



**rijksuniversiteit
 groningen**

**faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen**

De toepassing van de Basis Netwerk Analyse in de Van Mesdag

*Een kwalitatief onderzoek naar de toepassing en inzetbaarheid van
 de Basis Netwerk Analyse*



Julia Boelens

S5779251

Interne begeleider: Marinus Spreen

Referent: Wouter Kiekens

Externe begeleider: Marlies van den Berg

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Master Sociologie, Criminaliteit en Veiligheid

Juli 2025

Samenvatting

Binnen de forensische psychiatrie speelt het sociale netwerk van tbs-patiënten een belangrijke rol in het inschatten van recidiverisico en het vormgeven van effectieve behandeling. De Basis Netwerk Analyse (BNA) is ontwikkeld als een verkorte, praktijkgerichte methode om netwerk gerelateerde risicofactoren te analyseren. Deze studie richt zich op de vraag in hoeverre de sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie-instrumenten HCR-20V3, HKT-R en SSA terugkomen in de BNA en hoe bruikbaar deze zijn binnen de tbs-behandeling.

Voor het onderzoek is een gecombineerde methode gebruikt van instrument vergelijking en kwalitatieve analyse. De concepten uit de BNA zijn vergeleken met drie verplichte risicotaxatie-instrumenten in Nederland tijdens een tbs-behandeling. Daarnaast is er een focusgroep gehouden met forensisch systeemwerkers (FSW'ers) en zijn er interviews afgenomen met regie behandelaren, sociotherapeuten en patiënten van FPC Van Mesdag, om inzicht te verkrijgen in de toepassing van de BNA in de praktijk. De resultaten van de focusgroep en interviews hebben inzicht gegeven in de ervaringen met het toepassen van de BNA in de praktijk.

De resultaten tonen aan dat de BNA alle relevante netwerkconcepten uit de risicotaxatie-instrumenten bevat. De sociale netwerkconcepten die de BNA bevat toetsen belangrijke kennis over het netwerk die samenhangen met de kans op recidive. Deze concepten onderbouwen het belang van sociale netwerken in het ontstaan en beperken van crimineel gedrag. In de praktijk blijkt de toepassing van de BNA echter beperkt, met als belangrijkste knelpunten: onbekendheid onder behandelaren, gebrek aan duidelijke richtlijnen, ervaren van werkdruk en onvoldoende afstemming tussen disciplines.

Toch wordt de BNA door veel professionals gezien als een potentieel waardevol instrument, met name als overdrachtsdocument bij opname of wisseling van afdeling. Wanneer de BNA een duidelijke rol kan innemen in de tbs-behandeling zal er een grotere kans zijn op toename van het gebruik van de methode. Ook blijkt dat patiënten betrokken willen worden bij de inhoud van de BNA, maar hier in de praktijk nauwelijks in worden meegenomen.

Deze studie concludeert dat de BNA een inhoudelijk belangrijke en theoretisch goed onderbouwde methode is voor het in kaart brengen van netwerk gerelateerde risicofactoren, maar dat de implementatie vraagt om structurele verbeteringen op het gebied van positionering, communicatie en interdisciplinaire samenwerking. Daarmee levert deze studie een bijdrage aan het versterken van risicotaxatie en behandeling binnen de forensische psychiatrie.

Voorwoord

Beste lezer,

Ter afronding van de masteropleiding Sociologie, met de specialisatie route Criminaliteit en Veiligheid aan de Rijksuniversiteit Groningen, heb ik met grote toewijding en belangstelling gewerkt aan dit onderzoek naar de toepassing van de Basis Netwerk Analyse (BNA). Het uitvoeren van dit onderzoek binnen en over het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Mesdag bood mij de waardevolle gelegenheid om de tijdens de opleiding verworven academische kennis te vertalen naar de praktijk en toe te passen bij het schrijven van deze studie.

Ik ben bijzonder dankbaar dat ik mijn onderzoek heb mogen vormgeven binnen een setting die nauw verbonden is met de dagelijkse realiteit van veiligheid en risicobeheersing. De bereidwillige medewerking van alle participanten was essentieel voor het tot stand komen van dit onderzoek. Ik wil hen dan ook bedanken voor het delen van hun inzichten en ervaringen. Hun bijdragen hebben het mogelijk gemaakt om relevante en betekenisvolle data te verzamelen en de gesprekken hebben mij bovendien inzichten gegeven in het functioneren van een organisatie die zich voortdurend inzet voor de bescherming van de samenleving.

Mijn dank gaat tevens uit naar mijn begeleider, Marinus Speen, voor zijn deskundige begeleiding, waardevolle feedback en het meedenken gedurende het gehele onderzoeksproces. Zijn kennis van het werkveld en zijn reflecties op het onderzoeksproces zijn belangrijk geweest voor het schrijven van deze studie. Ook wil ik mijn referent, Wouter Kiekens, bedanken voor zijn kritische blik en feedback.

Ik wens u veel leesplezier.

Julia Boelens

Groningen, Juli 2025

Inhoudsopgave

1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Maatschappelijke relevantie	10
1.3 Sociologische relevantie	11
1.4 Wetenschappelijke relevantie	12
2 Theoretisch kader	13
2.1 Invloeden van het netwerk	13
2.1.1 Sociale bindingen	14
2.1.2 Interactie met netwerkleden	15
2.1.3 Het netwerk als hulpbron	16
2.2 Risicotaxatie	17
2.2.1 RNR-model + Central Eight	17
2.2.2 Verplichte risicotaxatie instrumenten in Nederland	19
2.3 Implementatie in de praktijk	21
2.3.1 Normalisatie van methode	22
2.3.2 Implementeren in de forensische zorg	23
3 Methode	26
3.1 Onderzoeksopzet	26
3.1.1 Participantenselectie	27
3.1.2 Werving participanten	29
3.2 Dataverzameling	29
3.2.1 Literatuurvergelijking	29
3.2.2 Focusgroep + semigestructureerde interviews	30
3.3 Analyse	32
3.4 Ethiek	33
4 Resultaten	35
4.1 Beschrijvende gegevens	35
4.2 Resultaten beschrijving	36
4.2.1 Netwerk items uit risicotaxatie instrumenten van FSNA en BNA	36
4.2.2 De bijdrage van de BNA aan een tbs-behandeling	41
4.2.3 Problemen met de bekendheid van de BNA	43
4.2.4 Contact met FSW vanuit andere disciplines	45
4.2.5 Sterke punten, knelpunten en verbeterpunten van de BNA	47
4.2.6 Mening van patiënten	52

5 Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	55
5.1 Conclusie	55
5.1.1 Sociale netwerkconcepten in de risicotaxatie instrumenten.....	55
5.1.2 Sociale netwerkconcepten van de BNA.....	57
5.1.3 Toepassing in de praktijk van de BNA	58
5.1.4 Conclusie onderzoeksvraag.....	61
5.2 Discussie en aanbevelingen.....	62
5.2.1 Beperkingen onderzoek.....	62
5.2.2 Reflectie.....	64
5.2.3 Aanbevelingen	64
Literatuurlijst	67
Bijlage	73
Bijlage 1 Basis Netwerk Analyse (instroom)document	73
Bijlage 2 Literatuuronderzoek	77
Bijlage 3 Informed consent formulieren	84
Bijlage 4 interviewschema focusgroep.....	88
Bijlage 5 Interviewschema semi gestructureerde interviews	90
Bijlage 6 Codeboek	93

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de behandeling van tbs-patiënten is het belang van het sociale netwerk de afgelopen jaren toegenomen (Bootsma et al., 2017). Het netwerk van een tbs-patiënt kan veel invloed hebben op de kans dat een tbs-gestelde opnieuw een delict pleegt, zowel negatief als positief (Nagtegaal & Schonberger, 2013). Het sociaal netwerk omvat uiteenlopende relaties, zoals die met familie, een partner en vrienden. Deze sociale contacten ontstaan vaak tussen mensen met overeenkomsten, zoals gedeelde hobby's maar ook gedeelde normen en waarden. Vriendschappen kunnen ook ontstaan op basis van gedeelde antisociale kenmerken, waaronder het vertonen van crimineel gedrag (McPherson et al., 2001). Sociale relaties die voortkomen uit gedeelde antisociale kenmerken kunnen het risico op het ontwikkelen en in stand houden van antisociaal gedrag vergroten. Criminele relaties van tbs-patiënten verhogen dan ook de kans op recidive. Bij veel tbs-patiënten is er geen sprake van een beschermend en steunend netwerk, maar een risicovol netwerk (Bogaerts & Spreen, 2011). Het ontbreken van een prosociaal steunend netwerk is een risicofactor voor het plegen van een delict. Crimineel gedrag ontstaat dan ook vaak uit interacties met anderen, waardoor het sociale netwerk ook een rol speelt in de kans op dat tbs-gestelden opnieuw een delict plegen (Sutherland, 1947).

Om het risico op recidive te beperken en de veiligheid van de samenleving te waarborgen, worden tbs-gestelden behandeld in een forensisch psychiatrische kliniek, zoals de Van Mesdag (Bulten et al., 2022). De tbs-maatregel (terbeschikkingstelling) wordt door de rechter opgelegd wanneer een persoon een ernstig delict heeft gepleegd onder invloed van een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis van de geestvermogens (van Oploo, 2018). In het geval van tbs met dwangverpleging wordt de patiënt opgenomen in een tbs-kliniek, waar een langdurig behandeltraject wordt gestart. De gemiddelde behandelduur bedraagt circa 9,5 jaar, gemeten van instroom tot uitstroom (TBS Nederland, 2024). Binnen de Van Mesdag doorloopt een patiënt doorgaans drie opeenvolgende behandelfases: de instroomfase (gericht op diagnostiek), de doorstroomfase (gericht op intensieve behandeling) en de uitstroomfase (gericht op het stapsgewijs vergroten van vrijheden en het bevorderen van maatschappelijke re-integratie) (Van der Wolf & Noyon, 2013). Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Van Mesdag kent twee onderscheiden zorgstructuren met een verschillend beveiligingsniveau. Ten eerste betreft dit de intramurale voorziening, waarbij de patiënt binnen de beveiligde muren van de kliniek verblijft en behandeld wordt. Ten tweede is er de transmurale voorziening, die voorziet in voortzetting van de behandeling buiten de kliniek muren, in een minder beveiligde setting (Lucker et al., 2010). De tbs-behandeling

wordt vormgegeven door een multidisciplinair team van professionals, waaronder regiebehandelaren, sociotherapeuten, vaktherapeuten, psychologen en forensisch systeemwerkers (FSW). Ieder van deze disciplines draagt op een eigen wijze bij aan de inschatting en beïnvloeding van risicofactoren. Forensisch systeemwerkers richten zich met name op de analyse van het sociale netwerk van de patiënt, waarbij zij inzicht verschaffen in netwerk gerelateerde risico- en beschermende factoren. Sociotherapeuten observeren het dagelijks functioneren van de patiënt binnen de kliniek en analyseren de gedragspatronen en risico dynamiek (Mesdag, z.d.). Zo wordt er in een multidisciplinair team gewerkt aan het behandelen, begeleiden en evalueren van de risico's van een tbs-patiënt.

Het voorkomen dat een tbs-patiënt opnieuw een delict pleegt, vormt het belangrijkste doel van een tbs-behandeling. Daarom is het inschatten van het recidiverisico van essentieel belang om de veiligheid van de samenleving te waarborgen. Het onderschatten van het risico gevaar van een patiënt kan leiden tot een nieuw delict en daarmee een gevaar voor de samenleving (Harte, 2009). Een persoon die onverantwoord meer vrijheden krijgt kan gevaarlijk zijn, maar iemand onterecht te lang vasthouden is ook niet wenselijk. Hiermee benadeel je een persoon in zijn behandeling en ontstaan er ook extra kosten voor de samenleving. Het inschatten van de recidive is dan ook een belangrijk onderdeel van de behandeling, wat moet gebeuren aan de hand van een goede onderbouwing van belangrijke factoren (Lammers, 2007). Het inschatten van risico's vormt een structureel onderdeel van het dagelijks werk van medewerkers en vindt daarnaast plaats op vaste evaluatiemomenten met behulp van risicotaxatie-instrumenten.

Nog niet lang geleden werd het recidiverisico ingeschat op basis van een ongestructureerd klinisch oordeel. Dit betekende dat de kans op recidive werd ingeschat aan de hand van een eigen referentiekader. Op deze manier werd door de behandelaar zelf bepaald hoe hoog het recidiverisico was en welke factoren daarin belangrijk zijn (De Vries et al., 2021). De betrouwbaarheid van de inschatting was op deze manier dan ook vrij laag. Het tegenovergestelde hiervan was de actuariële risicotaxatie, waarbij de risico's worden ingeschat enkel door een empirisch ontwikkelde, gestructureerde manier. Deze vorm van risicotaxatie bevatte geen professioneel oordeel, hierdoor werd er geen informatie meegewogen die bij de patiënt als individu belangrijk was (Smid & Uzieblo, 2020). Dit werd veranderd met de invoering van het gestructureerd klinisch eindoordeel (Van den Berg & De Vogel, 2011).

De hierna ontwikkelde risicotaxatie instrumenten maken een inschatting van de risico's door zowel het klinische oordeel als een wetenschappelijk onderbouwde methode. Het is dus een combinatie van factoren waarvan bekend is dat het een risico voor recidive kan zijn en een professioneel oordeel

(Smid & Uzieblo, 2020). Het gestructureerd klinisch oordeel wordt gezien als een samenvoeging van actuarieel en klinisch, waarbij er zowel een objectieve als een professioneel oordeel wordt gegeven. Daarbij wordt er naar factoren gekeken waarvan onderzocht is dat ze vaak voorkomen bij recidive. Bij deze vorm van risicotaxatie worden, bij het inschatten, factoren betrokken die aantoonbaar samenhangen met recidive. De valkuil van een klinisch oordeel is dat er factoren worden meegerekend die niet samenhangen met het voorspellen van recidive, dit maakt dat de inschatting minder betrouwbaar kan zijn. Het klinische oordeel heeft ook een positieve kant, daarmee kan er namelijk gericht gekeken worden naar de context van het individu (Smid et al., 2014a). Het klinisch oordeel onderbouwt wat er van dag tot dag wordt gezien bij een patiënt. Het blijkt dat dit bij intensieve behandelingen, zoals een tbs-behandeling, de inschatting vaak niet minder nauwkeurig maakt (De Vogel et al., 2013). Een gestructureerd klinisch oordeel vormt een nauwkeurige combinatie van wetenschappelijke kennis over risicofactoren en professioneel inzicht in kennis, dit om tot een zo goed mogelijke inschatting te komen van het recidiverisico.

In Nederland worden de volgende instrumenten verplicht gebruikt bij een tbs-behandeling: de Historical Clinical Risk Management (HCR-20^{V3}), Historical Clinical Future-Revised (HKT-R) en de Static/Stable/Acute (SSA) (Ter Haar-Pomp, 2021). Binnen de risicotaxatie worden verschillende leefdomeinen meegenomen, zoals mentale gezondheid, middelengebruik, school/werk en andere beïnvloedende factoren (Oppedijk, 2003). In Nederland hebben risicotaxaties op twee manieren een rol in tbs-behandeling, dit is ten behoeve van de behandeling en in de rechtspraak (Blaauw, 2019). Het wordt in de rechtspraak ingezet om te kijken of een tbs onvoorwaardelijk verlengd moet worden of niet. In de behandeling wordt er ook gebruikgemaakt van de risicotaxatie, zo worden hiermee keuzes gemaakt om de behandeling vorm te geven (Nagtegaal & Schönberger, 2013). De programma's of training die een patiënt volgt worden gebaseerd op basis van de uitkomst van de risicofactoren. Ook andere keuzes worden gemaakt aan de hand van de risicotaxatie, denk aan een verlofaanvraag en de voortgang van een patiënt. Dit maakt dat de uitkomst van de risicotaxatie veel invloed heeft op een tbs-behandeling.

In 2004 en 2005 keerden meerdere tbs-patiënten niet terug van hun verlof, dit leidde tot ernstige incidenten. Tijdens deze ontsnappingen vonden ingrijpende gebeurtenissen plaats, waaronder de ontvoering van een minderjarig meisje en een dodelijk geweldsdelict (Visser, 2006). Het werd hierdoor duidelijk dat er maatregelen nodig waren om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen (Ter Haar-Pomp, 2023). Sinds 2004 werd het verplicht dat er jaarlijks een gestructureerde risicotaxatie wordt gemaakt van een tbs-patiënt (Blaauw et al., 2019). Hiermee is de rol van de risicotaxatie toegenomen en is er van elke patiënt een duidelijke inschatting van risicofactoren. Uit

een onderzoek naar belangrijke risicofactoren om recidive te voorkomen werd duidelijk dat er meer aandacht moest komen voor de rol van het sociale netwerk om recidive nauwkeuriger te voorspellen (Nagtegaal & Schonberger, 2013). Hierdoor is het sociale netwerk een belangrijk onderdeel van de risicotaxatie instrumenten geworden. In de risicoanalyse wordt er zowel gekeken naar beschermende als risicovolle netwerk factoren (Ter Haar-Pomp, 2023). De beschermende factoren zijn onder andere pro sociale netwerkliden, intieme relaties, het beschikken over voldoende sociale vaardigheden, van zowel de persoon als het netwerk en sociale support. En de risicovolle factoren bestaan uit negatief beïnvloedende netwerkliden, problemen in (intieme) relaties en een gebrek aan sociale support. Iemand kan bijvoorbeeld negatief worden beïnvloed als de patiënt via het netwerk wordt gestimuleerd tot crimineel gedrag. Met de risicotaxatie instrumenten wordt een analyse gemaakt van de factoren die binnen het sociale netwerk een rol spelen bij het voorspellen van recidive, daarmee vormt het een essentieel onderdeel in een tbs-behandeling.

Bij de forensische psychiatrische zorgorganisatie in Groningen, de Van Mesdagkliniek, is het persoonlijk netwerk van de patiënt een integraal onderdeel van de behandeling. Zo wordt er een analyse gemaakt van alle netwerkliden die actief zijn in het leven van de patiënt. Daarnaast krijgt het netwerk inzicht in de relatiepatronen en handvatten die helpend kunnen zijn om een ondersteunend en beschermend netwerklid van de patiënt te zijn (FPC Dr.S Van Mesdag, 2013). Dit is begonnen met de ontwikkeling van de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA), dit werd ingezet na aanleiding van gesprekken met forensische zorgmedewerkers en onderzoekers uit verschillende Forensisch Psychiatrische Centra (Pomp- ter Haar, 2023). Deze groep werd samengesteld na de incidenten die zijn gebeurd en had als doel om de risicotaxatie betrouwbaarder te maken. De uitkomst was dat er meer aandacht besteed moest worden aan het netwerk van de patiënt ten tijde van het delict en in de huidige situatie (Spreeen & Pomp, 2009). Hierbij wordt onderzocht of een netwerklid een beschermende factor vormt of een risico voor de kans op de recidive. Dit draagt bij aan meer kennis over individuele risicofactoren binnen het netwerk van de patiënt. In 2007 begon de implementatie van de FSNA in negen verschillende Forensisch Psychiatrische Centra in Nederland. Dit was bedoeld om te experimenteren met een aanpak waarbij er werd gefocust op het netwerk van een patiënt. De implementatie van de FSNA is echter niet volledig geslaagd, voornamelijk vanwege de grote tijdsinvestering die ermee gepaard gaat (Spreeen & Pomp, 2009). Daarnaast was er ook niet altijd duidelijk welke rol de FSNA moest spelen in de behandeling, waardoor het instrument maar beperkt werd gebruikt.

Het risicomanagement van het netwerk is cruciaal bij een tbs-behandeling, daarom is er gewerkt aan een verkorte versie van de methode: de Basis Netwerk Analyse (BNA) (Van den Berg, 2021). De BNA moest dezelfde items dekken als de FSNA, die representatief zijn voor de items uit de risicotaxatie-instrumenten, maar met een kortere tijdsinvestering. Deze methode wordt ingezet door de forensisch systeemwerkers (FSW) en dient als hulpmiddel om een analyse te maken van het netwerk. Het kan worden gebruikt als overdrachtsdocument naar andere zorgorganisaties of andere medewerkers binnen de Van Mesdag zoals behandelaren en mentoren. De BNA, zoals weergegeven in bijlage 1, is opgebouwd uit diverse concepten die gezamenlijk inzicht bieden in zowel de patiënt als het sociale netwerk. Deze methode wordt opgesteld door forensisch systeemwerkers (FSW'ers), die hierbij gebruikmaken van een gestandaardiseerd format. De invulling van de BNA vindt plaats op basis van meerdere informatiebronnen, waaronder Pro Justitia-rapportages, observaties uit het Pieter Baan Centrum, gesprekken met de patiënt zelf, input vanuit het sociaal netwerk en andere relevante gegevens. Het document omvat met name informatie over de persoonlijke en relationele voorgeschiedenis van de patiënt, de structuur en dynamiek van diens netwerk, de tien leefdomeinen en de positie van het slachtoffer netwerk. De BNA wordt geschreven in de eerste zes maanden dat de patiënt in de Van Mesdag zit, bij het eerste begeleid verlof, onbegeleid verlof en bij transmuraal verlof. Sinds mei 2020 wordt de BNA toegepast, maar het is nog onduidelijk in hoeverre deze methode werkbaar is, wat betreft de tijdsinvestering en het succesvol implementeren van de werkwijze en hoe het bijdraagt aan het voorkomen van recidive. Daarom is het van belang te onderzoeken in hoeverre de sociale netwerkconcepten zoals gemeten in de risicotaxatie-instrumenten terugkomen in de BNA en hoe deze bijdragen aan het voorspellen van recidive.

1.2 Maatschappelijke relevantie

Het behandelen van tbs-patiënten speelt een cruciale rol in de veiligheid van de samenleving. In tbs-klinieken, zoals de Van Mesdag, worden patiënten behandeld om te voorkomen dat er in de toekomst nieuwe slachtoffers vallen (Van Denderen & Van der Wolf, 2021). Patiënten worden geleidelijk begeleid naar hun terugkeer in de maatschappij, waarbij zorgvuldig steeds meer vrijheden worden opgebouwd. In Nederland ligt het recidivepercentage na een tbs-behandeling op 18 procent binnen twee jaar, terwijl dit na een gevangenisstraf ongeveer 47 procent bedraagt (TBS Nederland, 2023). Deze cijfers laten zien dat een tbs-behandeling effectiever is in het verminderen van recidive dan een gevangenisstraf.

