren en die van de andere instrumenten. Een belangrijke reden is dat inhoudelijk de items een iets andere focus hebben. Bijvoorbeeld in de FARE ligt de focus

belangrijkste oorzaak leek te liggen in de wijze waarop de scoringsrichtlijnen in de handleiding waren beschreven. Deze geven voor de dynamische risicofactoren zoals beperkte vrijetijdsbesteding (D4), Instabiele woonsituatie (D6) disfunctionele oplossingsvaardigheden (D9) en regelovertredend gedrag (D11) zodanig ruimte voor interpretatie dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid daaronder lijdt. In de FARE versie 2 zijn de indicatoren en scorerichtlijnen daarom aangescherpt.

bij de beoordeling van het item **Regelovertrekend gedrag** op het overtreden van juridische maatregelen én de motivatie voor behandeling (de bereidheid tot gedragsverandering en houden aan behandelafspraken). Dat laatste wordt in andere instrumenten niet meegewogen. Een ander voorbeeld is het item **Disfunctioneren opleiding/werk**. In andere instrumenten zoals de LS/CMI wordt de omgang met medeleerlingen/collega's en docenten/leidinggevendenden meegewogen, maar ook hoe mensen presteren. Dit laatste vormt geen onderdeel in het FARE-item.

## Klinische implicaties

Wat betekenen deze resultaten voor de klinische praktijk? Op zichzelf zeggen deze resultaten niets over welk instrument bepaalde concepten beter meet. Het zegt enkel iets over dat in diverse risicotaxatie instrumenten de ogenschijnlijk inhoudelijk vergelijkbare concepten een iets andere focus hebben. Er bestaat geen risicotaxatie-instrument dat als 'gouden standaard' kan worden opgevoerd waarlangs andere instrumenten gelegd kunnen worden. Voor de klinische praktijk is het daarom van belang om altijd te vermelden welk risicotaxatie-instrument is gebruikt bij de beoordeling en de inschatting van het recidive risico.

### 3. Rommen, meten van verandering

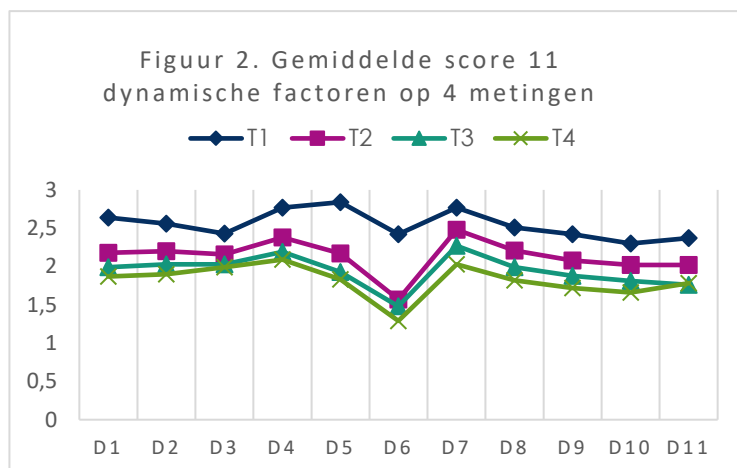
Dynamische risicofactoren spelen een centrale rol in de behandeling. Door bij de start van de behandeling de dynamische risicofactoren in kaart te brengen kunnen specifieke behandeldoelen worden geformuleerd. De veronderstelling is dat de behandeling verandering brengt in de dynamische risicofactoren. Maar voordat we dat vast kunnen stellen moeten we bekijken of met de FARE deze veranderingen ook zichtbaar gemaakt kunnen worden.

In figuur 2 beschrijft de bovenste lijn (T1) de gemiddelde startscore voor elke dynamische risicofactor, met waarden tussen de 2,5 en 3 (score 0 – 4). Voor elke factor geldt dat de gemiddelde score het sterkst afneemt op de tweede meting (T2) en deze daling vlakt af op T3 en T4. De verschillen tussen de vier metingen zijn klein. Dit kan verklaard worden door het grote aantal cliënten zonder problematische score op de risicofactoren (score 2 of hoger). Cliënten worden zelden aangemeld vanwege problemen op alle risicofactoren, meestal gaat het om enkele probleemgebieden. Door de behandeling te richten op de probleemgebieden wordt het recidiverisico gereduceerd. De verwachting is dan ook dat cliënten alleen een verandering/verbetering laten zien op de probleemgebieden.