In Nederland hebben veel mensen een mening over tbs-patiënten, deze is vaak negatief (TBS Nederland, 2023b). Dit negatieve imago staat haaks op de belangrijke functie van tbs binnen de samenleving, namelijk het beschermen van de veiligheid. Ondanks het feit dat de recidivecijfers

binnen twee jaar na tbs-behandeling aanzienlijk lager liggen dan na een gevangenisstraf, blijft de publieke opinie kritisch. In de afgelopen jaren is het recidivecijfer onder tbs-patiënten na afloop van een tbs-behandeling nog verder afgenomen. De behandeling van tbs-patiënten is voortdurend in ontwikkeling om recidive zoveel mogelijk te voorkomen.

Het is dus van belang te onderzoeken hoe de BNA-methode wordt ingezet binnen de Van Mesdag, omdat het een belangrijke rol speelt bij het in kaart brengen van het netwerk en het voorkomen van recidive. Het betrekken van het sociale netwerk van de patiënt via de BNA-methode kan een waardevolle bijdrage leveren, zowel tijdens als na de behandeling (Van den Berg, 2021). Om de BNA effectief te kunnen toepassen binnen de Van Mesdag is het essentieel dat verschillende disciplines binnen de kliniek goed op de hoogte zijn van de werking van de methode. Een zorgvuldige implementatie van de BNA is noodzakelijk om deze gedurende het hele behandelproces optimaal te benutten.

1.3 Sociologische relevantie

Antisociaal gedrag of crimineel gedrag is vaak het resultaat van verschillende factoren, waarbij ook het sociale netwerk een rol speelt. Risicofactoren, zoals criminele vrienden, vergroten de kans op crimineel gedrag (Sampson & Laub, 1993). Om recidive te voorkomen, is het niet voldoende om alleen naar het individu te kijken. Wanneer iemand in zijn sociale omgeving veel negatieve bindingen heeft, blijft de kans op recidive verhoogd. De sociale controletheorie van Hirschi richt zich op de sociale bindingen van een persoon (Hirschi, 1969). Deze theorie benadrukt dat individuen met sterke en positieve bindingen minder crimineel gedrag vertonen, terwijl individuen met zwakke en negatieve bindingen sneller crimineel gedrag ontwikkelen. De differentiële associatietheorie beschrijft dat crimineel gedrag wordt aangeleerd via sociale interacties (Sutherland, 1947). Wanneer iemand omgaat met criminele vrienden of mensen met een antisociale persoonlijkheid, is de kans op crimineel gedrag groter. Volgens de sociaal-kapitaaltheorie ontstaat crimineel gedrag vooral wanneer iemand over weinig sociaal kapitaal beschikt (Van den Rakt, 2005). Sociaal kapitaal bestaat uit sociale relaties, onderlinge verbondenheid en hulpbronnen. Wanneer iemand vanuit zijn netwerk praktische en emotionele steun ervaart, bezit hij een positief sociaal kapitaal en is de kans op crimineel gedrag kleiner. Er zijn dus verschillende theorieën die zich richten op de rol van het netwerk bij crimineel gedrag. De bijdrage van deze studie ligt in het onderzoeken van de BNA-methode, die zich richt op het analyseren van het netwerk. Hiervoor is het belangrijk om duidelijk te hebben waarop deze methode is gebaseerd en welke onderliggende theoretische basis eraan ten grondslag ligt.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

In de afgelopen jaren is er al veel onderzoek gedaan naar risicotaxatie, maar ook naar de rol van het netwerk bij recidive. Met de komst van de FSNA is het belang van het netwerk bij de behandeling van tbs-patiënten verder toegenomen (Ter Haar-Pomp, 2021). Er was nu een methodische werkwijze ontwikkeld, waarbij het netwerk tijdens een tbs-behandeling geanalyseerd werd. Nadat de BNA is ontwikkeld om de FSNA in de praktijk te vervangen, is er tot op heden geen nieuw onderzoek gedaan naar het functioneren van deze methode. Door te onderzoeken hoe de BNA in de praktijk werkt, wordt duidelijk welke bijdrage deze methode levert.

Dit onderzoek levert een bijdrage aan het verdiepen van het inzicht in de werking van de BNA binnen de praktijk, met specifieke aandacht voor de rol van de BNA in het inschatten van netwerk gerelateerde risicofactoren bij tbs-patiënten en de mate waarin de methode praktisch toepasbaar is binnen een tbs-behandeling. Het onderzoek kan daardoor bijdragen aan het verduidelijken van de theoretische onderbouwing van de BNA en inzicht geven in hoe deze methode kan bijdragen aan het voorkomen van recidive. Daarnaast kunnen er nieuwe inzichten worden opgedaan die kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling en implementatie van de BNA. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Hoe komen de sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie instrumenten terug in de Basis Netwerk Analyse en in hoeverre zijn deze bruikbaar in de behandeling van tbs-patiënten?

Vanuit de onderzoeksvraag kunnen er twee deelvragen worden opgesteld:

1. In hoeverre worden sociale netwerkconcepten in de risicotaxatie instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en de SSA behandeld?
2. Op welke manier komen de sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en de SSA en de FSNA terug in de Basis Netwerk Analyse?
3. Hoe wordt de Basis Netwerk Analyse toegepast in de praktijk?

2 Theoretisch kader

In Nederland zijn er elf tbs-klinieken verspreid over het land, allemaal met hetzelfde doel: recidive voorkomen. In 2023 waren er gemiddeld zo'n 1614 tbs-patiënten in Nederland (TBS Nederland, 2024). Een tbs-maatregel wordt opgelegd aan personen die een ernstig strafbaar feit hebben gepleegd en die tijdens het misdrijf leden aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (Nagtegaal et al., 2016). Het is een maatregel die de vrijheid van een persoon afneemt, maar de veiligheid van de samenwerking moet bevorderen. Het doel van de tbs is dat een patiënt terugkeert naar de samenleving en geen gevaar meer is. Daarom worden de risicofactoren van een patiënt gedurende de behandeling, naast het dagelijkse toezicht, op verschillende momenten geanalyseerd aan de hand van onder andere risicotaxatie instrumenten. De beschermende factoren zijn tijdens de behandeling van belang, hiermee kan de kans op delicten ook worden verminderd (Vries Robbé, 2014). Om in te kunnen schatten wat allemaal belangrijk is, wordt er gebruikgemaakt van risicotaxaties. Dit zijn instrumenten die kunnen analyseren in hoeverre er nog sprake is van risico's op verschillende leefgebieden. Naast de risicotaxatie instrumenten, wordt er ook dagelijks door de medewerkers een inschatting gemaakt van de risico's. Dit wordt gedaan door sociotherapeuten op de afdeling en de FSW'ers analyseren het netwerk. In een tbs-behandeling wordt er dus constant een inschatting gemaakt van de mogelijke risico's van een patiënt.

In vervolg van dit hoofdstuk wordt eerst besproken op welke manier het netwerk invloed kan hebben op het gedrag van een patiënt. Een sociaal netwerk wordt gedefinieerd als het geheel van personen met wie een individu sociale relaties onderhoudt en die frequent in contact staan met de patiënt (Hendrix, 2018). Het netwerk kan bestaan uit zowel formele relaties, zoals hulpverleners, als informele relaties. Er worden verschillende theorieën beschreven die verklaren op welke wijze de sociale omgeving risicovol gedrag beïnvloedt. Daarna zal er besproken worden hoe de factoren in de risicotaxaties instrumenten tot stand zijn gekomen en welke netwerk factoren erin terugkomen. Ten slot wordt er gekeken naar de wijze waarop een methode geïmplementeerd wordt in de praktijk.

2.1 Invloeden van het netwerk

Een belangrijk onderwerp dat terugkomt in de factoren van de risicotaxaties is het sociale netwerk. Bij de instrumenten, zoals de HCR-20^{V3}, HKT-R en SSA, wordt er onder andere gevraagd naar de persoonlijke steun, beïnvloeding van het antisociale netwerk en intieme relaties. Bij al deze factoren gaat het om het netwerk van iemand, maar vooral om de invloed van andere personen. Het netwerk kan dan ook een groot effect hebben op het gedrag van een persoon. In de forensische psychiatrie is

het netwerk dan ook van belang, want een omgeving met veel risicovolle netwerkliden is niet helpend bij de behandeling en een veilige terugkeer in de maatschappij (Nagtegaal & Schönberger, 2013). Wanneer iemands netwerk vooral bestaat uit risicovolle netwerkliden is de kans groter op recidive, daarom wordt er bij de risicotaxatie instrumenten ook gekeken naar het netwerk. Een beschermend netwerk heeft dan ook een positieve invloed op een persoon en zorgt voor een verminderde kans op recidive ((Rennie & Dolan, 2010). Antisociaal gedrag, zoals agressie en diefstal, ontstaat dan ook vaak in groepsverband, vooral bij jongeren (Miller, 2010). Het is dan ook belangrijk om te begrijpen hoe het netwerk het gedrag van anderen beïnvloed. Hieronder worden drie theorieën beschreven die verklaren hoe het netwerk een rol speelt in het gedrag van iemand, dit zijn de sociale controletheorie, differentiële-associatietheorie en de sociaal-kapitaaltheorie.

2.1.1 Sociale bindingen

Sociale relaties binnen een netwerk kunnen op uiteenlopende manieren tot stand komen en de aard van deze relaties varieert sterk. Zo kunnen netwerken gevormd worden op basis van familiebanden, gedeelde interesses of hobby's, gemeenschappelijk onderwijs of wederzijdse kennis (Hendrix, 2018). Niet alleen de oorsprong van relaties verschilt, ook de kenmerken ervan lopen uiteen. Binnen netwerken kan sprake zijn van meer homogene of heterogene relaties. In homogene relaties waarbij sprake is van overeenkomsten in bijvoorbeeld leeftijd, opleidingsniveau, sociaaleconomische achtergrond en religieuze overtuiging, is de kans op onderlinge steun doorgaans groter en zijn de relaties vaak stabiel. Netwerken vervullen ook verschillende functies. Zij kunnen emotionele, cognitieve, normatieve en praktische steun bieden, wat bijdraagt aan het welzijn en de veerkracht van het individu (Nuyts, 2017). De mate van betrokkenheid bepaalt in belangrijke mate de effectiviteit van die steun. Een netwerkrelatie die gekenmerkt wordt door afstand of zeldzaam contact, biedt doorgaans minder ondersteuning dan een relatie met een hoog niveau van betrokkenheid. Zo zal een intensief betrokken moeder veel meer (en diverse vormen van) steun kunnen bieden dan een kennis die slechts incidenteel contact onderhoudt.

De sociale controletheorie van Hirschi richt zich op de sociale bindingen die een individu aangaat met anderen en met de samenleving en hoe deze bindingen kunnen verklaren in hoeverre crimineel gedrag ontstaat (Hirschi, 1969). De theorie stelt dat personen met sterke, duurzame bindingen minder geneigd zijn om crimineel gedrag te vertonen. Omgekeerd geldt dat bij individuen met zwakke of afwezige bindingen de kans op delinquent gedrag toeneemt. Hirschi onderscheidt vier centrale componenten van sociale bindingen: gehechtheid, betrokkenheid, gebondenheid en overtuiging. Effectieve sociale bindingen worden gekenmerkt door een emotionele verbondenheid met anderen (gehechtheid), investering in maatschappelijke activiteiten zoals opleiding of werk

(betrokkenheid), het nastreven van conventionele levensdoelen (gebondenheid) en het onderschrijven van sociale normen en waarden (overtuiging).

De wijze waarop sociale bindingen binnen de omgeving van een individu worden gevormd en in stand gehouden, vormt een belangrijk uitgangspunt voor het verklaren van crimineel gedrag (Costello & Laub, 2020). Wanneer een individu zich slechts in beperkte mate verbonden voelt met de samenleving, of wanneer bestaande bindingen wegvallen, neemt de kans op het ontwikkelen van crimineel of antisociaal gedrag significant toe. Dit risico is met name verhoogd bij personen die onvoldoende hechting ervaren met opvoeders; zij blijken vatbaarder voor het vertonen van gewelddadig gedrag (Sokol-Katz et al., 1997). Binnen risicotaxatie-instrumenten biedt de sociale controletheorie dan ook een relevante theoretische basis om de invloed van netwerkliden op crimineel gedrag te duiden en te beoordelen.

2.1.2 Interactie met netwerkliden

De sociale-controletheorie beschrijft hoe de interactie tussen netwerkliden de kans op crimineel gedrag beïnvloedt. Daarnaast speelt ook het type sociale interactie binnen een netwerk een cruciale rol bij gedragsontwikkeling. Zo hebben vriendschappen die draaien om constructieve activiteiten, zoals samen sporten, een ander effect op gedragsvorming dan relaties die gekenmerkt worden door gezamenlijke betrokkenheid bij risicogedrag, zoals drugsgebruik (Hoeben & Weerman, 2016). Wanneer meerdere leden binnen een sociale omgeving antisociaal gedrag vertonen, neemt de kans toe dat anderen binnen het netwerk dit gedrag overnemen. Groepsdruk speelt hierbij een versterkende rol, met name tijdens de adolescentie, waarin de invloed van leeftijdsgenoten sterk toeneemt (Dijkstra & Veenstra, 2019). Binnen zulke groepen kunnen informele normen ontstaan die delinquent gedrag, zoals diefstal, goedkeuren of zelfs aanmoedigen. Op die manier draagt het sociale netwerk bij aan het normaliseren van crimineel gedrag, wat de invloed van sociale interactie op individueel risicogedrag verklaart.

De differentiële-associatietheorie beschrijft hoe sociale interacties het gedrag van iemand kunnen beïnvloeden. Deze theorie stelt dat crimineel gedrag ontstaat door interactie met anderen (Sutherland, 1947). In het contact met andere antisociale personen of delinquente vrienden is de kans groter dat iemand zelf ook crimineel gedrag gaat vertonen (Mears et al., 1998). De theorie stelt dat crimineel gedrag dus niet aangeboren is, maar ontstaat door sociale interacties. Hoe meer sociale interacties iemand heeft met anderen die een negatieve invloed hebben, hoe groter de kans dat iemand ook crimineel gedrag vertoont. Hierbij is ook de frequentie, intensiteit, prioriteit en intensiteit van de sociale interactie van belang (Lantz & Willies Shaw, 2022). De mate waarin iemand betrokken is bij interacties met anderen, zoals hoe vaak deze plaatsvinden, hoe lang ze duren, hoe

belangrijk ze worden gevonden en hoe sterk de relaties zijn, speelt een bepalende rol in het ontstaan van crimineel gedrag.

Volgens de differentiële-associatietheorie beïnvloeden sociale interacties het gedrag van individuen via processen van observatie, imitatie en internalisatie (Lanier & Henry, 2004). In de omgang met anderen vindt een sociaal leerproces plaats, waarbij niet alleen gedrag, maar ook onderliggende normen en waarden kunnen worden overgenomen. Wanneer een individu bijvoorbeeld herhaaldelijk in contact komt met vrienden die positief spreken over diefstal in een supermarkt of het gebruik van geweld, kan dit leiden tot een verschuiving in morele opvattingen. Het gedrag wordt hierdoor genormaliseerd binnen de sociale context. Sociale interacties kunnen dus van grote invloed zijn op zowel gedragsvorming als de ontwikkeling van normen en waarden, waaruit crimineel gedrag kan ontstaan.

2.1.3 Het netwerk als hulpbron

Het sociale netwerk vervult diverse functies en fungeert tevens als een waardevolle hulpbron. Zo kan een vriend praktische ondersteuning bieden, bijvoorbeeld door te assisteren bij het vinden van werk. Op deze wijze levert het netwerk niet alleen directe steun, maar oefent het ook bredere sociale en maatschappelijke invloed uit. Volgens Hendrix (2018) vormt deze ondersteuning een essentieel fundament voor het waarborgen van basisbehoeften. Daarnaast kan het netwerk een belangrijke rol spelen in het leggen van contacten met andere maatschappelijke relaties, zoals hulpverleningsinstanties of nieuwe sociale relaties. Door dergelijke verbindingen te faciliteren, vergroot het netwerk iemands sociaal bereik en ontstaan er nieuwe kansen op participatie en maatschappelijke integratie.

De sociaal-kapitaaltheorie stelt dat individuen met een hoog niveau van sociaal kapitaal meer mogelijkheden hebben om persoonlijke doelen te verwezenlijken (Van de Rakt et al., 2005). Sociaal kapitaal omvat zowel de sociale relaties die iemand onderhoudt als kwaliteit en kwantiteit van hulpbronnen binnen dat netwerk. De effectiviteit van een netwerk wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van deze relaties, bijvoorbeeld in de mate waarin zij emotionele of praktische steun bieden. Positieve hulpbronnen, zoals betrouwbare en ondersteunende netwerkliden, bevorderen persoonlijke ontwikkeling, terwijl negatieve invloeden, zoals contacten met personen die overmatig middelengebruik vertonen, juist een belemmerende werking kunnen hebben (Stolle, 1999). Zulke negatieve hulpbronnen kunnen de toegang tot werk, stabiele huisvesting of hulpverlening ondermijnen. Sociaal kapitaal heeft dus niet alleen een positieve kant, maar kan ook leiden tot negatieve uitkomsten (Ter Haar-Pomp, 2023). Een tekort aan sociaal kapitaal vergroot daarmee het

risico op crimineel gedrag. De theorie onderstreept dus de centrale rol van het netwerk in het vormgeven van gedrag en het realiseren van sociaal-maatschappelijke doelen.

Voor een betrouwbare analyse van sociale netwerken, zoals toegepast binnen risicotaxatie-instrumenten en methodieken FSNA en BNA, is een goede theoretische basis essentieel. De beoordeling van de risico's van een netwerk zijn gebaseerd op factoren die een voorspellende waarde voor recidive hebben. Theoretische kaders zoals de sociale-controletheorie, de differentiële-associatietheorie en de sociaal-kapitaaltheorie bieden verklaringen voor de wijze waarop sociale relaties en interacties bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van crimineel gedrag. Deze theorieën verschaffen niet alleen inzicht in onderliggende mechanismen, maar fungeren tevens als analytisch referentiekader voor het inschatten van netwerkrisico's. Binnen de context van tbs-behandeling vormt deze inschatting een cruciaal onderdeel van het behandelproces, aangezien het sociale netwerk zowel beschermende als risicovolle invloeden kan uitoefenen. De genoemde theorieën helpen behandelaars om de aard, sterkte en invloed van sociale verbanden systematisch te beoordelen.

2.2 Risicotaxatie

In dit tweede deel van het theoretisch kader worden de veel gebruikte risicotaxatie-instrumenten binnen de forensische psychiatrie besproken, evenals de wijze waarop de onderliggende concepten en risicofactoren in deze instrumenten zijn ontwikkeld. Tijdens een tbs-behandeling vormen risicotaxatie-instrumenten een essentieel hulpmiddel om de kans op recidive systematisch en gestructureerd in te schatten. In de Nederlandse forensische zorgpraktijk wordt gebruikgemaakt van diverse instrumenten die op basis van zowel statische als dynamische factoren de risico's van een patiënt in kaart brengen. Historische factoren zijn onveranderlijk, terwijl dynamische factoren juist beïnvloedbaar zijn en daarmee kunnen veranderen in de loop van de tijd. Deze instrumenten bieden niet alleen ondersteuning voor behandelbeslissingen, maar dienen tevens als onderbouwing voor juridische en beleidsmatige verantwoording.

2.2.1 RNR-model + Central Eight

Risicotaxatie instrumenten in de forensische psychiatrie zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde kennis over risicofactoren van recidive. Dit zijn verschillende factoren waarvan onderzocht is dat er samenhang is met recidive (Harte & Breukink, 2010). De factoren gaan over verschillende levensdomeinen die het leven van de patiënt inzichtelijk maken. Hierbij staat zicht krijgen op de risicofactoren centraal, hierbij wordt ook gekeken naar iemands ziekte of antisociale gedrag (Nagtegaal & Schönberger, 2013). De oorsprong van deze gedachte is het Risk-Need-Responsivity-model (RNR-model), dit beschrijft waaraan een behandeling zou moeten voldoen om

recidive te voorkomen. Het RNR-model is een veelgebruikt model in de behandeling van tbs-patiënten, met als specifiek doel het verminderen van recidive risico en het vergroten van de effectiviteit van de behandeling. Het model is opgebouwd uit drie centrale principes, die richting geven aan een doelgerichte aanpak van risicofactoren en daarmee bijdragen aan het voorkomen van toekomstige recidive (Bonta, 2013). Het eerste principe is risk, dit houdt in dat de behandeling effectiever is wanneer het afgestemd is op het risiconiveau van de patiënt. Een hoger risico vraagt ook om een intensievere behandeling, want hiermee is er meer kans op een succesvolle behandeling. Het tweede principe is de needs, wat betekent dat de behandeling gericht moet zijn op factoren die in verband staan met crimineel gedrag. Door de factoren te behandelen die crimineel gericht zijn wordt de kans op recidive kleiner. Het derde principe is responsivity, dit houdt in dat de behandeling moet aansluiten bij de leerstijl en het cognitieve niveau van de patiënt. In 2007 is het responsivity principe verder uitgewerkt, dit principe werd onderverdeeld in algemene en specifieke responsivity (Bonta, 2023). De algemene responsivity houdt in dat behandelingsmethoden die bewezen effectief zijn vaak de beste keuze is. En specifieke responsiviteit benoemt dat er goed naar de specifieke kenmerken van een individu gekeken moet worden. Er is na een tijd nog een principe toegevoegd over de professionele ruimte binnen de drie principes. In het geval van een unieke situatie kan er worden afgeweken van de eerste drie principes.

De factoren die belangrijk zijn in het RNR-model zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing, waarbij is aangetoond dat het samenhangt met recidive. De Central Eight geeft acht risicofactoren aan, die zijn onderverdeeld in twee delen. De Big Four factoren hebben de sterkste samenhang met crimineel gedrag (Bonta & Andrews, 2007). Het tweede deel is de moderate four waarbij er minder associatie is met criminaliteit, dan bij de Big Four. De factoren die bij de Central Eight horen belichten allemaal verschillende risico's voor crimineel gedrag, zie tabel 1. Veel van de Central Eight factoren refereren ook direct of indirect naar iemands netwerk (Ter Haar- Pomp, 2023). Factoren zoals iemands pro criminele netwerk verwijzen direct naar het netwerk, maar misbruik van middelen misbruik maakt een indirecte verwijzing. Het gaat hierbij voornamelijk om het individuele misbruik van alcohol en/of drugs, maar het is ook belangrijk om te weten of iemand via zijn netwerk aan bepaalde middelen komt. Netwerkliden die alcohol en drugs gebruiken motiveren vaak ook hun omgeving om te gebruiken (Ali & Dwyer, 2010). Het netwerk speelt dus ook een rol in de factoren van de Central Eight en daarbij ook in het voorkomen van recidive.

Tabel 1: Central Eight factoren

Big Four	Indicaties
Antisociale persoonlijkheid patroon	Weinig zelfcontrole, impulsief, snel geïrriteerd en agressief
Pro crimineel gedrag	Gedachten, waarden en gevoelens die crimineel gedrag toestemmen
Eerder crimineel gedrag	Crimineel en/of antisociaal gedrag en betrokkenheid bij eerdere strafbare feiten
Pro crimineel netwerk	Vrienden/kennissen die crimineel gedrag vertonen of stimuleren
Moderate four	
Familie en relatie	Slechte familierelaties, conflicten met partners en een gebrek aan steun.
School/werk	Problemen op school en/of werk, zoals geen diploma's hebben of een onstabiele arbeidssituatie
Middelenmisbruik	Misbruik van alcohol en/of drugs
Vrije tijd en ontspanning	Geen prosociale vrijetijdsactiviteiten of zinvolle dagbesteding

Noot. Verklaring van de inhoud van de tabel in zijn geheel. Aangepast overgenomen uit "Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation", van Bonta, J., Andrews, D., 2007, Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. User report 2007-06.

2.2.2 Verplichte risicotaxatie instrumenten in Nederland

Forensische Psychiatrische Centra (FPC) streven naar een veilige terugkeer naar de maatschappij, maar voornamelijk een delictvrije toekomst. Een belangrijk onderdeel van een FPC is dan ook het risicomanagement, dit kan worden beschreven als: het proces van het beheersen van risico's van een forensisch psychiatrische patiënt op crimineel en gewelddadig gedrag met behulp van een combinatie van voortdurende monitoring en evaluaties van risicogedrag en -situaties gedurende de behandeling en revalidatie van de patiënt (Ter Haar-Pomp et al., 2016). Dit kan onder andere worden gedaan met risicotaxatie instrumenten, dit is een manier om de risico's te monitoren en evalueren. In dit onderzoek wordt er gekeken naar drie verschillende risicotaxatie instrumenten, dit zijn de Historical Clinical Risk Management (HCR-20^{V3}), Historical Clinical Future-Revised (HKT-R) en de

Static/Stable/Acute (SSA) (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2019). Dit zijn binnen de forensische psychiatrie in Nederland één van de meest gebruikte instrumenten.

De HCR-20^{V3} is een risicotaxatie instrument om toekomstige geweld risico's in te schatten (De Vogel et al., 2022). Het instrument is niet bedoeld om voorspellingen te doen over de verre toekomst, maar moet minstens elke 12 maanden, of bij belangrijke veranderingen bij de patiënt, opnieuw ingevuld worden. De HCR-20^{V3} bevat 10 statische en 10 dynamische risicofactoren, zie bijlage 2, en kan gebruikt worden bij mannen en vrouwen boven de 18. Het instrument wordt ingezet bij besluitvorming over vrijlating, toezicht op risico's tijdens de behandeling en besluiten over de opname. Er is onderzocht dat de items van de HCR-20^{V3} veelal samenhangen met geweld, hiermee blijkt het instrument een goede voorspeller van risico's (Douglas & Shaffer, 2021). In Nederland is HCR-20^{V3} een veel gebruikt instrument in de forensische psychiatrie.

Het tweede veel gebruikte instrument is de HKT-R, dit is een gestructureerd professioneel risicotaxatie instrument om het risico in te schatten van gewelddadige recidive van forensische psychiatrische patiënten (Spreeen et al., 2014). De HKT-R is de opvolger van de HKT-30, die vooral opnieuw onderzocht moest worden omdat het instrument voor meerdere doeleinden toepasbaar moest worden. Het instrument bevat 33 indicatoren, waarvan 12 historische, 14 klinische en 7 toekomstige (zie bijlage 2). De historische indicatoren gaan over de geschiedenis voor de arrestatie van het tbs-indexdelict, de klinische indicatoren hebben alleen betrekking op de twaalf maanden voorafgaand aan de taxatie en de toekomstige zijn een inschatting over een bepaalde situatie zoals onbegeleid verlof. De indicatoren worden beoordeeld op een schaal van 0 tot 4, waarbij 0 staat voor een zeer laag risico en 4 voor een hoog risico. Uiteindelijk wordt het risico ingeschat van 1 tot 5, van laag tot hoog risico, waarbij ook een onderbouwing wordt gegeven. De HKT-R wordt gebruikt voor mannelijke plegers van geweldsdelicten en mannelijke patiënten met een psychotische kwetsbaarheid en/of persoonlijkheidsstoornis. Het instrument is niet geschikt voor vrouwelijke patiënten of mannelijke zedendelinquenten met minderjarige slachtoffers. De HKT-R blijkt een goed instrument om risico's voor gewelddadig gedrag in de toekomst te voorspellen (Bogaerts et al., 2017). Vergeleken met het vorige HKT-instrument is het voorspellen verbeterd door een aanpassing van de historische indicatoren. De HKT-R is dan ook een goed instrument om risico's mee in te schatten in de forensische psychiatrie.

Het derde instrument is de SSA, dit is ook een risicotaxatie instrument. De Static/Stable/Acute bevat een combinatie van statische en dynamische factoren om het recidiverisico in te schatten (Bouman et al., 2020). De SSA wordt ingezet voor patiënten met een zedendelict en maakt een inschatting van

de kans op toekomstig seksueel of gewelddadig gedrag. Het bestaat uit drie verschillende onderdelen: de Static-99R, de Stable-2007 en de Acute-2007 (Zie bijlage 2). De Static-99R bevat 10 statische variabelen, dit zijn relatief eenvoudige variabelen om in te schatten (Smid et al., 2014b). De Stable-2007 bevat 12 stabiele dynamische risicofactoren, zoals impulsiviteit en slechte probleemoplossende vaardigheden (Berg et al., 2014). Het laatste onderdeel van de SSA is de Acute-2007 bevat 7 acuut dynamische risicofactoren, zoals werkloosheid en drugsgebruik (Koch et al., 2014). De SSA wordt ingezet in zowel de forensische zorg als in de justitiële keten en geeft een inschatting of een zedendelinquent een laag, laag-matig, matig, matig-hoog of hoog risico vormt.

2.3 Implementatie in de praktijk

Het invoeren van een nieuwe methode in de praktijk vergt veel werk en een passende aanpak, dit wordt ook wel implementeren genoemd. Implementatie wordt als volgt beschreven: “een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen, een bepaalde verandering op gang te brengen of verandering van blijvende aard te realiseren” (Plas & Wensing, 2006). Wanneer er een nieuwe methode wordt geïntroduceerd is er een fase van implementeren, dit is ook het geval bij de BNA. Het implementeren van een nieuwe methode is afhankelijk van veel verschillende factoren. Het belang van betrokkenheid en een gedeeld draagvlak voor de nieuwe methode is belangrijk om het effectief te implementeren (Grol & Wensing, 2006). Daarbij is het ook belangrijk dat de wijze van implementatie aansluit bij de doelgroep, de setting en de middelen van de organisatie (Grol et al., 2006). Een juiste implementatie strategie kan ervoor zorgen dat de BNA ingevoerd kan worden als werkwijze een rol krijgt in een tbs-behandeling.

De implementatie van een nieuwe werkwijze binnen de forensische psychiatrie is doorgaans een complex proces, mede vanwege de dynamiek en specifieke eisen van deze setting (Wensing & Grol, 2017). Er bestaat geen standaard set aan hulpmiddelen of stappen die gegarandeerd leiden tot succesvolle implementatie, dit is afhankelijk van de context. In de literatuur zijn diverse theoretische kaders ontwikkeld die inzicht bieden in de factoren die implementatieprocessen beïnvloeden. In de volgende paragrafen worden twee van deze theorieën besproken. Beide kaders zijn relevant binnen de forensisch-psychiatrische context, omdat het rekening houdt met de complexiteit en grote van de organisatie.

2.3.1 Normalisatie van methode

Het implementeren van een nieuwe methode binnen een organisatie kan moeizaam verlopen, met name vanwege de complexiteit van veranderprocessen. Een doordachte en gestructureerde aanpak is daarom essentieel om een nieuwe werkwijze effectief te integreren in de praktijk. De Normalization Process Theory (NPT) biedt een waardevol theoretisch kader om te analyseren hoe innovaties, interventies of werkwijzen daadwerkelijk worden geïntegreerd in de werkwijze binnen de organisatie (May et al., 2009). Deze theorie is relevant binnen de gezondheidszorg, waaronder ook de forensische zorg gedeeltelijk valt, doordat er rekening wordt gehouden met de complexiteit, multidisciplinaire samenwerkingen, strikte regelgeving, hoge werkdruk en voortdurende veranderingen (Hillis, 2024). De NPT identificeert vier centrale mechanismen die bepalend zijn voor het succes van een implementatie, dit zijn coherentie, cognitieve participatie, collectieve actie en reflexieve monitoring (May & Finch, 2009). Wanneer bij implementatieprocessen expliciet rekening wordt gehouden met deze mechanismen, neemt de kans toe dat de nieuwe werkwijze duurzaam wordt geïntegreerd binnen de organisatie.

Het mechanisme coherentie binnen de NPT verwijst naar de mate waarin professionals een gedeeld begrip ontwikkelen van de aard, het doel en de relevantie van de te implementeren methode. Wanneer een interventie wordt ervaren als betekenisvol en duidelijk onderscheidend ten opzichte van bestaande werkwijzen, vergroot dit de kans dat zorgprofessionals de methode willen integreren in hun werkwijze (Finch et al., 2012). Ontbreekt daarentegen een gedeeld begrippenkader, dan ontstaat er onduidelijkheid over de functie en toegevoegde waarde van de interventie, wat de implementatie kan belemmeren. Het tweede mechanisme, cognitieve participatie, betreft de mate van actieve betrokkenheid van individuen en teams bij het implementatieproces. Het gaat hierbij om het creëren van eigenaarschap, want de professionals moeten zich verbonden voelen met de methode, bereid zijn om deze toe te passen en collega's hierin te ondersteunen (May et al., 2009). Zonder deze mentale en praktische inzet ontbreekt het draagvlak dat nodig is om tot daadwerkelijke en duurzame implementatie te komen. Het derde mechanisme, collectieve actie, heeft betrekking op de praktische uitvoering van de interventie in de dagelijkse werkomgeving. Succesvolle toepassing vereist niet alleen individuele competenties, maar ook voldoende structurele randvoorwaarden zoals tijd, middelen, organisatorische ondersteuning en aansluiting op bestaande werkprocessen (Verwoerd et al., 2022). Wanneer de methode als te ingewikkeld, belastend of slecht geïntegreerd in de werkwijze wordt ervaren, kan dit de toepassing belemmeren, zelfs wanneer er aanvankelijk draagvlak aanwezig is. Tot slot verwijst reflexieve monitoring naar het evaluatieve proces waarin professionals gezamenlijk reflecteren op de werking, effectiviteit en toepasbaarheid van de methode in de praktijk. Deze continue beoordeling maakt het mogelijk om de interventie waar nodig bij te

stellen en te optimaliseren, waardoor de methode beter aansluit bij de behoeften en ervaringen van de professionals (Finch et al., 2012). Indien structurele evaluatie en feedback ontbreken, bestaat het risico dat de methode onvoldoende aansluit bij de praktijk of geleidelijk minder wordt ingezet.

Door deze vier mechanismen in samenhang te analyseren, biedt NPT een gestructureerd raamwerk om te verklaren waarom een methode als de BNA wel of niet duurzaam wordt geïmplementeerd in een tbs-behandeling. De theorie maakt inzichtelijk welke factoren van belang zijn om een methode succesvol te implementeren.

2.3.2 Implementeren in de forensische zorg

Een tweede theorie die waardevolle inzichten biedt in de factoren die van invloed zijn op de implementatie van nieuwe werkwijzen, is het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Dit theoretisch raamwerk wordt erkend als een uitgebreide en gestructureerde benadering voor het analyseren, plannen en begeleiden van implementatieprocessen binnen zorg- en hulpverleningsinstellingen (Nilsen, 2015). CFIR wordt ook toegepast als onderbouwing voor implementatietrajecten binnen de forensische zorg, waar het inzicht biedt in de contextuele complexiteit en organisatorische dynamiek (Brenninkmeijer et al., 2024). CFIR stelt onderzoekers, beleidsmakers en zorgprofessionals in staat om systematisch te onderzoeken waarom een implementatie al dan niet slaagt. In tegenstelling tot theorieën die uitsluitend gericht zijn op de kenmerken van de interventie zelf, biedt CFIR een integrale benadering door ook de bredere context, de betrokken actoren en het implementatieproces expliciet mee te nemen in de analyse (Damschroder et al., 2009).

De theorie is opgebouwd uit vijf onderling samenhangende domeinen, dit zijn de outer setting, de inner setting, de kenmerken van de interventie, de eigenschappen van de betrokken individuen en het implementatieproces zelf (Albers et al., 2020). Elk van deze domeinen belicht specifieke invloeden op het implementatieproces. De outer setting betreft de externe omgeving waarin de organisatie functioneert, waaronder maatschappelijke, politieke en economische factoren. Wanneer een interventie goed aansluit bij externe behoeften, beleidsdoelen of publieke verwachtingen, vergroot dit de kans op succesvolle implementatie. Externe druk of stimulansen, zoals wet- en regelgeving, financieringsvoorwaarden of publieke opinie, kunnen organisaties bovendien aanzetten tot structurele toepassing van de methode in de praktijk.

Het tweede domein binnen het CFIR-raamwerk betreft de inner setting, oftewel de interne context van de organisatie waarin de interventie wordt geïmplementeerd. Dit domein omvat onder andere de organisatiecultuur, structuur, communicatiepatronen en het leervermogen van de organisatie (Damschroder et al., 2009). De effectiviteit van een implementatieproces wordt in belangrijke mate

beïnvloed door de mate waarin de organisatie openstaat voor verandering, ervaring heeft met innovatie en beschikt over voldoende middelen en ondersteuning. Wanneer een organisatie gekenmerkt wordt door een transparante en constructieve communicatiecultuur en er ruimte is voor het uitproberen en verankeren van nieuwe werkwijzen, vergroot dit de kans op een succesvolle en duurzame implementatie.

Het derde domein, interventiekenmerken, richt zich op de eigenschappen van de methode of werkwijze zelf. Hierbij wordt onder meer gekeken naar de mate van complexiteit, de ervaren bruikbaarheid en relevantie, de aanpasbaarheid aan lokale contexten en de beschikbaarheid van empirische onderbouwing (Breimaier et al., 2015). Een interventie die als begrijpelijk en praktisch toepasbaar wordt ervaren, die gemakkelijk kan worden geïntegreerd in bestaande werkprocessen en waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond, zal doorgaans sneller geaccepteerd en geïmplementeerd worden door professionals binnen de organisatie.

Het vierde domein van het CFIR-raamwerk richt zich op het implementatieproces zelf. Dit omvat de wijze waarop de interventie binnen de organisatie wordt ingevoerd, waaronder de planning, de betrokkenheid van zowel leidinggevendenden als uitvoerende medewerkers en de mate waarin het proces systematisch wordt geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd (Alberts et al., 2020). Een zorgvuldig ontworpen en uitgevoerd implementatiestrategie, waarin ruimte is voor terugkoppeling, reflectie en aanpassing, vergroot de kans op succesvolle en duurzame toepassing van de interventie. Actieve participatie van professionals in het proces, gecombineerd met mogelijkheden voor feedback en lokale afstemming, bevordert de acceptatie en effectiviteit van de implementatie aanzienlijk.

Het vijfde en laatste domein betreft de karakteristieken van de betrokken individuen die de interventie in de praktijk moeten uitvoeren. Dit domein omvat factoren zoals kennis en vaardigheden, opvattingen ten aanzien van de interventie, intrinsieke motivatie, zelfvertrouwen en de bereidheid tot gedragsverandering (Breimaier et al., 2015). De houding en het gedrag van individuele zorgprofessionals zijn van belang voor een succesvolle implementatie. Wanneer medewerkers de interventie begrijpen, de meerwaarde ervan erkennen en vertrouwen hebben in hun vermogen om deze correct en effectief toe te passen, vergroot dit de kans op daadwerkelijke en blijvende integratie in het dagelijks handelen.

Net als de Normalization Process Theory biedt ook de CFIR een systematisch en contextsensitief raamwerk om implementatieprocessen te analyseren en te begeleiden. De vijf domeinen maken het mogelijk om op gestructureerde wijze de factoren te identificeren die bijdragen aan dan wel belemmerend zijn voor een succesvolle implementatie. Daarmee vormt de CFIR, in combinatie met de NPT, een waardevol theoretisch fundament voor het onderbouwen en evalueren van de invoering van nieuwe methoden binnen complexe zorgomgevingen zoals de forensische psychiatrie.

3 Methode

In dit hoofdstuk wordt de keuze voor de onderzoeksopzet onderbouwd en wordt toegelicht op welke wijze het onderzoek is vormgegeven en uitgevoerd. Er wordt uiteengezet hoe de participanten zijn geselecteerd en benaderd, evenals de procedure voor het verzamelen en verwerken van de data. Tevens wordt ingegaan op de wijze waarop is omgegaan met ethische overwegingen, waaronder vrijwillige deelname, anonimiteit en omgang met data.

3.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek heeft een kwalitatieve onderzoeksbenadering, met als doel meer inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de Basis Netwerk Analyse (BNA) in de forensische praktijk wordt toegepast, specifiek in de Van Mesdag kliniek. Het onderzoek zal starten met het beantwoorden van deelvraag 1 en 2, dit wordt gedaan door een literatuurvergelijking van de risicotaxatie instrumenten en de BNA. Ten eerste richt de literatuurvergelijking zich op de netwerk gerelateerde concepten van de BNA en wordt er geanalyseerd in hoeverre deze elementen theoretisch worden ondersteund door bestaande literatuur over de invloed van netwerken. Dit maakt inzichtelijk welke bijdrage de netwerk gerelateerde informatie uit de BNA levert aan het inschatten van de kans op recidive van een tbs-patiënt. Daarna wordt vergeleken in hoeverre de netwerkconcepten uit de BNA overeenkomen met de netwerkconcepten van de risicotaxatie instrumenten. De resultaten van de literatuurvergelijking laten zien in hoeverre de BNA overeenkomt of afwijkt met de instrumenten. Hierna wordt deelvraag 3 beantwoord, daarbij ligt de focus op de bijdrage van de BNA aan risicotaxatie van tbs-patiënten en op de ervaringen van professionals en patiënten met het gebruik van deze methode. De keuze voor kwalitatief onderzoek is ingegeven door de onderzoeksvraag, die vraagt om een diepgaand begrip van praktijkervaringen en de context waarin deze zijn ingebed. Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van betekenisvolle inzichten in ervaringen, motieven, gedragingen en opvattingen en is daarmee bij uitstek geschikt om de beleavingswereld van betrokkenen te verkennen (Flick, 2018). Deze methodologische benadering sluit dan ook goed aan bij het doel van dit onderzoek: het verkrijgen van meer inzicht over de manier waarop de BNA functioneert binnen de context van risicotaxatie en behandeling van TBS-patiënten.

De onderzoeksvraag die tijdens dit onderzoek beantwoord moet worden luidt als volgt: *‘Hoe komen de sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie instrumenten terug in de Basis Netwerk Analyse en in hoeverre zijn deze bruikbaar in de behandeling van tbs-patiënten?’* Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er verschillende participanten, die op hun eigen manier te maken hebben met de BNA. Het onderzoek wordt uitgevoerd bij de forensisch-psychiatrische zorgorganisatie Van Mesdag.

3.1.1 Participantenselectie

Voor dit kwalitatieve onderzoek wordt er gebruikgemaakt van een expert sampling. Dit is een manier van participantenselectie waarbij deelnemers bewust worden gekozen op basis van bepaalde kenmerken en/of omstandigheden (Hennink et al., 2020). De participanten worden bewust gekozen aan de hand van hun relevante ervaringen, waarbij er rekening wordt gehouden met de kwetsbaarheid van de participanten, voornamelijk de tbs-patiënten die deelnemen. Om vanuit verschillende perspectieven inzicht te krijgen in welke rol de BNA heeft tijdens de behandeling en welke ervaringen er zijn bij het werken met deze methode, is er gekozen voor vier groepen participanten. De vier groepen participanten zijn: Forensisch systeemwerkers (FSW), regie behandelaren, sociotherapeuten en tbs-patiënten bij de Van Mesdag. In tabel 2 wordt er een toelichting gegeven op de functie van de participanten.

Tabel 2: uitleg functie participanten

Functie	Beschrijving van functie
Forensisch systeemwerker (FSW)	Een forensisch systeemwerker analyseert het netwerk van de patiënt. Het sociale netwerk wordt gescreend en er wordt onderzoek gedaan naar risicovolle en beschermende factoren van het netwerk.
Regiebehandelaar	Een regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de behandeling van een patiënt en stuurt het multidisciplinaire behandelteam aan. Daarnaast stelt de regiebehandelaar samen met het team het behandelplan op, bewaakt de voortgang en neemt beslissingen over belangrijke mijlpalen, zoals verlopen of overplaatsingen. Op de uitstroomafdeling ligt de focus van een regiebehandelaar nog meer op het resocialiseren in de samenleving en het analyseren van de risico's hierbij.
Sociotherapeut	Een sociotherapeut begeleidt patiënten op de afdeling en draagt bij aan een gestructureerd en veilig behandelklimaat. Tot de kernfuncties behoren het observeren van gedrag, het aanbrengen van dagstructuur, het begeleiden van sociale interacties en het werken aan behandeldoelen.