Om te kunnen bepalen wanneer we kunnen spreken van een statistisch betrouwbare verandering, zijn de RCIs (Reliable Change Index) berekend. Hiervoor zijn de cliënten geselecteerd met een hoge startscore (score  $\geq 2$ ) op de dynamische risicofactoren en een afgeronde behandeling ( $n = 451$ ). Het aantal cliënten met een problematische score varieert sterk met  $n = 63$  (14%) voor D6 Instabiliteit

### 4. Predictieve validiteit

Voor het bepalen van de voorspellende waarde van de FARE werd recidive gedefinieerd als elke eerste nieuwe rechtbankzaak zoals geregistreerd bij het WODC binnen twee jaar na de taxatie. Volgens deze definitie



woonsituatie en  $n = 317$  (70,3%) voor D8 Gebrekkige impulsbeheersing.

Op individueel niveau spreken we van een betrouwbare verbetering op de FARE-items als cliënten met een problematische startscore twee punten verbeteren. Een uitzondering hierop is Problematisch middelengebruik: hierbij spreken we al van een statistische verbetering bij een daling van 1 punt.

#### Klinische implicaties

Het is goed om te weten wat een statistische verbetering bepaald op groepsniveau is. Maar in de praktijk is de kwalificatie van verbetering in forensische problematiek grilliger. Je stelt voor elke cliënt andere doelen. Waarbij soms een kleine verbetering een enorme prestatie voor de cliënt is. En in andere gevallen zal 1 punt verbetering onvoldoende zijn om te kunnen spreken van een veilige situatie. Beslissingen rond veiligheid zullen altijd gebaseerd worden op de mate (minimale verbetering van 1 punt) en de kwaliteit van de verbetering.

recidiveerde 17% van de 1268 cliënten die in behandeling waren bij de Waag.

De Receiver Operator Curve-analyse leverde op item-niveau AUC's tussen de ,50 (slecht) voor de factor instabiele (ex-)partnerrelatie en ,68 (matig) voor de factor delinquent sociaal netwerk. Alleen het statische item S2 Aantal

eerdere en huidige veroordelingen bereikte een goede voorspellende waarde ( $AUC = ,71$ ). Voor de individuele cliënt geldt zelden dat één risicofactor alles bepalend is voor de voorspelling van het recidiverisico. De combinatie van factoren speelt doorgaans een veel grotere rol. Dat zien we ook terug in de  $AUC = ,71$  van de somscore van alle items. Het optellen van de scores op alle items van de FARE geeft een iets betere voorspelling van algemene recidive dan het klinische ingeschatte recidiverisico ( $AUC = ,68$ ). De somscore van de FARE geeft ook een betere voorspelling dan uitgebreide risicotaxatie-

## FARE versie 2

Door het onderzoek zijn tekstuele verbeteringen aangebracht. Dat heeft geleid tot een herziene versie: FARE versie 2. Daarnaast zijn drie actuariële risicoclassificaties toegevoegd. Hierdoor kunnen behandelaren ongeacht ervaring met risicotaxatie en klinische blik het recidiverisico betrouwbaar inschatten. Tabel 2 beschrijft voor de totale onderzoeksgroep de actuariële risico-inschatting door de scores op alle statische én dynamische risicofactoren bij elkaar op te tellen, hetgeen een totaalscore oplevert tussen 0 en 68 punten. Uit de analyse kwamen vijf groepen naar voren variërend van zeer laag tot zeer hoog risico op algemene recidive,  $\chi^2(4) 119,245$ ,  $p < .001$ . De voorspellende waarde van dit model heeft een  $AUC = ,71$  ( $p < ,001$ ; BI ,68 - ,75).

De beschikbare informatie om een risicotaxatie te kunnen doen, kan variëren. Soms is er relatief veel informatie over het verleden beschikbaar om de statische

instrumenten zoals de RAF GGZ ( $AUC = ,60$ ) en START ( $AUC = ,67$ ).



Figuur 3. Percentage algemene recidive binnen de onderzoeksgroep

risicofactoren te kunnen scoren en soms is deze informatie minimaal. Wanneer er enkel informatie beschikbaar is over de afgelopen zes maanden, wil je als behandelaar of begeleider wel een actuariële risico-inschatting kunnen doen op basis van de dynamische risicofactoren. Deze dynamische risicofactoren kunnen immers gescoord worden op basis van gesprekken met de cliënt en zijn minder afhankelijk van dossier informatie. Om dit te kunnen doen zijn de statische en dynamische risicofactoren afzonderlijk bekeken. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 3 voor de statische risicofactoren ( $\chi^2(4) 101,185$ ,  $p < .001$ ) en in tabel 4 voor de dynamische risicofactoren ( $\chi^2(3) 77,909$ ,  $p < .001$ ). Op basis van de dynamische risicofactoren werden enkel vier groepen onderscheiden.