Noot: overgenomen uit Forensisch Psychiatrisch Centrum: aanbod. Door Mesdag (z.d.), van <https://www.vanmesdag.nl/aanbod/forensisch-psychiatrisch-centrum>

De Forensisch Sociaal Werkers (FSW'ers) van de Van Mesdagkliniek vormen een essentiële doelgroep binnen dit onderzoek, aangezien de BNA een geïntegreerd onderdeel is van hun professionele werkzaamheden. Hun directe betrokkenheid bij de toepassing van deze methode maakt hun perspectieven waardevol, zowel in termen van ervaring met de BNA als in hun bijdrage aan de inschatting van recidiverisico's. De selectie van de deelnemers is primair gebaseerd op beschikbaarheid, hierbij is er dus geen expert sampling ingezet: FSW'ers die op het geplande moment van de focusgroep aanwezig waren, zijn uitgenodigd om deel te nemen. Hierbij werd gestreefd naar een minimale groepsgrootte van zes personen om een voldoende breed scala aan perspectieven te waarborgen. Verdere selectiecriteria zijn niet gehanteerd, mede omdat de deelnemende FSW'ers betrokken zijn bij verschillende afdelingen, wat op zichzelf reeds bijdraagt aan diversiteit in ervaringen en contexten. Bovendien is er binnen de groep sprake van een variatie in werkervaring, met zowel recent gestarte als langdurig werkzame professionals.

De selectie van behandelaren en sociotherapeuten sluit aan bij de werkwijze die is gehanteerd bij de selectie van de forensisch sociaal werkers (FSW'ers). Deelnemers uit deze twee functiegroepen worden benaderd op basis van beschikbaarheid, met als aanvullende selectie criterium dat er vertegenwoordiging is vanuit zowel de transmurale woonvoorzieningen als de intramurale afdelingen van de kliniek. Op deze wijze wordt geborgd dat het perspectief op het gebruik van de BNA-methodiek wordt belicht vanuit verschillende fasen binnen de tbs-behandeling. Daarnaast geldt als inclusie criterium dat de deelnemers minimaal zes maanden werkzaam zijn in hun huidige functie. Dit waarborgt een zekere mate van ervaring en inhoudelijke betrokkenheid bij het thema van dit onderzoek.

De keuze om ook patiënten te interviewen is zorgvuldig genomen en afgestemd met de praktijkbegeleider en de betrokken behandelaren van de betreffende afdeling. De selectie van participanten vindt plaats op basis van een gezamenlijke inschatting van veiligheid en geschiktheid. Onder veiligheid wordt in dit kader verstaan dat de betreffende patiënten in staat worden geacht om op vrijwillige en geïnformeerde wijze te beslissen over deelname aan het onderzoek en dat zij over voldoende communicatieve vaardigheden beschikken om op een betekenisvolle manier aan het interview deel te nemen. Bij de selectie van patiënten is het daarnaast goed om mee te nemen dat ze al langer dan 6 maanden in de Van Mesdag zijn, omdat dit het eerste moment is dat er een BNA geschreven wordt en dat ze enigszins bekend zijn met de methode. Daarnaast wordt hierbij rekening gehouden met de veiligheid van de onderzoeker en worden er patiënten geselecteerd waarvan wordt ingeschat dat het risico zo laag mogelijk is.

3.1.2 Werving participanten

De werving van de vier deelnemersgroepen wordt op verschillende wijze vormgegeven, waarbij er onderscheid is gemaakt tussen patiënten en medewerkers van de Mesdag. Daarnaast wordt er in de medewerkers ook onderscheid gemaakt tussen de participanten van de interviews en van de focusgroep (zie tabel 2). Alle deelnemers zijn verbonden aan het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Van Mesdag, dit als medewerker of als patiënt. De forensisch sociaal werkers (FSW'ers) worden uitgenodigd voor een vergadermoment om deel te nemen aan de focusgroep. Tijdens de eerstvolgende vergadering wordt uitleg gegeven over deze bijeenkomst, waarbij het doel en de inhoud van de geplande focusgroep werd toegelicht. De behandelaren en sociotherapeuten worden individueel benaderd via e-mail voor het interview. In de uitnodiging wordt het onderzoeksdoel uitgelegd, evenals de verwachte bijdrage van de deelnemers. Omdat de e-mailadressen beschikbaar zijn via interne communicatiekanalen, is dit een efficiënte en passende vorm van werving. Indien er na een week geen reactie wordt ontvangen, zal er telefonisch contact volgen. Wanneer er contact is met de persoon zal er samen een afspraak worden gemaakt voor een passend moment. De patiënten worden geselecteerd in overleg met hun behandelaar en praktijkbegeleider, om te waarborgen dat deelname passend is binnen hun behandeltraject en belastbaarheid. De onderzoeker zal de geselecteerde patiënten vervolgens op hun eigen afdeling benaderen en hen mondeling informeren over het onderzoek en de uitnodiging tot deelname. In dit gesprek zal nadrukkelijk benadrukt worden dat de deelname volledig vrijwillig is en op geen enkele wijze gevolgen zal hebben voor de behandeling. Indien de patiënt instemt met deelname, wordt in overleg een geschikt moment gekozen voor het afnemen van het interview.

Tabel 3: Indeling participanten

Dataverzamelmethode	Participanten
Focusgroep	Forensisch systeemwerkers (FSW)
Semigestructureerde interviews	Sociotherapeuten, regie behandelaren en patiënten

3.2 Dataverzameling

Voor het onderzoek wordt op drie verschillende manieren data verzameld om de deelvragen te beantwoorden, waarmee uiteindelijk ook de hoofdonderzoeksvraag wordt beantwoord. Dit gaat om het uitvoeren van een literatuurvergelijking, focusgroep en meerdere interviews.

3.2.1 Literatuurvergelijking

Om de mate van overeenstemming tussen de items van de Basis Netwerk Analyse (BNA) en bestaande risicotaxatie-instrumenten te bepalen, wordt een literatuurvergelijking uitgevoerd.

Daarnaast is het analyseren van de netwerk gerelateerde items ook onderdeel van de literatuurvergelijking. Daarbij wordt er gekeken in hoeverre de theorieën over de invloed van het netwerk op de kans op recidive de netwerk gerelateerde items van de BNA ondersteunen. In deze analyse worden drie veelgebruikte instrumenten onderzocht: de Historical Clinical Risk Management-20 Version 3 (HCR-20^{V3}), de Historisch Klinisch Toekomst-Revisie (HKT-R) en de Static/Stable/Acute (SSA). De items van elk instrument worden overzichtelijk en beknopt gepresenteerd in een tabel. Vervolgens wordt geanalyseerd in hoeverre de inhoud van deze items overeenkomt met die van de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) en de BNA.

Deze vergelijking biedt inzicht in de mate waarin de BNA relevante risicofactoren omvat, die ook te vinden zijn in de risicotaxatie-instrumenten. Op basis daarvan kan worden beoordeeld in hoeverre de BNA een bijdrage levert aan het inschatten van recidiverisico en het ondersteunen van behandelinterventies. En daarmee ook de toegevoegde waarde van de BNA binnen de Forensische Psychiatrie.

3.2.2 Focusgroep + semigestructureerde interviews

Voor het beantwoorden van de derde deelvraag wordt er een focusgroep gehouden met de forensisch systeemwerkers (FSW'ers) alsmede een aantal semigestructureerde interviews met medewerkers en patiënten. De keuze voor een combinatie van focusgroepen en individuele interviews is gemaakt om zowel breedte als diepgang in de dataverzameling te realiseren. De focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij gegevens worden verzameld door middel van een groepsdiscussie (Flick, 2018). Deze methode is geschikt om inzicht te verkrijgen in ervaringen, percepties en meningen van professionals binnen hun werkcontext. In een groepsinteractie kunnen deelnemers voortbouwen op elkaars bijdragen, waardoor het mogelijk is om complexe of gevoelig liggende thema's vanuit meerdere invalshoeken te verkennen (Raats, 2019). Er is gekozen om een focusgroep te houden met FSW'ers, omdat zij vanuit dezelfde functie en werkzaamheden hun ervaringen kunnen delen. De keuze van een focusgroep heeft hierin een toegevoegde waarde, doordat er in een onderling gesprek tot de belangrijkste en breed gedragen punten duidelijk worden. Wanneer dit met aparte interviews gedaan wordt zal er een minder diepe laag bereikt worden. Binnen het kader van dit onderzoek biedt de focusgroep een geschikte benadering om uiteenlopende visies van FSW'ers te verzamelen met betrekking tot het gebruik van de Basis Netwerk Analyse (BNA) in de praktijk. Door de onderlinge uitwisseling van ervaringen ontstaat er ruimte voor verdieping en het ontstaan van nieuwe inzichten ten aanzien van de toepassing, effectiviteit en beperkingen van de methodiek. De focusgroep richtte zich specifiek op de vraag hoe FSW'ers de BNA inzetten bij het inschatten van recidiverisico's, welke meerwaarde zij ervaren en welke verbeteruggesties zij formuleren op basis van hun praktijkervaringen.

Het interviewschema voor de focusgroep (zie bijlage 6) is opgesteld op basis van zowel inductieve als deductieve benadering (Hennink et al., 2020). Enerzijds zijn de vragen voortgekomen uit de literatuurstudie, anderzijds is gekeken welke informatie nodig was om de deelvraag adequaat te beantwoorden. Binnen het schema is gekozen voor een oplopende structuur in vraagstelling: van algemeen oriënterend naar toenemend verdiepend. Deze opbouw stelde de participanten in staat om geleidelijk toe te werken naar het delen van meer specifieke en persoonlijke ervaringen met betrekking tot het gebruik van de BNA. Het doel van de focusgroep is om een beeld te krijgen van de ervaringen van de FSW'ers met de BNA. Uit de literatuur is bekend dat de implementatie van de FSNA niet is gelukt door verschillende problemen. Daarom is er een vraag opgesteld hoe het werken met de BNA nu wordt ervaren door de FSW'ers en welke knelpunten zij ervaren. Dit sluit aan bij factoren die een positief effect hebben op de implementatie van een methode. Er ontstaat inzicht in hoeverre er betrokkenheid is bij de BNA, in hoeverre het uitvoerbaar is in de praktijk en de mate van motivatie om met de methode te werken. Dit sluit aan bij de theorieën NPT en CFIR en biedt inzicht in de mate waarop de BNA succesvol geïmplementeerd kan worden. Hiermee moet duidelijk worden wat ervoor kan zorgen dat de BNA verder geïmplementeerd kan worden. Er worden nog verdere vragen aangevuld over de kwaliteit van de BNA, waarmee duidelijk wordt hoe het kan bijdragen aan het inschatten van risico's voor recidive.

Naast de focusgroep worden er ook semigestructureerde interviews gehouden. Dit is een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij een interviewschema wordt opgesteld, maar er ook ruimte blijft om hiervan van af te wijken (Flick, 2018). Er is gekozen om interviews te houden met de andere participanten, omdat ieder van hen op een andere afdeling of in een andere functie werkt. Deze onderzoeksmethode biedt de ruimte om in te gaan op nieuwe onderwerpen die tijdens het interview ter sprake komen en interessant zijn voor dit onderzoek. Een semigestructureerd interview kan bijdragen aan het inzicht geven in meningen, gevoelens en ervaringen, dit is van belang omdat dit van invloed is op de implementatie. De houding, kennis en motivatie zijn belangrijke factoren bij het succesvol implementeren van een nieuwe methode. Door daarnaast meer te weten te komen over de functie van de participanten, is er ook meer bekend over de inner setting. De interne organisatorische context is van belang bij het implementeren van de BNA, dit maakt inzichtelijk hoe dit in de werkwijze kan passen en welke communicatie hiervoor nodig is. Er worden twee verschillende interviewschema's gemaakt, die zijn aangepast aan de functie/rol van de participant. Er wordt een interviewschema gemaakt voor de semigestructureerde interviews met behandelaren en sociotherapeuten en daarnaast een apart schema voor de interviews met patiënten. Deze vragen komen deels voort uit de resultaten van de focusgroep, daarnaast worden er nog vragen ontwikkeld die eraan bijdragen om de deelvraag te beantwoorden. Het doel van de interviews met de

behandelaren en sociotherapeuten is om inzicht te krijgen in de manier waarop de BNA wordt ingezet in de behandeling en welke verbeterpunten er zijn. Het schema in de interviews met patiënten is vooral gebaseerd op het achterhalen van hun ervaring. De vragen zijn gericht op hun ervaringen met de behandeling, de taken van FSW, de BNA en welke knel- en verbeterpunten er zijn.

Om inzicht te verkrijgen in de rol van de BNA binnen de behandelpraktijk, worden er drie interviews afgenomen met elke groep. Dit zijn behandelaren, sociotherapeuten en patiënten. Behandelaren en sociotherapeuten vervullen ieder een eigen rol binnen het behandeltraject en beschikken daardoor over uiteenlopende perspectieven ten aanzien van de toepassing en toegevoegde waarde van de BNA. Deze professionals kunnen vanuit hun praktijkervaring toelichten in hoeverre de BNA wordt ingezet en wat de invloed ervan is op de behandelinhoud en -structuur. Daarnaast zijn patiënten geïnterviewd om zicht te krijgen op hun ervaringen met en percepties van de inzet van de BNA. Aangezien de BNA over hen wordt opgesteld, is het van belang hun ervaring te betrekken bij dit onderzoek.

3.3 Analyse

De verzamelde data uit het literatuuronderzoek, de focusgroep en de semigestructureerde interviews worden elk geanalyseerd op een wijze die aansluit bij de betreffende dataverzamelmethode. Ten eerste worden de resultaten van het literatuuronderzoek systematisch verwerkt in een overzichtelijke tabel. Deze tabel biedt inzicht in de mate waarop de netwerk gerelateerde items onderbouwd worden door literatuur en de overeenkomsten en verschillen tussen de items van de onderzochte risicotaxatie-instrumenten (HCR-20V3, HKT-R en SSA) in vergelijking met de FSNA en de BNA. De analyse van het literatuuronderzoek zal zich met name richten op de kwantitatieve vergelijking van het aantal gedeelde en niet overeenkomende items binnen de BNA ten opzichte van de FSNA en de overige risicotaxatie-instrumenten. Deze vergelijking resulteert in een overzicht van het aantal overeenkomende en afwijkende items, waarmee de mate van inhoudelijke aansluiting van de BNA bij bestaande instrumenten kan worden vastgesteld. De uitkomst van deze analyse zal het antwoord op de eerste en tweede deelvraag van het onderzoek vormen en levert daarmee een fundamentele bijdrage aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Vervolgens worden alle negen interviews en de focusgroep systematisch geanalyseerd. De interviews, evenals het gedeelte van de focusgroep waarvan een geluidsopname gemaakt was, worden volledig getranscribeerd. Zowel de transcriptie als de schriftelijke antwoorden, die tijdens de focusgroep zijn verzameld, worden meegenomen in de analyse. Voor de analyse van de kwalitatieve data zal gebruikgemaakt worden van een thematische analyse, een veelgebruikte methode voor het

identificeren, analyseren en rapporteren van thema's binnen kwalitatieve gegevens (Braun & Clark, 2021). Deze analysemethode omvat zes opeenvolgende stappen: (1) vertrouwd raken met de data, (2) coderen, (3) het genereren van thema's, (4) het herzien en verfijnen van deze thema's, (5) het benoemen en definiëren van de uiteindelijke thema's en (6) het rapporteren van de resultaten. Dit wordt gedaan met behulp van het programma Atlas. Ti, dat wordt gebruikt vanaf fase 2 bij het analyseren van de data.

Het analyseren zal beginnen bij het transcriberen van de geluidsopnamen en het doornemen van de antwoorden van de focusgroep. De inhoud van de data zal al redelijk bekend zijn bij de onderzoeker, doordat de interviews en focusgroep zelf worden afgenomen door de onderzoeker. Hierna wordt de data gecodeerd, door de transcriptie na te gaan op relevante en interessante zinnen. De codes vormen een overzicht van alle belangrijke punten uit de data. Waarbij er is geprobeerd om de tekst zo goed mogelijk te interpreteren als hoe het in het interview daadwerkelijk is bedoeld. De transcripties en geschreven antwoorden worden meerdere keren doorgenomen om te voorkomen dat er belangrijke informatie werd gemist, dit ter bevordering van de betrouwbaarheid van de analyse. Hiernaast zijn ook de codes doorgenomen met een onafhankelijk persoon, zodat er voorkomen wordt dat er subjectief is gehandeld. De derde stap is het ontwikkelen van thema's, dit wordt zowel deductief als inductief gedaan. De deductieve codes zijn gebaseerd op het literatuuronderzoek en op de interviewvragen. De inductieve codes zijn ontstaan wanneer onderwerpen vaker door verschillende participanten zijn genoemd en relevant waren voor het onderzoek.

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek zijn negen deductieve codes geformuleerd. Deze codes zijn afgeleid uit het literatuuronderzoek en sluiten aan bij de centrale onderzoeksvraag. Daarnaast zijn onderwerpen uit de praktijk meegenomen in de ontwikkeling van codes, zoals wat de rol is in de behandeling, de meerwaarde van de BNA en hoe de patiënten het ervaren (zie bijlage 7).

3.4 Ethiek

In dit kwalitatieve onderzoek is op zorgvuldige wijze omgegaan met de ethische aspecten rondom dataverzameling en -verwerking. Gezien de aard van het onderzoek, waarin met privacygevoelige informatie en deels met een kwetsbare doelgroep is gewerkt, stond het waarborgen van vertrouwelijkheid en integriteit van de deelnemers centraal. Voorafgaand aan elk interview is een informed consent formulier verstrekt, waarin helder werd uiteengezet wat deelname aan het onderzoek inhield. Dit formulier bevatte informatie over de doelstelling van het onderzoek, de wijze van dataverzameling en -verwerking, alsook de rechten van de deelnemers, waaronder het recht op

anonimiteit, vrijwillige deelname en het recht op tussentijdse beëindiging van deelname zonder consequenties. Pas na expliciete instemming is het interview gestart.

De deelnemers zijn vooraf geïnformeerd over de omgang met de verzamelde gegevens. Hierbij is toegelicht dat de data na afronding van het onderzoek volledig verwijderd zullen worden. Gedurende het onderzoek zijn uitsluitend gegevens verzameld die noodzakelijk waren voor beantwoording van de onderzoeksvraag. Persoonsgegevens of informatie die herleidbaar was tot individuele participanten zijn zorgvuldig gepseudonimiseerd of weggelaten. Op deze wijze is de privacy van alle betrokkenen maximaal gewaarborgd. Voor de interviews met patiënten van het FPC Van Mesdag is extra aandacht besteed aan het onderstrepen van de vrijwilligheid van deelname. De deelnemers zijn expliciet geïnformeerd over het feit dat deelname geen invloed heeft op hun behandeling en dat zij op elk gewenst moment – ook achteraf – het interview konden beëindigen. Rekening houdend met hun mogelijke psychische kwetsbaarheid, is voorafgaand aan de benadering overleg gevoerd met de behandelend therapeut om te bepalen of deelname verantwoord en wenselijk was. Dit waarborgde dat patiënten in staat waren een geïnformeerde en weloverwogen keuze te maken.

Alle participanten hebben ingestemd met de gehanteerde methoden van dataverzameling en -verwerking. Na afloop van elk interview is hen gevraagd hoe zij het gesprek hebben ervaren. De deelnemers aan de focusgroep gaven aan het proces positief te hebben ervaren; zij waardeerden met name de mogelijkheid tot onderlinge discussie en kennisdeling. Dit droeg bij aan reflectie op eigen werkwijzen en inzichten. Ook de individuele gesprekken met behandelaars en sociotherapeuten werden als waardevol beschouwd; meerdere Participanten gaven aan dat het interview hen aanzette tot verdere reflectie binnen hun eigen professionele context.

De geluidsopnamen worden direct na het uitwerken van de transcriptie verwijderd, conform de afspraken zoals vastgelegd in het informed consent formulier. Alle transcripties zullen gepseudonimiseerd worden, zodat de inhoud niet tot individuele personen te herleiden is. Na afronding van het onderzoek worden ook deze transcripties definitief verwijderd. Daarmee is gedurende het gehele onderzoeksproces op een verantwoorde, transparante en veilige manier omgegaan met persoonsgegevens en overige gevoelige informatie.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van het onderzoek. Eerst wordt er besproken hoe de uitvoering van het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarna worden de resultaten die voortkomen uit het literatuuronderzoek, de focusgroep en de interviews worden besproken.

4.1 Beschrijvende gegevens

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de dataverzameling van het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarvoor wordt er ingegaan op hoe het onderzoek is uitgevoerd, met welke participanten en het verloop van het onderzoek.

Focusgroep

De focusgroep is uitgevoerd op 13 mei 2025 en werd gevormd uit negen Forensisch Sociaal Werkers (FSW'ers). De bijeenkomst vond fysiek plaats in een vergaderzaal binnen de instelling en duurde ongeveer 90 minuten. Voorafgaand aan deelname ondertekenden alle participanten een informed consent formulier, waarin zij expliciet toestemming gaven voor het maken van een geluidsopname en het gebruik van hun inbreng ten behoeve van het onderzoek. Het eerste gedeelte van de focusgroep werd plenair gehouden en opgenomen. Tijdens dit gezamenlijke deel werden algemene en inleidende vragen gesteld. Er is gevraagd naar de werkervaring, waarmee het gesprek op gang werd gebracht. Aansluitend werden de deelnemers opgedeeld in drie subgroepen van elk drie personen. Bij de samenstelling van deze groepen is rekening gehouden met een spreiding in werkervaring, om verschillende perspectieven te waarborgen. In deze kleinere setting schreven de deelnemers hun antwoorden op, wat een efficiënte verzameling van uiteenlopende inzichten mogelijk maakte binnen de beschikbare tijd. De keuze om de focusgroep deels op te splitsen in subgroepen had als doel om iedere deelnemer voldoende ruimte te geven voor het delen en toelichten van ervaringen, terwijl tegelijkertijd ruimte werd gecreëerd voor onderlinge discussie. De onderzoeker liep tijdens de focusgroep actief langs de subgroepen om waar nodig toelichting te geven op de vragen en ondersteuning te bieden bij de formulering van antwoorden. De sessie werd afgesloten met een plenaire terugkoppeling, die opnieuw werd opgenomen.

Interviews

In totaal zijn negen semigestructureerde interviews afgenomen, die allen fysiek plaatsvonden tussen 23 mei en 4 juni. Er zijn drie interviews gehouden met elk van de drie participantgroepen: regiebehandelaren, sociotherapeuten en patiënten. Alle participanten hebben voorafgaand aan het interview een informed consent formulier ondertekend en zijn geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de wijze waarop de gegevens verwerkt en opgeslagen worden. Met toestemming van

de deelnemers is van ieder interview een geluidsopname gemaakt ten behoeve van de analyse. Bij de interviews met patiënten is extra aandacht besteed aan de toelichting van de verwerking van gegevens en vrijwillige keuze.

Tabel 4: Overzicht participanten, duur interview en datum

Participant	Doelgroep		Gewerkt met de BNA	Duur interview	Datum
P1	Sociotherapeut	Intramuraal	Nee	42 minuten	23-05-2025
P2	Regiebehandelaar	Transmuraal	Ja	37 minuten	27-05-2025
P3	Patiënt	Intramuraal	Ja	34 minuten	27-05-2025
P4	Regiebehandelaar	Transmuraal	Ja	40 minuten	28-05-2025
P5	Sociotherapeut	Transmuraal	Nee	27 minuten	28-05-2025
P6	Sociotherapeut	Intramuraal	Ja	50 minuten	3-06-2025
P7	Patiënt	Intramuraal	Nee	33 minuten	3-06-2025
P8	Patiënt	Intramuraal	Nee	28 minuten	4-06-2025
P9	Regiebehandelaar	Intramuraal	Ja	39 minuten	4-06-2025

4.2 Resultaten beschrijving

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de resultaten besproken aan de hand van uitkomst van de literatuurvergelijking en de thema's die uit de thematische analyse zijn gekomen. Eerst zal er beschreven worden in hoeverre de netwerk gerelateerde items van de BNA onderbouwd worden door theorieën die verklaren hoe het netwerk invloed heeft op de kans op recidive van een tbs-patiënt. Daarna wordt er benoemd op welke manier de netwerk items van de risicotaxatie instrumenten terugkomen in de BNA. Daarna worden de vijf thema's uit de thematische analyse van de focusgroep en interviews besproken. De thema's die besproken worden zijn : 1) De bijdrage van de BNA aan een tbs-behandeling, 2) Problemen met bekendheid van de BNA, 3) Contact met FSW vanuit andere disciplines, 4) Sterke punten, knelpunten en verbeterpunten van de BNA en 5) mening van de patiënten.

4.2.1 Netwerk items uit risicotaxatie instrumenten van FSNA en BNA

Ten eerste worden de resultaten besproken van de analyse van het netwerk gerelateerde items van de BNA. Hierna volgen de resultaten van de vergelijking van de FSNA en BNA met drie risicotaxatie instrumenten, dit zijn de HCR-20^{V3}, HKT-R en de SSA. Bij elk risicotaxatie instrument wordt er gekeken in hoeverre de items terugkomen in de FSNA en de BNA.

4.2.1.1 Theoretische onderbouwing BNA

In het eerste deel van de literatuurvergelijking is onderzocht in hoeverre de netwerkgerelateerde concepten in de BNA theoretisch worden onderbouwd. Uit deze analyse blijkt dat de BNA tien concepten omvat die betrekking hebben op het sociale netwerk (zie Bijlage 2, Tabel 5). Deze concepten worden binnen de BNA niet uitsluitend beoordeeld aan de hand van vaste antwoordcategorieën, maar worden bovendien inhoudelijk toegelicht door de FSW'er, die daarbij expliciet zijn of haar professionele inschatting onderbouwd. In tegenstelling tot de risicotaxatie instrumenten, waarin netwerkconcepten doorgaans worden geclassificeerd op basis van standaard categorieën en hun relatieve bijdrage aan recidiverisico, biedt de BNA meer ruimte voor verdere toelichting. Hierdoor ontstaat er een duidelijker en contextgevoeliger beeld van de rol van het netwerk in het functioneren van de cliënt.

De netwerk gerelateerde concepten die binnen de BNA worden besproken, zijn als volgt: het sociale netwerk ten tijde van het delict, structuur- en interactiepatronen, woonsituatie, relatie en seksualiteit, familie, vriendschap, betrokkenheid van de hulpverlening, het huidige sociale netwerk en de relatie tot het slachtoffer zowel ten tijde van het delict als in de huidige situatie. Uit de analyse blijkt dat elk van deze concepten theoretisch onderbouwd kan worden aan de hand van bestaande literatuur over de invloed van sociale netwerken op recidiverisico. De kennis over de sociale relaties in het netwerk, zowel in het verleden als in het heden, biedt inzicht in de mate van sociale binding en de kwaliteit van deze relaties. De aard, sterkte en betrokkenheid van netwerkliden geven inzicht in risicovolle en beschermende factoren. Daarnaast leveren de vijf concepten die betrekking hebben op leefdomeinen, waaronder wonen, relaties, en sociale ondersteuning, waardevolle informatie over de beschikbaarheid van hulpbronnen en de mate van stabiliteit in het dagelijks leven van de patiënt. Tot slot bieden de items die betrekking hebben op de relatie met het slachtoffer, zowel ten tijde van het delict als in de huidige situatie, belangrijke inzichten in de sociale dynamieken die mogelijk ten grondslag lagen aan het criminele gedrag. Door deze factoren systematisch in kaart te brengen, kunnen potentiële sociale risico's en terugkerende gedragspatronen worden geïdentificeerd die van invloed kunnen zijn op het risico op recidive.

Uit de analyse van de netwerkgerelateerde concepten binnen de BNA blijkt dat deze inhoudelijk goed worden ondersteund door relevante theoretische kaders. Daarmee positioneert de BNA zich als een methodologisch sterk onderbouwd instrument, dat betekenisvolle inzichten biedt in de relatie tussen sociale netwerken en recidiverisico's.

4.2.1.2 HCR-20^{V3}

De HCR-20^{V3} omvat in totaal twintig items, onderverdeeld in drie categorieën: historische, klinische en risicomanagementfactoren. Van deze items kunnen er 4 direct worden aangemerkt als sociale

netwerkconcepten: antisociaal gedrag, relaties, professionele ondersteuning en plannen en persoonlijke steun. Deze items verwijzen allen naar aspecten van het sociale netwerk van de patiënt en worden daarom als zodanig geclassificeerd.

Er komen 16 van de 20 items terug in de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) (zie bijlage 2, tabel 6). De vier items die in de FSNA ontbreken zijn: overig antisociaal gedrag, gewelddadige opvattingen, gewelddadige denkbeelden of intenties en instabiliteit. In de Basis Netwerk Analyse (BNA) zijn 11 van de 20 items uit de HCR-20V3 terug te vinden. De ontbrekende items in de BNA betreffen: geweld, overig antisociaal gedrag, persoonlijkheidsstoornis, traumatische ervaring, gewelddadige opvattingen, gewelddadige denkbeelden of intenties, instabiliteit, respons op behandeling of toezicht (toekomst) en stress en coping. De ontbrekende items bevatten geen concepten met betrekking tot het sociale netwerk, wat impliceert dat de BNA dezelfde netwerkconcepten hanteert als de HCR-20^{V3}. De meeste ontbrekende items bevinden zich in het historische domein, terwijl vanuit zowel het klinische domein als het domein risicohantering elk twee items missen. De ontbrekende items betreffen hoofdzakelijk aspecten van gewelddadig gedrag, hetgeen erop wijst dat de BNA in mindere mate aandacht besteedt aan de risico's van gewelddadig gedrag.

Hieruit blijkt dat de mate van overlap tussen de FSNA en de HCR-20V3 groter is dan tussen de BNA en de HCR-20V3. De FSNA sluit daarmee inhoudelijk nauwer aan bij het risicotaxatie-instrument HCR-20V3. Bij deze vergelijking is uitsluitend gekeken naar de expliciet genoemde categorieën en items in de documenten en niet naar de mogelijke impliciete invulling binnen vrije tekstvelden.

4.2.1.3 HKT-R

De HKT-R bestaat uit 33 items, verdeeld over drie categorieën: historisch, klinisch en toekomstgericht. Van de 33 items in de HKT-R kunnen 9 worden beschouwd als sociale netwerkconcepten, aangezien deze direct of indirect verwijzen naar het sociale netwerk of sociaal gedrag van de patiënt. De betreffende items zijn: type slachtoffer, netwerk invloeden, hulpverleningsgeschiedenis, impulsiviteit, antisociaal gedrag, vijandigheid, sociale vaardigheden, beïnvloeding door pro- of anti sociaal netwerk en sociaal netwerk.

Er zijn 27 van de 33 items terug te vinden in de FSNA (zie bijlage 2, tabel 7). De zes ontbrekende items in de FSNA zijn: type slachtoffer, instabiliteit met betrekking tot wonen, instabiliteit met betrekking tot financiën, antisociaal gedrag, arbeidsvaardigheden en toekomstige financiële situatie. In de BNA zijn 21 van de 33 HKT-R-items terug te vinden. De volgende twaalf items ontbreken in de BNA: schending van voorwaarden en toezicht, leeftijd bij eerste veroordeling, type slachtoffer, gedragsproblemen vóór het twaalfde levensjaar, slachtofferschap van geweld in de jeugd,

impulsiviteit, antisociaal gedrag, vijandigheid, zelfredzaamheid, verantwoordelijkheidsgevoel, coping vaardigheden en stresserende omstandigheden. In deze analyse zijn wederom uitsluitend de expliciet genoemde categorieën en items meegenomen, zonder rekening te houden met mogelijke impliciete of contextuele invullingen. De BNA mist geen items uit de HKT-R die expliciet gericht zijn op het sociale netwerk, wat aantoont dat de essentiële netwerkconcepten voor risicotaxatie ook via de BNA worden geëvalueerd. De ontbrekende items uit de HKT-R bevinden zich voornamelijk in het klinische domein, waar zes items ontbreken en het historische domein, waar vijf items ontbreken. Hierdoor vraagt de BNA niet specifiek naar diverse aspecten die de HKT-R onderzoekt met betrekking tot historische gebeurtenissen die wijzen op risicovol gedrag. Daarnaast is er in de BNA minder expliciete aandacht voor klinische items die gedetailleerde informatie bieden over het gedrag van de patiënt gedurende de behandeling.

Uit de vergelijking blijkt dat de FSNA inhoudelijk sterker aansluit op de HKT-R dan de BNA. Beide methoden bevatten echter meer dan de helft van de items uit de HKT-R, wat erop wijst dat beide in zekere mate relevante elementen uit dit risicotaxatie-instrument integreren.

4.2.1.4 SSA

Het risicotaxatie-instrument SSA omvat in totaal 30 items, onderverdeeld in de categorieën Static, Stable en Acute risicofactoren. Deze methode is specifiek gericht op de risicotaxatie van zedendelinquenten. In de SSA kunnen 15 van de 30 items worden aangemerkt als sociale netwerkconcepten. Deze items verwijzen naar sociale relaties, interactiepatronen of netwerk gerelateerde risico's en zijn als volgt: ooit twee jaar of langer samengewoond, enig extra-familiair slachtoffer, enig onbekend slachtoffer, enig mannelijk slachtoffer, belangrijke sociale contacten, vermogen tot het aangaan van stabiele relaties, vrouwvijandigheid, sociale afwijzing of eenzaamheid, desinteresse in het welzijn van anderen, impulsief gedrag, samenwerking met toezichthouders, toegang tot potentiële slachtoffers, vijandigheid, afwijzing van begeleiding en het wegvallen van sociale steun.

Er zijn 25 van de 30 items terug te vinden in de FSNA (zie bijlage 2, tabel 8). De vijf ontbrekende items in de FSNA betreffen: enig extra-familiair slachtoffer, enig onbekend slachtoffer, enig mannelijk slachtoffer, emotionele identificatie met kinderen en vrouwvijandigheid. In vergelijking hiermee bevat de BNA slechts 16 van de 30 SSA-items. De 14 ontbrekende items betreffen: enig extra-familiair slachtoffer, enig onbekend slachtoffer, enig mannelijk slachtoffer, vrouwvijandigheid, sociale afwijzing, desinteresse in het welzijn van anderen, impulsiviteit, ontoereikende probleemoplossingsvaardigheden, negatieve emotionaliteit, vijandigheid, afwijzing van begeleiding en emotionele instabiliteit. Opvallend is dat de ontbrekende items in de BNA vooral betrekking hebben op het type slachtoffer en specifieke vormen van antisociaal gedrag. De BNA bevat dus

minder gedetailleerde concepten omtrent het slachtoffer, wat verklaarbaar is aangezien deze aspecten met name relevant zijn bij zedendelicten. De meeste ontbrekende items bevinden zich in het onderdeel stable, welke hoofdzakelijk factoren toetst die centraal staan in de behandeling. De sociale netwerkconcepten uit de SSA zijn echter volledig vertegenwoordigd in de BNA, wat impliceert dat de risico's gerelateerd aan het netwerk binnen de BNA op vergelijkbare wijze worden geëvalueerd.

Net als in de vergelijking met de HCR-20V3 en de HKT-R sluit de FSNA ook in dit geval nauwer aan bij het risicotaxatie instrument SSA dan de BNA. In deze analyse is uitsluitend gekeken naar expliciet benoemde items binnen de instrumenten, zonder interpretatie van impliciete inhoud. Opvallend is dat de BNA vooral items mist die gaan over het slachtoffer en sociaal-emotionele risicofactoren.

4.2.1.5 FSNA

De laatste vergelijking is uitgevoerd tussen de FSNA en de BNA, met als doel inzicht te verkrijgen in de mate waarin de BNA een verkorte weergave vormt van de FSNA. De FSNA omvat in totaal 39 items, gericht op het in kaart brengen van het sociale netwerk en de leefdomeinen van de patiënt. De methode is onderverdeeld in acht thematische onderdelen: achtergrondinformatie, medewerking/samenwerking, achtergrondinformatie betreffende delict geschiedenis en leefdomeinen, slachtoffer analyse, sociaal netwerk ten tijde van het delict, huidig netwerk, toekomstperspectief en een integrale conclusie. De BNA bevat 30 van de oorspronkelijke 39 items uit de FSNA, waaruit blijkt dat het om een verkorte versie van de FSNA gaat (zie bijlage 2, tabel 9). De negen items die in de BNA ontbreken betreffen: intelligentie, gestructureerd klinisch eindoordeel op basis van risicotaxatie, medewerking van de betrokkene, interviews met netwerkleden, niet-bezochte netwerkleden, personen waarmee geen contact meer is, het netwerkoverzicht ten tijde van het delict en het huidige netwerkoverzicht. Opvallend is dat drie van de tien ontbrekende items betrekking hebben op de interviews met de patiënt en diens netwerkleden, die in de FSNA wel een centrale rol spelen maar in de BNA zijn komen te vervallen. De informatie vanuit de patiënt en het netwerk worden nu op een minder gestructureerde wijze opgevraagd, maar niet in de vorm van een interview. Dit zorgt voor een minder grote tijdsinvestering. Ten slotte geeft de BNA minder inzicht in het netwerk, door de ontbrekende netwerkplaatjes die het inzichtelijk in kaart brengen.

Hieronder worden de thema's besproken die zijn voortgekomen uit de thematische analyse van de interviews. De belangrijkste resultaten worden genoemd en daarbij ook de codes die zijn gevormd.

4.2.2 De bijdrage van de BNA aan een tbs-behandeling

De BNA is ontwikkeld met het doel om de risico's binnen het sociale netwerk van een patiënt systematisch in kaart te brengen en de ontwikkelingen te volgen. Hiermee wordt beoogd bij te dragen aan het bevorderen van een stabiel en beschermend netwerk en in het verlengde daarvan aan het verminderen van het recidiverisico. Hoewel de methodiek primair is ontworpen als een werkmiddel voor het forensisch systeemwerk, biedt de BNA ook relevante informatie die van waarde kan zijn voor andere disciplines binnen de behandeling, zoals sociotherapeuten en regiebehandelaren. Het is daarom van belang om helder te definiëren op welke wijze de BNA kan worden geïntegreerd in de behandelstrategie. Dit draagt bij aan een doelgericht en multidisciplinair gebruik van de methode, wat de effectiviteit van de behandeling ten goede kan komen.

4.2.2.1 Rol tijdens de behandeling

De benaming van de BNA weerspiegelt direct de centrale doelstelling van de methodiek: het systematisch analyseren van het sociale netwerk van de patiënt. Deze netwerkgerichte benadering vormt dan ook de kern van de toegevoegde waarde die de BNA kan leveren binnen het behandeltraject. Vanwege een onvolledige implementatie binnen de Van Mesdagkliniek heeft de BNA momenteel echter nog geen vaste of expliciete positie binnen een tbs-behandeling verworven. Uit de interviews komt naar voren dat medewerkers de BNA wel degelijk beschouwen als een potentieel waardevol instrument. Daarnaast dat er door de participanten potentie wordt gezien in een duidelijke rol van de BNA in een tbs-behandeling.

“Maar het zou wel een toegevoegde waarde kunnen zijn. Nou , voor als je geen mentor bent is het ook wel interessant om dat even te weten. Dat je ook een bestand hebt waar je het even snel kan doorlezen” – Participant 6 (sociotherapeut)

De BNA is bedoeld als instrument om inzicht te verschaffen in zowel de risico's binnen het sociale netwerk van de patiënt als in diens risicovol gedrag. Deze functie wordt door de geïnterviewde medewerkers erkend als een relevante en waardevolle bijdrage aan de behandelpraktijk. De effectiviteit van de BNA wordt echter belemmerd door het ontbreken van eenduidige richtlijnen omtrent het gebruik ervan. Hierdoor is de inzet in de behandeling momenteel beperkt en inconsistent. Deze bevinding onderstreept de noodzaak tot verdere structurering en expliciete positionering van de BNA binnen het behandelproces, zodat de verzamelde informatie optimaal benut kan worden ter ondersteuning van de werkzaamheden van zowel sociotherapeuten als regiebehandelaren.

“Nou ja, het is een handig document om inzicht te krijgen in de patiënt. Dus voor de kennismaking van de patiënt is het een heel handig instrument. En je weet ook vrij snel waar de risico's liggen. Dus in zoverre is het gewoon een heel bruikbaar instrument” – Participant 4 (regiebehandelaar)

4.2.2.2 Overdracht vanuit FSW

Uit de interviews komt naar voren dat de BNA primair wordt gezien als een overdrachtsinstrument vanuit de FSW'ers. In deze hoedanigheid kan de BNA een duidelijke functionele rol innemen binnen de behandeling, doordat het een gestructureerde manier biedt om relevante netwerkinformatie van de FSW over te dragen aan medewerkers op de afdeling. De participanten beschouwen dit overdrachtsproces als een potentiële meerwaarde van de BNA. In de huidige praktijk blijkt deze vorm van informatieoverdracht echter nauwelijks plaats te vinden, waardoor de aanwezige kennis uit de BNA de behandelafdelingen vaak niet bereikt. Ook tijdens de focusgroep werd deze visie gedeeld door de deelnemende FSW'ers, die eveneens het document beschouwen als een middel om inzichten over te dragen aan andere betrokkenen binnen het behandeltraject.

“Op die manier, dus over de overdrachtsmethode. En ook om in de onbegeleide verlopen, want die gaan ook naar netwerken en eventuele risico's daarvoor kenbaar maken. Ik vind dat dat wel een taak van de FSW is en op dit moment denk ik dat het onvoldoende gebeurt. Omdat het onvoldoende proactief is. Dus eigenlijk zou daar een rol liggen bij de FSW, om daarin meer contact op te nemen, meer initiatief in te stellen, te overbrengen” – Participant 2 (regiebehandelaar)

4.2.2.3 Zicht hebben op netwerk

Een belangrijke functie van de BNA is het verkrijgen van verdiepend inzicht in het sociale netwerk van de patiënt. De methode bevat uitgebreide informatie over netwerkstructuren, risicofactoren en relevante aspecten uit de persoonlijke en de delictgeschiedenis van de patiënt. Daarbij worden zowel risicovolle als beschermende netwerkleiden gedetailleerd in kaart gebracht, wat bijdraagt aan een helder en systematisch overzicht van het netwerk. De BNA kan hierdoor een waardevolle bijdrage leveren aan het verzamelen van kennis over het netwerk ten tijde van het delict én het huidige netwerk van de patiënt, hetgeen van belang is voor risicotaxatie en behandeling.

“Als een patiënt net nieuw komt, dan heb je al heel veel te lezen. Dus als je dan wel even de huidige stand van zaken kan doornemen. Die en die kunnen op bezoek komen, dat is een goed netwerk. Dat je dat snel kan zien en dat je er later nog eens even goed in verdiept. Hoe zit dat met het netwerk” – Participant 9 (regiebehandelaar)

4.2.2.4 Kennis over patiënt

De BNA bevat uitgebreide informatie over de patiënt, waaronder gegevens over diens voorgeschiedenis, leefdomeinen en sociaal netwerk. Door deze brede informatie kan de BNA bijdragen aan een beter begrip van de context en risicofactoren van de patiënt. Dit vergroot de deskundigheid van betrokken behandelaren en kan daarmee op inhoudelijke wijze bijdragen aan de effectiviteit en afstemming van een tbs-behandeling.

“Veel informatie over patiënt, verleden en omgeving” – focusgroep FSW

“Wat ik heel mooi vind, is die schema's die erin verwerkt zijn. Je kunt gewoon vrij snel, want dat is eigenlijk ook waar ik als regiebehandelaar naar kijk, ik wil gewoon even snel weten van is het wel of niet een geschikt contact is. En als ik wat meer informatie wil hebben, dan kan ik dat ook vrij snel lezen. Maar die schema's zorgen er wel voor dat ik het snel kan lezen.

Dus dat vind ik ook echt wel meerwaarde” – Participant 4 (regiebehandelaar)

4.2.3 Problemen met de bekendheid van de BNA

Een cruciale voorwaarde voor de succesvolle implementatie van een nieuwe methodiek is dat medewerkers voldoende bekend zijn met de inhoud, het doel en de toepassingsmogelijkheden ervan. Bekendheid draagt bij aan het actief en effectief inzetten van een methode binnen het behandeltraject. Uit de interviews blijkt dat het doel en de toegevoegde waarde van de BNA onvoldoende bekend zijn bij collega's buiten de FSW-afdeling. Dit gebrek aan bekendheid belemmert het gebruik van de BNA en verkleint de kans dat deze wordt meegenomen in besluitvormingsprocessen, zoals bij verlofaanvragen of behandelinhoudelijke evaluaties.

4.2.3.1 Bekendheid BNA

Uit de interviews komt naar voren dat het merendeel van de participanten niet bekend was met het bestaan van de BNA, laat staan met de inhoud ervan. Als gevolg hiervan werd de BNA door deze medewerkers niet betrokken bij het verdere verloop van de behandeling. Binnen de Van Mesdag blijkt dat met name medewerkers buiten de FSW-afdeling onvoldoende geïnformeerd zijn over de BNA, de doelstellingen ervan en de potentiële meerwaarde binnen een tbs-behandeling. Dit gebrek aan bekendheid vormt een belemmering voor de implementatie van de methode en het ontwikkelen van een structurele rol binnen het behandeltraject.