De voorspellende waarde voor deze twee modellen zijn respectievelijk  $AUC = ,71$  ( $p < ,001$ ; BI ,67 - ,74) en  $AUC = ,68$  ( $p < 001$ ; BI ,64 - ,72).

Tabel 2. Actuariële risico inschatting op basis van statische items

Totaalscore 17 FARE items	Percentage gerecidiveerd	Totaalscore op 6 statische FARE items	Percentage gerecidiveerd	Totaalscore op 11 dynamische FARE items	Percentage gerecidiveerd	Risicoclassificatie
≤ 14 punten	5,6 %	≤ 3 punten	3,4 %	≤ 9 punten	6,7 %	<b>Zeer laag</b>
15 – 20	11,5%	4 – 5	9,1%	10 – 15	13,4 %	<b>Laag</b>
21 – 32	20,0%	6 – 8	15,1%	16 – 23	24,3 %	<b>Matig</b>
33 – 37	30,5%	9 – 12	24,3%	24 – 44	36,2 %	<b>Hoog</b>
38 – 68	42,9%	13 – 24	33,5%			<b>Zeer hoog</b>

De minimale score die een cliënt kan behalen is 0 punten en de maximale score is 68 op alle FARE items, 24 op de statische items en 44 op de dynamische items.

## Klinische implicaties

Het is dus mogelijk om een redelijk precieze voorspelling te geven van het recidiverisico met de die actuariële risicoclassificaties

## FARE spin

Om cliënten nog meer te kunnen betrekken bij het risicotaxatieproces is de FARE spin ontwikkeld. Dit is een zelfscore webapplicatie waarin de cliënt zelf alle dynamische factoren van de FARE invult. Deze scores en eventuele veranderingen op de factoren worden visueel weergegeven in een spinnenweb.

De cliënt bepaald zelf of hij/zij de spin deelt met de behandelaar en hulp vraag bij eventuele probleemgebieden.

De spin zal beschikbaar gesteld worden na de afronding van de pilotstudie naar de bruikbaarheid die begin 2021 gestart is.

Het volledige onderzoeksrapport, de eerder gepubliceerde rapporten, de handleiding van de FARE versie 2 en de aangepaste interviewgids zijn gratis beschikbaar en terug te vinden op drie websites: <https://kfz.nl/projecten/call-2015-38392>, <https://www.researchgate.net/lab/Joan-Van-Horn-Lab> of [www.fare-ambulant.nl](http://www.fare-ambulant.nl).

## Digitale beschikbaarheid

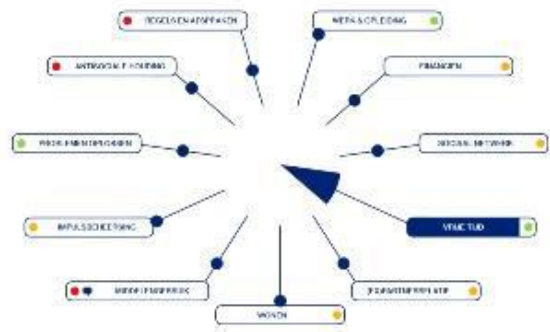
De FARE versie 2 is reeds ingebouwd in Quest Manager en USER Alta en zal de FARE versie 1 vervangen. Voor het inbouwen van de nieuwe versie van de FARE kan contact opgenomen worden met de ROM-aanbieder.

## Trainingen

Trainingen kunnen worden geboekt via de RINO groep Utrecht of neem contact op met de ontwikkelaars en trainers Joan van Horn, Yvonne Bouman of Mara Eisenberg.



(somscores) van de FARE versie 1. Ook als de beoordelaar weinig ervaring heeft met risicotaxatie.



## Forensische Leerlijn

De Forensische Leerlijn biedt een gratis training in de FARE voor iedereen die werkzaam is in het forensische veld. In de loop van 2021 zal de training FARE versie 2 beschikbaar zijn op <https://forensischeleerlijn.nl/>.



Voor meer informatie of contact over de FARE

[www.fare-ambulant.nl](http://www.fare-ambulant.nl)  
[info@fare-ambulant.nl](mailto:info@fare-ambulant.nl)