“Ik denk dat mijn sociotherapie niet eens weet dat het bestaat. En wij hebben ook enorm veel wisselingen gehad in personeel. Ik denk dat het gros niet eens weet nou, misschien allemaal niet eens dat het BNA bestaat” – Participant 9 (regiebehandelaar)

4.2.3.2 Communicatie over BNA

Dat de meeste sociotherapeuten en regiebehandelaren onvoldoende bekend zijn met bestaan en de inhoud van de BNA, wijst op tekortschietende communicatie omtrent deze methode. Uit de interviews blijkt dat participanten zelden tot nooit een BNA van een FSW'er hebben ontvangen, noch dat deze expliciet onder de aandacht is gebracht of besproken binnen het behandelteam. Het uitblijven van dergelijke communicatie draagt ertoe bij dat de BNA geen functionele rol krijgt binnen het behandelproces. Om de bekendheid en het daadwerkelijk gebruik van de BNA te bevorderen, ligt er dan ook een belangrijke verantwoordelijkheid bij de FSW-afdeling om de methodiek actiever onder de aandacht te brengen.

“Het valt en staat denk ik van hoe het gedragen wordt. Als FSW er zelf al weinig waarde aan hecht, terwijl het document vanuit hun beroepsgroep is, dan wordt de gewichtigheid van andere disciplines ook minder als je er zelf ook minder waarde aan hecht. Ik zie echt wel het belang van het goed kunnen inschatten van het netwerk van de patiënt. Alleen ik denk dat daar toch de verantwoordelijkheid van de FSW ligt om dat ook af en toe even naar voren te schuiven” – Participant 4 (regiebehandelaar)

4.2.3.3 Mate van gebruik BNA

Doordat de BNA nauwelijks bekend is onder de medewerkers binnen de Van Mesdag, wordt de methode in de praktijk weinig tot niet toegepast. Alle participanten gaven aan dat zij momenteel geen gebruik maken van de BNA. Enkele participanten benoemden dat zij in het verleden incidenteel wel met de BNA hebben gewerkt, maar dat dit gebruik is afgenomen. Deze afname lijkt mede het gevolg van het uitblijven van structurele communicatie over de methode, waardoor de BNA gemakkelijk op de achtergrond raakt en niet actief wordt ingezet in het behandelproces.

“Ja eigenlijk is het zonde, want het is nu een document dat gewoon op de plank komt te liggen. Tenzij FSW er heel veel mee werkt, want ik denk dat het bij aanvraag van verlof ook wel echt belangrijk kan zijn. De netwerk gerelateerde dingen die erin staan zijn dan ook heel relevant” – Participant 6 (sociotherapeut)

4.2.3.4 Prioriteit

Een bijkomend obstakel in de bekendheid en toepassing van de BNA is het ontbreken van een actieve inzet vanuit de FSW-afdeling. Door de ontwikkelingen op de afdeling is er sprake van een achterstand in de uitvoering, wat ertoe heeft geleid dat niet alle FSW'ers de BNA structureel inzetten. Uit de interviews met FSW'ers blijkt dat het opstellen van de BNA regelmatig wordt uitgesteld, waarbij

andere taken prioriteit krijgen. Dit uitstelgedrag is ook merkbaar op de afdelingen, waar wordt ervaren dat de BNA een lage prioriteit heeft binnen het huidige werkproces.

“Makkelijk om uit te stellen, daardoor geen tijd voor neem/maak” – focusgroep FSW

“Als er minder aandacht voor komt, dan komt dit ook steeds wat meer op de achtergrond te staan” – focusgroep FSW

4.2.4 Contact met FSW vanuit andere disciplines

De BNA is een methodiek die is ontwikkeld en wordt uitgevoerd binnen de afdeling FSW en daarmee primair onder hun verantwoordelijkheid valt. Hoewel de BNA in eerste instantie is ontworpen om het sociale netwerk van de patiënt systematisch in kaart te brengen, biedt de methodiek tevens waardevolle inzichten in de levensloop, beschermende en risicofactoren en bredere contextuele invloeden die relevant zijn voor risicotaxatie en behandelplanning. De verantwoordelijkheid van FSW reikt dan ook verder dan enkel het opstellen van het document, zij dienen de informatie actief te delen met andere disciplines binnen de instelling. Uit de interviews blijkt echter dat de communicatie en afstemming tussen FSW en andere afdelingen in de praktijk onvoldoende tot stand komt. Hierdoor blijft belangrijke informatie over het netwerk van de patiënt onderbenut en is de bekendheid met het bestaan en de inhoud van de BNA bij andere disciplines beperkt.

4.2.4.1 Afdeling gebonden werken vanuit FSW

In de afgelopen jaren heeft er binnen de werkwijze van de FSW-afdeling een duidelijke verschuiving plaatsgevonden. Waar FSW'ers voorheen verbonden waren aan specifieke afdelingen, is inmiddels gekozen voor een patiëntvolgend systeem. In dit systeem blijft de FSW'er gedurende de gehele behandelperiode gekoppeld aan dezelfde patiënt. Dit heeft als voordeel dat zowel de patiënt als diens netwerk te maken heeft met een vaste FSW'er, wat continuïteit en stabiliteit kan bevorderen. Tegelijkertijd ervaren medewerkers op de afdelingen hierdoor een afname in het directe contact met FSW'ers. Door de aanwezigheid van meerdere FSW'ers en wisselingen van medewerkers binnen afdelingen, wordt het onderhouden van structureel overleg en samenwerking bemoeilijkt.

“Maar eerlijk gezegd vind ik dat we te weinig met het netwerk doen. En dat FSW te versnipperd is. Ik heb zoveel verschillende FSW'ers. Dat contact kan ik niet goed onderhouden. Dus ik heb te weinig zicht op het netwerk. En dan denk je juist dat bijvoorbeeld één FSW'ers juist helpend zou zijn” – Participant 2 (regiebehandelaar)

Het onderhouden van structureel contact tussen FSW'er en afdelingsmedewerkers is in de huidige werkwijze complexer geworden. Als gevolg van de verminderde aanwezigheid van de FSW'er op de afdelingen, is er sprake van een afname in directe communicatie en samenwerking. Dit leidt ertoe dat de kennis over het sociale netwerk van de patiënt binnen de afdelingen beperkt blijft, wat de integratie van netwerk gerichte inzichten in de behandeling bemoeilijkt.

“Dus de bevindingen van de FSW'er over de patiënt, over het netwerk, is eigenlijk te veel op afstand te komen staan. Omdat de FSW'er ook te veel op afstand is” – Participant 4 (regiebehandelaar)

4.2.4.2 Ontvangen van de BNA

Wanneer een FSW'er een BNA opstelt, is het wenselijk dat dit document actief wordt gedeeld met de regiebehandelaar en de mentor van de patiënt. In de praktijk blijkt echter dat dit vaak niet gebeurt, waardoor deze betrokken behandelaren niet op de hoogte zijn van het bestaan of de beschikbaarheid van de BNA. Uit de interviews komt naar voren dat zowel sociotherapeuten als regiebehandelaren aangeven dat de BNA zelden tot nooit door de FSW'er wordt gedeeld, hetgeen de benutting van het document binnen de behandeling aanzienlijk belemmert.

“Oh, nee. Dat is nog nooit gebeurd. Nee ik heb nog nooit een BNA ontvangen” – Participant 5 (sociotherapeut)

Doordat er hierdoor geen contact is over het verloop van de BNA van de patiënt zijn sociotherapeuten en regiebehandelaren hiervan niet op de hoogte. Dit draagt er mede aan bij dat de BNA niet wordt ingezet tijdens de behandeling.

“Ik heb het (BNA) nog nooit ontvangen in ieder geval” – Participant 1 (sociotherapeut)

4.2.4.3 Contact met FSW

Door de patiënt volgende werkwijze van FSW zijn systeemwerkers betrokken bij uiteenlopende afdelingen binnen de Van Mesdagkliniek. Dit resulteert in een verschuiving van persoonlijk naar voornamelijk indirect contact, zoals via e-mail of telefonische communicatie. Deze beperkte zichtbaarheid op de afdelingen draagt ertoe bij dat er minder frequent en minder laagdrempelig contact wordt opgenomen met FSW. Een belangrijk gevolg hiervan is dat sociotherapeuten vaak minder goed geïnformeerd zijn over relevante informatie omtrent het sociale netwerk en de context van de patiënt, wat de integratie van deze informatie in de behandeling belemmert.

“Want ik heb die lijnen namelijk niet met die FSW'er. Van die patiënt. Je kan dan wel snel de FSW'er kan bellen, maar dat ga ik niet zo snel doen voor een patiënt waar ik geen mentor van ben. Tenzij ik er direct wat mee moet. Maar niet om informatie te krijgen” – Participant 6 (sociotherapeut)

Uit de interviews blijkt dat het als meerwaarde wordt gezien als er meer contact tussen FSW'er en de afdeling. Dit kan eraan bijdragen dat ook de medewerkers van de afdeling meer op de hoogte zijn van ontwikkelingen en risicofactoren in het netwerk.

“En ook om in de onbegeleide verlopen, als die ook naar netwerken gaan om eventuele risico's kenbaar te maken. Ik vind dat wel een taak van de FSW is en op dit moment denk ik dat het onvoldoende gebeurt. Omdat het onvoldoende proactief is. Dus eigenlijk zou daar een rol liggen bij de FSW, om daarin meer contact op te nemen, meer initiatief in te stellen en over te brengen. Tussen de FSW en de mentor” – Participant 2 (regiebehandelaar)

4.2.5 Sterke punten, knelpunten en verbeterpunten van de BNA

Het vierde thema richt zich op de ervaren sterke punten, knelpunten en verbetermogelijkheden rondom de inzet van de BNA. Binnen dit thema worden uiteenlopende aspecten belicht, zoals de meerwaarde die de BNA kan bieden aan de behandeling, de tijdsinvestering die het opstellen ervan vraagt en het belang van bredere bekendheid om een succesvolle implementatie te bevorderen. De ervaringen van medewerkers zijn hierbij cruciaal, aangezien zij de methode in de dagelijkse praktijk van een tbs-behandeling moeten toepassen. Het is dan ook van belang om perspectieven vanuit verschillende disciplines in ogenschouw te nemen, zodat de BNA niet uitsluitend wordt ingezet binnen de FSW-afdeling, maar een geïntegreerd onderdeel wordt van het bredere behandelproces.

4.2.5.1 Sterke punten

Er is de afgelopen jaren steeds meer overeenstemming gekomen over het belang van het netwerk meenemen tijdens een tbs-behandeling, dit wordt in de Van Mesdag mede gedaan met de BNA. Uit de interviews blijkt ook dat er door de participanten op verschillende gebieden wel een meerwaarde wordt gezien in het werken met de BNA.

“Ja, ik denk ook oprecht dat dit wel heel helpend kan zijn, dat dit er gewoon is van elke patiënt. Omdat dit wel eens informatie is die wij gewoon missen” – Participant 1 (sociotherapeut)

De BNA kan dus informatie bevatten over het verleden, de leefdomeinen en voornamelijk over het netwerk. Dit is informatie die anders niet altijd bekend is bij de sociotherapie, omdat zij hier niet over beschikken.

“Zeker want het is wel belangrijk om te weten. Zeker. Hoe het netwerk uit ziet, welke lijntjes, wat goed is of niet. Ik vind dit wel interessant” – Participant 6 (sociotherapeut)

Uit de interviews blijkt dus dat er door de participanten wordt ervaren dat de BNA een meerwaarde kan hebben tijdens de behandeling. Het kan voor extra kennis over het netwerk en de patiënt zorgen bij de sociotherapeuten. Ook uit de focusgroep blijkt dat de BNA wordt gezien als een document dat kan helpen bij een tbs-behandeling. Het wordt onder andere beschreven als “waardevol” – focusgroep FSW.

Dynamisch document

Een van de positieve punten die wordt genoemd in de focusgroep over de BNA is dat het gezien kan worden als een “dynamisch document”. Hiermee wordt bedoeld dat de BNA gedurende een tbs-behandeling constant kan worden aangevuld. Dit houdt in dat er altijd aanpassingen en toevoegingen gedaan kunnen worden wanneer er nieuwe informatie is. Door de FSW’ers wordt dit gezien als een positief punt over de BNA, omdat ze daardoor ook alle ontwikkelingen kunnen bijhouden.

Divers per patiënt

Uit de interviews blijkt ook dat de FSW’ers de mogelijkheid voor vrije invulling belangrijk vinden bij het schrijven van de BNA. Deze ruimte geeft de mogelijkheid om per patiënt andere informatie op te schrijven. Dit is ook belangrijk om dat er bij elke patiënt sprake is van andere risico’s en hierdoor andere informatie belangrijk is. Door een FSW’er werd het volgende antwoord gegeven tijdens de focusgroep:

“Bij elke patiënt anders en ruimte voor vrije invulling” – focusgroep FSW

4.2.5.2 Knelpunten

Daarnaast blijkt uit de interviews ook dat er veel moeilijkheden worden ervaren met de BNA, dit zorgt er mede voor dat het nog niet goed is geïmplementeerd. Meerdere participanten waren niet bekend met de BNA en hadden nog niet eerder een gelezen. Dat de BNA niet bekend is bij sociotherapeuten zorgt er ook voor dat het niet wordt gebruikt tijdens een tbs-behandeling.

“Ja, ik verbaas me er zelf ook over dat ik dit nog nooit heb gezien. En ik denk dat dit voor FSW heel goed is dat ze dit zou kunnen doen. Maar ik denk niet dat heel veel sociotherapeuten dit lezen of hebben gelezen” – participant 5 (sociotherapeut)

“Ik denk dat dat niet gebeurt. Ik denk dat mijn sociotherapie niet eens weet dat het bestaat. En wij hebben ook enorm veel wisselingen gehad in personeel. Ik denk dat het gros niet eens weet nou, misschien allemaal niet eens dat het BNA bestaat” – Participant 5 (regiebehandelaar)

Uit de interviews komt naar voren dat de Basis Netwerk Analyse (BNA) bij een groot deel van de participanten niet bekend was. Dit gebrek aan bekendheid leidt ertoe dat het document in de praktijk nauwelijks tot niet wordt toegepast. Daarnaast gaven meerdere participanten aan nog nooit een BNA te hebben ontvangen. Dit betekent ook dat er niet altijd feedback wordt gevraagd bij de mentor en regiebehandelaar, terwijl dit wel als een onderdeel van de BNA wordt gezien.

“Ik heb nog nooit een BNA ontvangen in ieder geval” – Participant 1 (sociotherapeut)

Schrijven van de BNA

Niet alleen bij de bekendheid van de BNA worden problemen ervaren, ook bij het schrijven ervan. Tijdens de focusgroep werd er door de deelnemende FSW'ers ook aangegeven dat het schrijven van de BNA vaak wordt uitgesteld. Een reden hiervan is dat het wordt ervaren dat de BNA veel tijd in beslag neemt. Van de 9 participanten hebben 7 opgeschreven dat tijd als een obstakel wordt gezien bij het schrijven van de BNA. Tijdens de focusgroep werd het volgende antwoordde meerdere keren gegeven:

“tijdrovend” – focusgroep FSW

Naast dat de BNA dus veel tijd in beslag neemt om te schrijven komt hier ook bij kijken dat er door FSW'er veel werkdruk wordt ervaren. Door alle ontwikkelingen op de afdeling van het forensisch systeemwerk is de BNA niet altijd een van de hoogste prioriteiten geweest. De achterstand van de BNA's blijken voor de FSW'ers werkdruk verhogend te zijn, omdat er nog een lijst is die moet worden bijgewerkt.

“Dat het niet als dynamisch document wordt gebruikt waardoor de BNA's zich opstapelen en ik stress ervaar” – focusgroep FSW

“Werkdruk verhogend” – focusgroep FSW

Daarnaast voelt het schrijven van de BNA vaak als werk wat op andere manier ook al wordt gedaan. Dit is voor de afdeling van FSW een demotiverend idee, waardoor het schrijven van de BNA vaker

wordt uitgesteld. De informatie die in de BNA staat wordt op andere plekken ook al gerapporteerd, hierdoor voelt het schrijven als herhaling.

“Dubbel werk, omdat je ook in user van alles zet” – focusgroep FSW

Het opstellen van een BNA wordt door meerdere participanten in de focusgroep als een uitdagend proces ervaren. De informatie voor de BNA wordt onder andere ontleend aan het Pro Justitia-rapport, dat een grote hoeveelheid gegevens bevat. Hierdoor is het cruciaal om zorgvuldig te selecteren welke informatie relevant is en het gedrag van de patiënt op een heldere wijze inzichtelijk maakt. Een overschot aan informatie leidt tot een onoverzichtelijk document, terwijl een tekort aan informatie onvoldoende inzicht biedt. De FSW'ers geven aan dat het ontbreken van duidelijke richtlijnen het schrijven bemoeilijkt, waardoor de huidige ruime invullingsmogelijkheden eerder als een belemmering dan als een voordeel worden gezien. Hoewel deze flexibiliteit ruimte biedt om rekening te houden met individuele verschillen tussen patiënten, vormt het in de praktijk voor de FSW'ers vooral een obstakel.

“Duidelijke kaders toevoegen vrije invulling in een apart kopje” – focusgroep FSW

“Mag concreter zijn in vraagstelling” – focusgroep FSW

Achterstanden

Het laatste besproken obstakel betreft de achterstand in het opstellen van de BNA's. De implementatie van de FSNA is mede vastgelopen door een vergelijkbare achterstand en het lijkt erop dat deze problematiek zich nu ook bij de BNA voordoet. Er is bekend dat niet voor iedere patiënt een actuele BNA beschikbaar is, terwijl bestaande BNA's niet altijd volledig zijn bijgewerkt. Dit heeft de succesvolle implementatie van de BNA belemmerd. Door de ontwikkelingen binnen de FSW-afdeling is een achterstand ontstaan die niet alleen voortkomt uit de tijd intensiteit van het opstellen van een BNA, maar ook doordat het inhalen van deze achterstand een aanzienlijke inspanning vergt. Hierdoor blijkt het lastig om deze achterstand structureel weg te werken. Bovendien wordt deze achterstand door medewerkers ervaren als een extra belasting die bijdraagt aan de werkdruk. Gezien deze factoren heeft de achterstand een negatieve invloed op de verdere integratie van de BNA in het behandelproces.

“Ik heb niet alle BNA's, want ook niet alle patiënten hebben ze (BNA). Er is namelijk een fase geweest dat er heel weinig bezetting bij FSW was. En in die fase is het niet gekomen. En dat is ook nooit meer ingehaald. Dus er is een hele groep die het niet heeft” – Participant 2

(Regiebehandelaar)

4.2.5.3 Verbeterpunten

Uit de interviews komt een genuanceerd beeld naar voren over de perceptie van de BNA binnen de Van Mesdagkliniek. Participanten benoemen zowel positieve als negatieve aspecten van de methodiek. Daarnaast worden er meerdere concrete suggesties aangedragen die kunnen bijdragen aan een bredere en effectievere implementatie van de BNA in de behandeling. Op verschillende vlakken zijn verbeterpunten genoemd die ertoe kunnen bijdragen dat de BNA een sterkere rol krijgt en meer gebruikt wordt in een tbs-behandeling.

Meer bekendheid

Dat de BNA bij een aanzienlijk deel van de medewerkers binnen de Van Mesdagkliniek vermoedelijk onvoldoende bekend is, draagt er in belangrijke mate aan bij dat het instrument momenteel geen vaste of duidelijke rol inneemt binnen een tbs-behandeling. Hierdoor wordt de BNA slechts beperkt ingezet als bron van informatie over risicofactoren binnen het sociale netwerk van patiënten. Het vergroten van de bekendheid met de BNA onder professionals vormt dan ook een belangrijke eerste stap richting een bredere implementatie en effectiever gebruik tijdens de behandeling.

“Ik denk dat dat ook wel belangrijk is. Dat ze dan ook weer denken, oh ja, BNA's maar daarvoor moet het meer bekend worden eigenlijk. Heel belangrijk als basis voor je informatie” – Participant 9 (regiebehandelaar)

Om de BNA dus verder te integreren moeten sociotherapeuten en regiebehandelaren op de hoogte zijn van de BNA en de informatie die daarin te vinden is.

“ja, ik denk dat dat dus begint met naamsbekendheid” – Participant 1 (sociotherapeut)

Overdrachtsdocument

De wijze waarop de BNA momenteel wordt ingezet, is niet gestandaardiseerd en lijkt te variëren per professional en afdeling. Hoewel het document door de FSW'er wordt opgesteld en waardevolle informatie bevat over het sociale netwerk van de patiënt, is onduidelijk welke rol de BNA verder speelt binnen een tbs-behandeling. Uit de interviews blijkt echter dat er positief wordt gereageerd op het idee om de BNA structureel in te zetten als overdrachtsdocument bij opname. Dit zou de bruikbaarheid en toepasbaarheid binnen de behandeling kunnen versterken.

“Ja, ik denk dat dat heel fijn is. En dat wanneer een patiënt nieuw op de afdeling komt, dat de FSW'er dan ook even langskomt” – Participant 6 (sociotherapeut)

Wanneer een patiënt nieuw wordt opgenomen op de afdeling, zou het wenselijk zijn dat de FSW'er een overdrachtsmoment initieert, waarbij tevens de BNA wordt overgedragen. Dit draagt bij aan directe bekendheid van de mentor en overige betrokken medewerkers met zowel de inhoud van de BNA als de specifieke beschermende en risicovolle netwerk factoren van de betreffende patiënt. Een dergelijke overdracht bevordert bovendien de interdisciplinaire samenwerking, doordat het eerste contactmoment met de FSW'er gelijk is. Hierdoor wordt de drempel voor vervolggcommunicatie verlaagd en kan er sneller en effectiever worden afgestemd in het vervolg van de behandeling.

“Maar een goede overdracht is altijd waardevol. Maar als er weinig aan de hand is, dan niet. Dus bij een rustig netwerk, dan stelt het ook niet heel veel voor misschien, maar dan is een overdracht alsnog welkom” – Participant 5 (sociotherapeut)

User

Een laatste aanbeveling die uit de interviews naar voren kwam, betreft de digitale toegankelijkheid van de BNA binnen het werksysteem User. Zowel medewerkers van FSW als professionals op de afdelingen geven aan dat het document momenteel moeilijk vindbaar is en dat dit de praktische bruikbaarheid aanzienlijk belemmert. Deze beperkte toegankelijkheid vormt een drempel voor het actief raadplegen en toepassen van de BNA in het dagelijks werkproces. Participanten geven aan dat een meer toegankelijke en overzichtelijke integratie van de BNA in User zou bijdragen aan een frequenter en efficiënter gebruik van het document.

“Koppeling in user mist” – focusgroep FSW

“Het is ook heel lang geweest dat we niet goed in de documentatie van FSW konden. Dus dat maakte het wel wat minder” – Participant 4 (regiebehandelaar)

4.2.6 Mening van patiënten

Om te begrijpen welke rol de BNA heeft in een tbs-behandeling en welke ervaringen hiermee zijn, is het ook belangrijk om de ervaringen van patiënten hierin mee te nemen. De BNA wordt geschreven over de patiënt en heeft daarin ook een rol in hun tbs-behandeling. Een onderdeel van de BNA is dat het document door de patiënt gelezen mag worden. Dit geeft de patiënt de kans om eventuele fouten in de informatie te verbeteren. Daarvan is niet bekend of patiënten dit genoeg vinden of nog meer zouden betrokken willen worden.

4.2.6.1 Bemoeienis

Uit de interviews is gebleken dat de participanten de BNA voornamelijk zien als bemoeienis met het netwerk. In de BNA wordt er, onder andere, een analyse gemaakt van het netwerk, waarbij er ook gekeken wordt naar de soort relatie en of er sprake is van een beschermend of risicovol netwerklid. Voor de patiënten voelt dit onnodig, omdat het netwerk niet opgelegd is met een tbs-maatregel, maar alleen de patiënt zelf. De focus van de BNA zou dus niet te veel om mensen uit het netwerk moeten gaan, maar om de patiënt zelf:

“Maar je moet nooit vergeten, want het is een heel pak informatie. Het gaat uiteindelijk om degene die tbs heeft en hierbinnen zit. En niet hoe, naar mijn mening niet hoe een moeder of vader is opgevoed” – Participant 8 (patiënt)

Daarnaast wordt het netwerk ook eerder als iets gezien wat niet geanalyseerd hoeft te worden. De participanten geven alle drie aan dat ze niet willen dat er te veel wordt gevraagd aan het netwerk. Een participant gaf aan dat hij het liefst zou willen dat er geen contact met het netwerk wordt gezocht naast de verplichte momenten.

“Dat is voor mij privé en daarvoor heb ik ook niemand nodig. Nee. En zij wilde het laatst nog wel eens gaan forceren en dan schiet ik in de verdediging” – Participant 3 (patiënt)

De participanten geven dus aan dat ze de BNA en daarbij het netwerk gericht werken voornamelijk zien als bemoeienis. Participant 3 gaf hier vooral over aan het een negatief document te vinden, waarbij er veel wordt gefocust op vroeger. Het lezen van de inhoud van de BNA zorgt daardoor voor een negatief gevoel.

“Ik vind het alleen maar een dom ding. En hetzelfde met het pro Justitia rapport. Het is niet positief en het schrijft niet over nu. Dat is toen. En ik wist wel dat het toen niet goed was, maar dat hoef ik niet elke keer te zien of te horen of te merken “ – Participant 3 (patiënt)

4.2.6.2 Meer betrokkenheid

De BNA is van zichzelf een methode die wordt gebruikt door de Forensisch systeemwerkers (FSW'ers) en door bijvoorbeeld een regiebehandelaar of sociotherapeut. De patiënten hebben hier eigenlijk geen rol in, dit betekent ook dat de informatie uit de BNA veelal is gebaseerd op onder andere de Pro Justitia rapporten. Uit de interviews werd duidelijk dat niet alle participanten ook de mogelijkheid hebben gehad om feedback te geven:

“Ik heb nog niet eerder een BNA gelezen, dus ook niet die van mijzelf. Maar ja, op zich vind ik het wel belangrijk om de kans te krijgen om het wel even door te lezen. Dat daar niet geheimzinnig om gedaan wordt” – Participant 8 (patiënt)

Naast participant 8 gaven ook de andere participanten aan het fijn te vinden om de kans te krijgen om de BNA door te kunnen lezen. Het geeft de patiënten de kans om eventuele onjuistheden te benoemen. Daarnaast geeft het ook de kans om in gesprek te gaan over wat er in de BNA staat en wat er wel of niet klopt.

“Er zijn waarschijnlijk ook dingen waarmee ik het niet mee eens ben. En dat maak ik dan gewoon bespreekbaar, daar spreek ik me over uit” – Participant 7 (patiënt)

Uit de interviews blijkt ook dat er wel begrip is voor het gebruik van de BNA en het analyseren van het netwerk. Er wordt wel begrepen dat dit wordt gedaan om het een beschermend netwerk om de patiënt te vormen, maar ook rekening te houden met de veiligheid van de samenleving.

“Want als een FSW'er er niet was, dan kon je bellen wie je wilde. Ja, je kon ook gewoon zeggen van oké dit is mijn oude nummer van mijn bijvoorbeeld schoolvriendin. Terwijl je eigenlijk je ex-vrouw aan het bedreigen bent. Dus het is ook een stukje bescherming die ze dan bieden voor de mensen, voor de slachtoffers of wat dan ook. Buiten de kliniek” – Participant 7 (patiënt)

4.2.6.3 Verschil met gevangenis

Een onderwerp dat in alle drie de interviews terugkwam is het grote verschil met het verblijf in de gevangenis. De participanten geven aan dat er in de gevangenis eigenlijk helemaal niet werd gekeken naar het netwerk. Dit is een groot verschil met hoe er in de Van Mesdag wordt gewerkt, want daar wordt er wel veel gelet op het netwerk. Er wordt aangegeven door de participanten dat er in de gevangenis met iedereen buiten de gevangenis contact mocht zijn.

“Hypocriet? Ik heb in een gevangenis gezeten en daar mag ik iedereen contacteren wanneer ik wil. En ik zit hier en ineens mag het allemaal niet meer” – Participant 3 (patiënt)

In de Van Mesdag wordt er tijdens een tbs-behandeling een analyse gemaakt van het netwerk van de patiënt. Wanneer een netwerklid als risicovol wordt ingeschat of er sprake is van een slechte relatie, wordt er ook gekeken naar eventuele netwerkinterventies. Het doel is daarbij altijd om een stabiel en beschermend netwerk te vormen voor de patiënt. Door de participanten wordt dit op een andere manier ervaren. De participanten geven alle drie aan niet te begrijpen waarom het in de gevangenis voor lange tijd allemaal goed is, maar in de Van Mesdag wordt er veel naar het netwerk gekeken.

“De meeste hebben toch zoiets van, waarom moet je daar iets mee? Dat is mijn mama, mijn vader, mijn broer, mijn vriend, bla, bla, bla. En die hebben zoiets van, wat moet je daar nou mee? En dat hoeft in een gevangenis ook niet, dus waarom hier wel?– Participant 8 (patiënt)

5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek samengevat en wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag: *“Hoe komen de sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie instrumenten terug in de Basis Netwerk Analyse en in hoeverre zijn deze bruikbaar in de behandeling van tbs-patiënten?”* Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan die dit onderzoek een vervolg kunnen geven en wordt er teruggeblikt op de beperkingen van dit onderzoek.

5.1 Conclusie

Dit onderzoek naar de sociale netwerkconcepten en toepassing van de BNA in de praktijk is uitgevoerd vanwege de beperkte kennis die hierover is. De ontbrekende kennis hierover is van belang om te achterhalen of de methode dusdanig een toegevoegde waarde heeft in een tbs-behandeling. De methode die al sinds 2020 wordt toegepast in de FPC Van Mesdag is nog niet eerder onderzocht op de mate waarin het belangrijke kennis bevat om recidive te voorkomen en in hoeverre het wordt toegepast in de praktijk. Dit maakt dat het niet bekend is hoe de BNA nu functioneert in de praktijk en op welke wijze het een bijdrage levert aan de kennis over de risico's in het netwerk van een patiënt. In dit onderzoek zijn de ervaringen en inzichten van forensisch systeem werkers, sociotherapeuten, regie behandelaren en patiënten met betrekking tot de toepassing van de BNA in de praktijk onderzocht. Daarnaast is er geanalyseerd naar de wijze waarop de sociale netwerkconcepten uit de BNA onderbouwd zijn door relevante literatuur en gelijk zijn aan de concepten uit de risicotaxatie instrumenten. Dit geeft inzicht in hoeverre de BNA in staat is om risico's in het netwerk betrouwbaar te kunnen inschatten.

In dit hoofdstuk worden eerst de deelvragen beantwoord, waarna een conclusie wordt geformuleerd die antwoord geeft op de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag wordt beantwoord na aanleiding van de antwoorden op de deelvragen.

5.1.1 Sociale netwerkconcepten in de risicotaxatie instrumenten

Hieronder wordt als eerste antwoord gegeven op de eerste deelvraag : *In hoeverre worden sociale netwerkconcepten in de risicotaxatie instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en de SSA behandeld?*

Op basis van de analyse van de drie risicotaxatie instrumenten kan worden geconcludeerd dat de sociale netwerkconcepten duidelijk een onderdeel zijn van het inschatten van de risico's van een tbs-patiënt. Er bestaan duidelijke verschillen in zowel de hoeveelheid netwerk gerelateerde items als in de manier waarop sociaal gedrag en netwerkstructuren worden benaderd. De resultaten tonen bovendien aan dat risico's binnen het sociale netwerk op diverse manieren kunnen worden

geïnterpreteerd en geëvalueerd. Deze analyse biedt daarmee waardevol inzicht in hoe elk instrument sociale netwerkconcepten positioneert binnen de risicotaxatie.

Van de drie risicotaxatie-instrumenten bevat de HCR-20V3 de minste sociale netwerkconcepten. De opgenomen items richten zich hoofdzakelijk op sociale relaties, professionele ondersteuning en antisociaal gedrag ten opzichte van anderen, waaronder het netwerk. De HKT-R bevat een groter aantal netwerk gerelateerde concepten en legt meer nadruk op sociaal gedrag, waaronder de invloed van het netwerk en de sociale vaardigheden van de patiënt. Hiermee verschuift de focus van uitsluitend relationele kenmerken, zoals in de HCR-20V3, naar een bredere inschatting van de sociale dynamiek waarin de patiënt functioneert. De SSA bevat de meeste items die direct te herleiden zijn tot het sociale netwerk en risicovolle sociale contacten. Dit instrument biedt daarnaast specifiek inzicht in mogelijke slachtoffers binnen het netwerk en in gedragingen die duiden op verhoogd sociaal risico. Daarmee biedt de SSA de meest uitgebreide analyse van risico's met betrekking tot sociaal gedrag en netwerk invloeden. De drie risicotaxatie-instrumenten integreren sociale netwerkconcepten elk op een eigen wijze, wat aantoont dat netwerk gerelateerde risico's per instrument verschillend worden benaderd en geanalyseerd.

De sociale netwerkconcepten binnen risicotaxatie-instrumenten zijn gericht op het inschatten van het recidiverisico door inzicht te bieden in de aard en werking van sociale relaties in het leven van de patiënt. Deze concepten bieden informatie over de sterkte van sociale bindingen en de mate waarin iemand beïnvloed wordt door het netwerk. De analyse van het type relatie geeft daarmee inzicht in de vraag of sociale interacties een beschermende of juist risico verhogende invloed hebben op het gedrag van de patiënt. Dit sluit aan bij de sociale controletheorie, die stelt dat zwakke of negatieve bindingen met de sociale omgeving de kans op delinquent gedrag vergroten (Hirschi, 1969).

Daarnaast verwijzen andere netwerkconcepten, zoals antisociaal gedrag richting anderen of beïnvloeding door een antisociaal netwerk, naar de inhoud van sociale interacties. Wanneer een patiënt wordt omgeven door personen met antisociale normen, is de kans groter dat dit gedrag wordt overgenomen of goedgekeurd. Dit principe wordt onderbouwd door de differentiële associatietheorie, die stelt dat crimineel gedrag wordt aangeleerd in interactie met anderen die dit gedrag ondersteunen of aanmoedigen (Sutherland, 1947). Ten slotte verwijzen concepten als sociale steun, ondersteuning vanuit het netwerk en contact met hulpverlening naar de mate van beschikbaar sociaal kapitaal. De sociaal-kapitaaltheorie benadrukt dat een steunend netwerk het bereiken van persoonlijke doelen kan bevorderen en risicogedrag kan afremmen (Van de Rakt et al., 2005). Omgekeerd vergroot een gebrek aan steun de kans op negatieve beïnvloeding en terugval. De inhoud van de verschillende sociale netwerkconcepten wordt theoretisch ondersteund door deze

criminologische benaderingen. Hierdoor vormen deze concepten een waardevolle bijdrage aan het nauwkeurig inschatten van het recidiverisico van een patiënt.

Er kan dus worden gesteld dat de risicotaxatie instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en de SSA op verschillende wijze sociale netwerkconcepten bevatten. In alle drie de risicotaxatie-instrumenten neme deze concepten een duidelijke plek in, waarbij de mate van uitwerking varieert. De HKT-R en SSA omvatten relatief meer netwerk gerelateerde items dan de HCR-20^{V3}. De constatering dat alle drie de risicotaxatie-instrumenten op uiteenlopende wijze sociale netwerkconcepten integreren, benadrukt de centrale rol van sociale netwerken binnen het proces van risicotaxatie.

5.1.2 Sociale netwerkconcepten van de BNA

De tweede deelvraag van dit onderzoek gaat over de oorsprong van de sociale netwerkconcepten uit de BNA en of deze herleidbaar zijn aan de concepten uit de risicotaxatie instrumenten. De tweede deelvraag luidt als volgt: *Op welke manier komen de sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en de SSA en de FSNA terug in de Basis Netwerk Analyse?*

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de concepten uit de BNA terug te herleiden zijn tot de sociale netwerkconcepten die in de in Nederland verplichte risicotaxatie-instrumenten bij tbs-behandelingen worden gehanteerd. Daarnaast is het verschil tussen de conceptuele inhoud van de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) en de BNA geanalyseerd, met als doel vast te stellen of essentiële informatie uit de FSNA ontbreekt in de BNA. Dit is relevant omdat de BNA voortkomt uit de FSNA, maar een ingekorte versie vormt. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat in alle drie de risicotaxatie-instrumenten op diverse wijzen sociale netwerkconcepten integreren. Dit sluit aan bij de verwachting, aangezien deze instrumenten zijn gebaseerd op de zogenaamde Central Eight factoren (Bonta & Andrews, 2007), waarvan meerdere factoren betrekking hebben op het sociale netwerk. Deze netwerk gerelateerde factoren vertonen een aantoonbare samenhang met recidive, waardoor zij van cruciaal belang zijn voor een zo nauwkeurig mogelijke inschatting van het recidiverisico bij tbs-patiënten. Tegelijkertijd werd bevestigd dat de inhoud van de BNA niet volledig overeenkomt met de concepten uit de HCR-20^{V3}, HKT-R en SSA, als met de uitgebreidere FSNA. Dit verschil was voorafgaand aan het onderzoek te verwachten, aangezien de BNA is ontwikkeld als een verkorte en meer toegankelijke methode voor netwerkanalyse vanuit de FSNA.

De sociale netwerkconcepten zijn een cruciaal onderdeel binnen de risicotaxatie-instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en SSA, waarbij de inhoud verschilt. De BNA integreert de kern van deze sociale netwerkconcepten uit alle drie de instrumenten, maar doet dit op een beknopte en gefocuste manier, met minder aandacht voor historische en klinische aspecten. Een belangrijk resultaat in de

vergelijking is dat de BNA alle sociale netwerkconcepten bevat, die in de risicotaxatie instrumenten worden getoetst. Naast de periodieke risicotaxaties met gestandaardiseerde instrumenten biedt de BNA een toegevoegde waarde als methodiek, waarmee gedurende de tbs-behandeling het sociale netwerk van de patiënt geanalyseerd kan worden.

De sociale netwerkconcepten in de risicotaxatie instrumenten HCR-20^{V3}, HKT-R en SSA zijn afgestemd op belangrijke criminologische theorieën die het ontstaan van crimineel gedrag verklaren vanuit de invloed van het sociale netwerk. Zo benadrukt de sociale controletheorie het belang van sociale bindingen in het voorkomen van crimineel gedrag; sterke banden binnen het netwerk kunnen beschermend werken tegen recidive (Hirschi, 1969). De BNA richt zich expliciet op deze sociale bindingen en de risico's die voortkomen uit een antisociaal en niet beschermend netwerk van een patiënt, wat aansluit bij de focus van de sociale controletheorie. Daarnaast sluit de differentiële associatietheorie aan bij de BNA doordat deze theorie stelt dat crimineel gedrag wordt aangeleerd door interacties binnen het netwerk (Sutherland, 1947). De BNA brengt deze sociale invloeden en de aard van contacten in kaart, waardoor inzicht ontstaat in de mate waarin het netwerk mogelijk antisociale normen en gedragingen bevordert. Ten slotte reflecteert de BNA ook aspecten van de sociaal-kapitaaltheorie, die sociale netwerken ziet als bronnen van steun, informatie en normatieve controle (Van de Rakt et al., 2005). De BNA onderzoekt hoe het sociale kapitaal van een patiënt is opgebouwd en in welke mate dit kapitaal kan bijdragen aan het verminderen van risico's of juist kan leiden tot problematisch gedrag.

Er kan worden geconcludeerd dat de BNA de sociale netwerkconcepten van de drie verschillende risicotaxatie instrumenten volledig toetst. Van HCR-20V3, HKT-R en de SSA heeft de BNA geen ontbrekende items die toetsen welke risico's er in het netwerk van de patiënt zijn. De resultaten maken dus duidelijk dat de BNA een geschikte methode is om, naast de vaste momenten van risicotaxatie, het netwerk van een patiënt te analyseren.

5.1.3 Toepassing in de praktijk van de BNA

Het tweede deel en de derde deelvraag van dit onderzoek richtte zich op de praktische toepassing van de BNA. In dit hoofdstuk wordt de tweede deelvraag beantwoord: *Hoe wordt de Basis Netwerk Analyse toegepast in de praktijk?*

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de inzet van de BNA binnen tbs-behandelingen in de Van Mesdagkliniek veelal beperkt en inconsistent is. Verschillende factoren verklaren waarom de BNA in de dagelijkse praktijk niet of nauwelijks wordt gebruikt. Hoewel de BNA in theorie een belangrijk hulpmiddel zou kunnen zijn om risicogericht te werken binnen de Van Mesdag, blijkt dat de daadwerkelijke implementatie nog aanzienlijke knelpunten kent.

Een opvallende bevinding is dat de meeste participanten het potentieel van de BNA als waardevolle methode tijdens een tbs-behandeling erkennen. Veel participanten zien in dat de BNA een belangrijke bijdrage kan leveren aan een behandeling. Dit is een belangrijke factor voor de implementatie, volgens de Normalization Process Theory vergroot dit de kans op een succesvolle implementatie (Finch et al., 2012). In de huidige praktijk wordt deze potentie echter onvoldoende benut, wat ertoe leidt dat de BNA zelden actief wordt ingezet. De BNA kan functioneren als een document dat inzicht biedt in het gedrag van de patiënt en de risico's binnen het sociale netwerk. De sociale bindingen van een individu bieden belangrijke verklaringen voor het ontstaan van crimineel gedrag (Hirschi, 1969). Daarmee kan de BNA cruciale informatie opleveren die helpt bij het in kaart brengen van netwerk gerelateerde risico's.

Een van de belangrijkste knelpunten in de toepassing van de BNA blijkt het gebrek aan bekendheid te zijn. Veel professionals zijn niet op de hoogte van het bestaan van de BNA, waardoor het instrument in de praktijk nauwelijks wordt ingezet. Dit betekent dat de communicatie in de inner setting zorgt voor belemmering in de implementatie (Damschroder et al., 2009). Diverse participanten gaven aan de BNA nog nooit gelezen of ontvangen te hebben, wat ertoe leidt dat het document niet structureel wordt betrokken bij de tbs-behandeling. Deze beperkte bekendheid vormt een fundamentele belemmering voor de toepassing van de BNA en onderstreept de noodzaak voor meer bewustwording binnen de organisatie. Daarbij speelt ook het beperkte contact vanuit de Forensisch systeemwerkers (FSW'ers) met andere disciplines een rol. Wanneer de interne professional niet voldoende betrokken zijn bij de BNA heeft dit een negatief effect op de implementatie (Alberts et al., 2020). Er wordt onvoldoende proactief gecommuniceerd over het gebruik en de inhoud van de BNA. Vanuit de psychotherapeuten en regie behandelaars wordt er een taak gezien voor FSW'ers om de BNA proactief te delen met andere medewerkers.

De kwaliteit en bruikbaarheid van de BNA variëren sterk, wat leidt tot uiteenlopende ervaringen en meningen over het instrument. Een opvallende positieve bevinding is dat meerdere participanten de potentie van de BNA als overdrachtsdocument erkennen op het moment dat een patiënt nieuw op de afdeling komt. Door het sociale netwerk van de patiënt direct inzichtelijk te maken voor behandelaars, kan een structurele overdracht de integratie van de BNA in het behandelproces bevorderen. Daarnaast tonen de resultaten aan dat het opstellen van de BNA verschillende knelpunten met zich meebrengt. Hoewel de mogelijkheid om de BNA aan te passen aan individuele patiënten als positief wordt ervaren, staat dit tegenover de ervaren gebrekkige kaders en richtlijnen. FSW'ers ervaren het ontbreken van duidelijke richtlijnen als een obstakel, wat ertoe leidt dat het schrijven van de BNA regelmatig wordt uitgesteld. Er is vanuit deze groep dan ook een duidelijke behoefte aan concretere kaders en meer eenduidige richtlijnen om het opstellen van een

overzichtelijk en informatief document te vergemakkelijken. Daarnaast wordt het opstellen van de BNA door FSW'ers als tijdrovend en belastend ervaren, mede door de hoge werkdruk en de eerder genoemde onduidelijkheid in richtlijnen. Deze combinatie veroorzaakt dat er regelmatig een achterstand ontstaat in het schrijven van BNA's, wat op zijn beurt demotiverend werkt en de ervaren werkdruk verder vergroot. Het structureel evalueren van de methode is een belangrijke factor voor een succesvolle implementatie. Door de methode aan te passen op de ervaringen in de praktijk maakt dat de methode beter aansluit bij de wensen en behoeften van de betrokken professionals (Finch et al., 2012). Dit gebeurt echter op dit moment niet, dit beïnvloedt het implementatieproces.

De onderzoeksresultaten wijzen tevens op diverse verbeterpunten die de toekomstige toepassing van de BNA in de praktijk kunnen versterken. Een veelgenoemd verbeterpunt vanuit de interviews is het structureel inzetten van de BNA als overdrachtsdocument, waardoor de kennis over de risico's binnen het netwerk effectief verspreid wordt. Daarnaast komt het vergroten van de bekendheid van de BNA onder medewerkers naar voren als een belangrijke voorwaarde voor een bredere en meer consequente toepassing. Door deze bekendheid te vergroten, kan het bewustzijn over de netwerk gerelateerde risico's bij patiënten worden vergroot en daarmee meer inzicht in de kans op recidive.

Een opvallende nieuwe bevinding betreft de wens van patiënten binnen de Van Mesdagkliniek om meer betrokken te worden bij het proces rondom het opstellen van de BNA. Hoewel het mogelijk is voor patiënten om de BNA in te zien, blijkt uit de interviews dat veel patiënten deze nog nooit hebben ingezien of geen expliciete uitnodiging hiervoor hebben ontvangen. Tegelijkertijd geven zij aan het belangrijk te vinden om de BNA te kunnen lezen en hun feedback te kunnen geven, met name om eventuele onjuistheden te corrigeren en eigen perspectieven toe te voegen. Patiënten ervaren de BNA echter ook regelmatig als bemoeizuchtig, vooral vanwege de nadruk op het sociale netwerk en het verleden. Voor sommige patiënten roept dit weerstand op, vooral wanneer zij vinden dat het netwerk geen onderwerp van analyse zou moeten zijn. Deze ervaringen benadrukken het belang van een zorgvuldige, transparante en respectvolle communicatie over het doel en de inhoud van de BNA binnen het behandeltraject.

De conclusie luidt dat de BNA momenteel onvoldoende wordt toegepast binnen de praktijk, dit is het gevolg van meerdere factoren. De belangrijkste belemmering betreft het beperkte bekendheidsniveau van de BNA onder medewerkers. Desondanks wordt de potentie van de BNA als waardevol instrument erkend, met name vanwege de bijdrage aan het inzichtelijk maken van netwerk gerelateerde risicofactoren. Tegelijkertijd worden er vanuit FSW'ers diverse knelpunten ervaren die een optimale inzet van de BNA belemmeren, zoals de aanzienlijke tijdsinvestering, het ontbreken van heldere richtlijnen en een gebrek aan effectieve communicatie. Ondanks deze

uitdagingen is er onder medewerkers breed draagvlak voor het nut van de BNA, mits er een duidelijke en structurele rol voor het instrument wordt geformuleerd. Uit het onderzoek blijkt dat de meest wenselijke en haalbare toepassing van de BNA ligt in het gebruik als overdrachtsdocument vanuit het FSW, waarmee de continuïteit en samenwerking tussen afdelingen versterkt kan worden.

5.1.4 Conclusie onderzoeksvraag

Ten slotte wordt er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag van dit onderzoek. Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de mate waarin sociale netwerkconcepten uit de risicotaxatie-instrumenten HCR-20^{v3}, HKT-R en SSA terugkomen in de BNA en in hoeverre deze bruikbaar zijn binnen de behandeling van tbs-patiënten. De resultaten tonen aan dat de BNA de kernconcepten rondom sociale netwerken, die in deze risicotaxatie-instrumenten worden gehanteerd, volledig toetst en op een toegankelijke wijze integreert. Dit sluit aan bij de theoretische onderbouwing van de Central Eight factoren, waarbij netwerk gerelateerde factoren een bewezen verband vertonen met recidiverisico (Bonta & Andrews, 2007).

De sociale netwerkconcepten in de BNA zijn herleidbaar aan relevante criminologische theorieën, zoals de sociale controletheorie, de differentiële associatietheorie en de sociaal-kapitaaltheorie. De BNA bevat daarmee belangrijke kennis over sociale bindingen, beïnvloedingsprocessen binnen netwerken en de rol van sociaal kapitaal bij het ontstaan en voorkomen van crimineel gedrag. De BNA geeft daarmee inzicht in belangrijke informatie over het netwerk van tbs-patiënten en de daarmee samenhangende risico- en beschermingsfactoren.

Echter blijkt uit de praktijk dat, ondanks de theoretische en inhoudelijke meerwaarde, de BNA nog onvoldoende wordt benut binnen tbs-behandelingen. De belangrijkste belemmeringen zijn het beperkte bewustzijn onder de medewerkers van de Mesdag, het ontbreken van duidelijke kaders en de ervaren werkdruk bij het opstellen van de BNA. Toch wordt het potentieel van de BNA breed erkend, met name als instrument om risico's van het sociale netwerk inzichtelijk te maken en de overdracht tussen behandelaren te verbeteren.

Concluderend kan worden gezegd dat de BNA inhoudelijk een waardevolle aanvulling biedt op de bestaande risicotaxaties en sluit aan bij erkende criminologische theorieën. De BNA kan, naast de structurele risicotaxatie momenten, een belangrijke methode vormen om de risico's van het netwerk te blijven analyseren. Om deze meerwaarde daadwerkelijk te benutten binnen tbs-behandelingen, is het noodzakelijk om in te zetten op gerichte implementatiestrategieën: heldere richtlijnen, structureel gebruik en organisatiebrede bekendheid. Met deze verbeteringen kan de BNA een belangrijke rol vervullen in het inzichtelijk maken van sociale netwerkdynamieken en daarmee bijdragen aan een effectievere risicomanagement methode in behandeling van tbs-patiënten.

5.2 Discussie en aanbevelingen

In dit deel van het hoofdstuk worden de beperkingen van het onderzoek beschreven. Daarna wordt er gereflecteerd op het onderzoeksproces. Ten slotte worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

5.2.1 Beperkingen onderzoek

Als eerste wordt er gekeken naar de beperkingen van dit onderzoek, waarin er kwalitatieve data verzameld is door middel van een focusgroep en semigestructureerde interviews. Er zijn participanten uit vier verschillende rollen, dit waren forensisch systeem werkers, sociotherapeuten, regiebehandelaren en patiënten. De gesprekken zijn gegaan over hun ervaringen omtrent het werken met de BNA en hun perspectief op het gebruik van deze methode. Dit heeft een waardevolle bijdrage gehad in het ontstaan van een inzicht over de mate waarin de BNA een rol speelt in een tbs-behandeling. Het is dan ook een meerwaarde geweest om dit te onderzoeken vanuit verschillende rollen in de behandeling, hierdoor is er een breed beeld ontstaat van de manier waarop dit in de praktijk wordt toegepast. Er blijkt nog veel onduidelijkheid te zijn over de wijze waarop de BNA wordt toegepast, dit was oorspronkelijk bedoeld als ondersteunende werkwijze om risico's van het netwerk te analyseren. Hierin blijft na het onderzoek de vraag of de BNA wordt ingezet als diagnostiek rapport of als methode om het netwerk van een patiënt continu te blijven analyseren. Uit de resultaten blijkt dat de BNA voornamelijk wordt gezien als een diagnostiek rapport, terwijl dit niet aansluit bij de oorspronkelijke bedoeling. In dit onderzoek is onderbelicht gebleven wat de oorzaak hiervan is echter wanneer de BNA uitsluitend als statisch verslag wordt ingezet, dreigt deze oorspronkelijke functie verloren te gaan.

Een eerste beperking van dit onderzoek betreft de mate van saturatie met betrekking tot de participanten. In totaal zijn negen semigestructureerde interviews afgenomen, verdeeld over drie doelgroepen, sociotherapeuten, regiebehandelaren en patiënten, waarbij elke groep drie participanten omvatte. Het is waardevol dat er in dit onderzoek interviews zijn gehouden met verschillende posities die betrokken zijn bij een tbs-behandeling. Gezien de relatief beperkte omvang per doelgroep is het aannemelijk dat de saturatie niet volledig is bereikt. Uit de interviews blijkt dit uit het feit dat er in het laatste interview niet eerder genoemde ervaringen en wensen benoemd zijn. Daarnaast is er geen participant gesproken die werkzaam is op de instroomafdeling. Dit impliceert dat mogelijk niet alle relevante perspectieven en ervaringen van de sociotherapeuten, regiebehandelaren en patiënten zijn vastgelegd. Daarnaast is de representativiteit van de verschillende behandelafdelingen binnen FPC de Van Mesdag beperkt. De participanten zijn voornamelijk afkomstig van de doorstroom- en uitstroomafdelingen, terwijl medewerkers en patiënten van instroomafdelingen ondervertegenwoordigd zijn. De risico's in een netwerk van de

patiënt zijn echter belangrijk wanneer er wordt gestart met verloven, dit gebeurt vanaf de doorstroom-afdelingen. Hierdoor ontbreekt deels het inzicht in de ervaringen en behoeften van deze specifieke groep, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperkt. Voor toekomstig onderzoek is het belangrijk om te streven naar een bredere vertegenwoordiging van de verschillende afdelingen binnen de instelling. Daarnaast zou het verhogen van het aantal participanten per doelgroep kunnen bijdragen aan een meer genuanceerd en compleet beeld van de toepassing en waardering van de BNA binnen de gehele organisatie.

Een tweede beperking van dit onderzoek betreft de samenstelling van de focusgroep met forensisch systeemwerkers (FSW'ers). Door praktische belemmeringen konden enkele FSW'ers, ondanks hun relevante expertise, niet deelnemen aan de sessie. Hun afwezigheid vormt een inhoudelijke beperking, aangezien deze medewerkers door hun collega's worden beschouwd als sleutelfiguren binnen de toepassing van de BNA. Sommigen van hen beschikken over langdurige ervaring met de methode en waren nauw betrokken bij de ontwikkeling en implementatie ervan, waarmee zij als 'kartrekkers' van de BNA kunnen worden gekenmerkt. Tegelijkertijd is ook een FSW'er met een meer kritische houding ten aanzien van de BNA niet vertegenwoordigd geweest. Deze persoon heeft eerder kenbaar gemaakt de methode als minder effectief te beschouwen. Het ontbreken van deze uiteenlopende en inhoudelijk waardevolle perspectieven betekent dat er mogelijk essentiële inzichten en kritische reflecties op het gebruik van de BNA buiten beschouwing zijn gebleven. Voor toekomstig onderzoek wordt daarom aanbevolen om bij het samenstellen van focusgroepen expliciet te streven naar deelname van dergelijke sleutelpersonen met zowel positieve als kritische ervaringen. Dit kan bijdragen aan een genuanceerder en vollediger beeld van de werking, toepasbaarheid en acceptatie van de BNA binnen de organisatie.

De derde en laatste beperking van dit onderzoek betreft de uitvoering van de data-analyse. Het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden biedt als belangrijk voordeel dat participanten in staat worden gesteld hun ervaringen, opvattingen en belevingen uitgebreid te verwoorden. Dit heeft in belangrijke mate bijgedragen aan een breed en duidelijk beeld van de wijze waarop de BNA in de praktijk wordt ervaren en toegepast. De analyse van deze kwalitatieve data is uitgevoerd aan de hand van thematische analyse. In dit onderzoek is de thematische analyse echter uitsluitend door de onderzoeker zelf uitgevoerd. Alleen de uiteindelijke codes zijn doorgenomen met een onafhankelijk persoon. Deze werkwijze brengt het risico met zich mee dat bepaalde relevante patronen, uitspraken of betekenissen over het hoofd worden gezien of subjectief geïnterpreteerd. De afwezigheid van intersubjectieve controle, bijvoorbeeld in de vorm van co-codering, beperkt daarmee de betrouwbaarheid en validiteit van de interpretaties. Voor toekomstig onderzoek is het waardevol om

de thematische analyse door meerdere onderzoekers te laten uitvoeren of te laten controleren. Dit vergroot de analytische scherpste en draagt bij aan meer betrouwbaarheid.

Ondanks de beperkingen die hierboven zijn besproken, heeft dit onderzoek meer inzicht gegeven in de ervaringen, wensen en behoeften met betrekking tot het werken met de BNA. Het onderzoek biedt waardevolle informatie die in de toekomst ingezet kan worden om de BNA verder te implementeren in een tbs-behandeling. De resultaten van het onderzoek geven hier veel richting voor verdere ontwikkelingsmogelijkheden die hieraan kunnen bijdragen.

5.2.2 Reflectie

Dit onderzoek draagt bij aan de wetenschappelijke kennis over de toepassing en inhoudelijke waarde van de BNA binnen tbs-behandelingen, dit is een methode die tot nu toe niet eerder is onderzocht. Door de BNA te vergelijken met erkende risicotaxatie-instrumenten (HCR-20V3, HKT-R, SSA) en deze te analyseren aan de hand van theoretische kaders zoals de Central Eight, de sociale controletheorie, differentiële associatietheorie en sociaal-kapitaaltheorie, biedt het onderzoek een onderbouwde analyse van hoe netwerkfactoren bijdragen aan recidiverisico. Daarmee draagt het bij aan de bestaande forensisch wetenschappelijke literatuur over sociale netwerkanalyse. Bovendien geeft dit onderzoek praktische inzichten in hoe forensische netwerkanalyse-instrumenten in de klinische praktijk worden ervaren en toegepast. Deze koppeling tussen theorie en praktijk is van belang voor verdere ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten en hun implementatie.

Maatschappelijk gezien raakt het onderzoek aan een belangrijk thema, namelijk het voorkomen van recidive bij tbs-patiënten. De BNA blijkt een potentieel waardevol hulpmiddel te zijn om risicovolle sociale netwerken te signaleren en beschermende factoren te versterken. Wanneer de implementatie verbetert, kan dit bijdragen aan een effectievere behandeling van tbs-patiënten en uiteindelijk aan een veiligere samenleving. Daarnaast maakt het onderzoek zichtbaar dat patiënten betrokken willen worden bij het analyseren van hun sociale netwerk. Dit sluit aan bij maatschappelijke ontwikkelingen waarin participatie en zelfregie steeds belangrijker worden binnen de forensische psychiatrie.

5.2.3 Aanbevelingen

In het afsluitende onderdeel van dit onderzoek worden aanbevelingen geformuleerd die gericht zijn op FPC de Van Mesdag, met als doel verdere input te geven aan de bevindingen van dit onderzoek. Deze aanbevelingen betreffen zowel praktijkgerichte interventies als suggesties voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek.

Dit onderzoek heeft inzicht geboden in de huidige mate van bekendheid en het gebruik van de BNA binnen de organisatie. Uit de interviews met medewerkers is gebleken dat de BNA bij een groot deel

van het behandelteam, waaronder sociotherapeuten en regiebehandelaren, onbekend is, zowel het bestaan ervan als de inhoud. Wanneer een methodiek niet bekend is bij de professionals die deze in de praktijk zouden moeten toepassen, is het onrealistisch te verwachten dat de methode effectief ingezet wordt (Finch et al., 2012). Op basis hiervan luidt de eerste aanbeveling om actief in te zetten op het vergroten van de interne bekendheid van de BNA. Het verbeteren van de bekendheid vormt een belangrijke stap in de richting van duurzame en structurele implementatie binnen het behandeltraject. Dit vraagt om gerichte investeringen in kennisverspreiding en interne communicatie (Damschroder et al., 2009). Denk hierbij aan het organiseren van informatiesessies, afdelingsbrede presentaties of praktijkgerichte trainingen waarin de inhoud, doelstellingen en meerwaarde van de BNA worden toegelicht. Daarnaast wordt aanbevolen om de BNA structureel te agenderen binnen de Multidisciplinaire Overleggen (MDO's), zodat behandelaren en andere betrokkenen frequent met de methode in aanraking komen. Dit draagt eraan bij dat de BNA meer bekend wordt bij medewerkers van de Mesdag. Door de BNA op deze wijze in te bedden binnen de behandelstructuur, kan de methodiek breder gedragen worden in de organisatie en effectiever bijdragen aan de forensisch psychiatrische behandeling.

Een belangrijk inzicht dat uit dit onderzoek naar voren is gekomen, betreft het brede draagvlak voor het inzetten van de BNA als overdrachtsdocument vanuit het forensisch systeemwerk. Zowel sociotherapeuten, regiebehandelaren als forensisch systeemwerkers gaven aan dat zij de BNA beschouwen als een waardevol instrument om belangrijke informatie over het sociaal netwerk van de patiënt over te dragen wanneer een patiënt op een nieuwe afdeling geplaatst wordt. In deze context biedt de BNA de mogelijkheid om relevante netwerkgegevens en risicofactoren op gestructureerde wijze over te brengen aan het behandelteam. Het gebruik van de BNA als overdrachtsdocument bevordert ook een meer geïntegreerde benadering van netwerk gericht werken in een tbs-behandeling. Door dit standaard onderdeel te maken van het overdrachtsproces, wordt gehoor gegeven aan de behoefte van betrokken professionals en krijgt de BNA een expliciete en functionele rol binnen de behandelstructuur. Een duidelijk rol van de BNA methode vergroot de kans op een succesvolle implementatie (Albert et al., 2020). Op basis van deze bevindingen wordt aanbevolen om een structureel overdrachtsmoment vanuit het forensisch systeemwerk te implementeren, waarbij de BNA dient als ondersteunend instrument voor het overdragen van netwerk gerichte informatie.

Tot slot wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek te onderzoeken hoe de BNA wordt ingezet binnen andere forensisch psychiatrische zorginstellingen. Aangezien dit onderzoek zich specifiek heeft gericht op de toepassing van de BNA binnen FPC de Van Mesdag, ontbreekt momenteel inzicht in de manier waarop de methode elders wordt gebruikt. Een vergelijkend onderzoek kan waardevolle informatie opleveren over de mate van implementatie, ervaren knelpunten en succesvolle strategieën in andere instellingen. Het systematisch in kaart brengen van deze ervaringen kan leiden tot bruikbare inzichten die toepasbaar zijn binnen de Van Mesdag en zo bijdragen aan een effectievere inzet van de BNA in een tbs-behandeling.

Literatuurlijst

- Albers, B., Shlonsky, A., & Mildon, R. (Eds.). (2020). *Implementation Science 3.0*. Cham, Switzerland: Springer.
- Ali, M. M., & Dwyer, D. S. (2010). Social network effects in alcohol consumption among adolescents. *Addictive Behaviors*, 35(4), 337-42. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.002>.
- Berg, J. W. van den, Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Blaauw, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2019). Risicotaxatie in de Nederlandse rechtspraak: op naar een best practice. *Expertise en recht*, (2), 70-77.
- Bogaerts, S., & Spreen, M. (2011, 30 mei). Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap voor het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delictinformatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden. Tilburg University.
- Bogaerts, S., Spreen, M., ter Horst, P., & Gerlsma, C. (2017). Predictive Validity of the HKT-R Risk Assessment Tool: Two and 5-Year Violent Recidivism in a Nationwide Sample of Dutch Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(8), 2259-2270. <https://doi.org/10.1177/0306624X17717128>
- Bonta, J. (juni, 2023). The Risk-Need-Responsivity model: 1990 to the Present. *HM Inspectorate of Probation*. Academic Insights 2023/06.
- Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2007). Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. User report 2007-06.
- Bootsma, M., Van den Berg, M., & Spreen, M. (2017). *De rol van het persoonlijke sociale netwerk in de Forensische Psychiatrie*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Bouman, Y.H.A., Hutten, J.C., Uzieblo, K., van der Veeken, F.C.A., Verschuur, J., te Mebel, L., van Horn, J.E. (november, 2020). Risicotaxatie gedaan: hoe nu verder? De vertaalslag van risicotaxatie naar risicomangement. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Brankley, A. E. (2023, 2 mei). STABLE-2007: A dynamic measure of risk for sexual offending used with adult males. AEB. Geraadpleegd op 9 mei 2025, van <https://andrewbrankley.com/stable2007/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., pp. 993–1028). Wiley.
- Brenninkmeijer, M., Roeleveld, E., Stam, J., Westendorp. (2024, april). Call 2021-149: Implementatie KFZ Toolbox Middelengebruik: Implementatie van de handleiding problematisch middelengebruik voor de forensische praktijk. Kwaliteit Forensische Zorg. <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/eindrapportage-implementatiecall-kfz-toolbox-call-2021-149-2e-ronde-schoon.pdf>

- Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC nursing*, 14(1), 43.
- Bulten, B. H., de Vogel, V., & van Kordelaar, W. F. J. M. (2022). Onttrekkingen en recidive tijdens tbsverlof: kleine aantallen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(10), 657-662.
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/artikelen/article/50-13074_Onttrekkingen-en-recidive-tijdenstbs-verlof-kleine-aantallen
- Costello, B. J., & Laub, J. H. (2020). Social control theory: The legacy of Travis Hirschi's causes of delinquency. *Annual Review of Criminology*, 3(1), 21-41.
- De Vogel, V., De Beuf, T., Shepherd, S., & Schneider, RD (2022). Geweldrisicobeoordeling met de HCR-20 V3 in juridische contexten: een kritische reflectie. *Journal of Personality Assessment*, 104 (2), 252–264. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2021925>
- De Vries, G. M., Bijlsma, J., Mackor, A.-R., Meynen, G., & Bex, F. (2021). AI-risicotaxatie: nieuwe kansen en risico's voor statistische voorspellingen van recidive. *Boom Strafblad*, 2021(2), 58-66.
<https://doi.org/10.5553/Bsb/266669012021002002004>
- Dijkstra, J. K., & Veenstra, R. (2019). Jongeren, leeftijdsgenoten en criminaliteit. *Tijdschrift voor Criminologie*, 61(3), 280-292. <https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2019061003005>
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University
- Douglas, KS, & Shaffer, CS (2021). De wetenschap van en praktijk met de HCR-20 V3 (Historisch-Klinisch-Risicomanagement – 20, Versie 3). In KS Douglas & RK Otto (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (2e ed., pp. 253–293). Routledge.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (december, 2019). Basis Zorgprogramma: Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten. EFP. (Versie 4.1).
- Finch, T. L., Mair, F. S., Odonnell, C., Murray, E., & May, C. R. (2012). From theory to “measurement” in complex interventions: Methodological lessons from the development of an e-health normalisation instrument. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 1– 16.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-69>
- Flick, U. (2018). An Introduction to Qualitative Research (6th ed.). <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/an-introduction-to-qualitative-research/book261109>
- FPC Dr.S. Van Mesdag. (2013, juni). De Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA): Informatiefolder voor patiënten. Afdeling onderzoek Van Mesdag. Interndocument FPC Dr.S. Van Mesdag.
- Grol, R., Wensing M. (2006) Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier gezondheidszorg. Maarssen.
- Grol R., Wensing M. (2006) Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier gezondheidszorg. Maarssen.

- Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Vol. 5, No. 6). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Harris, A., Phenix, A., Thornton, D., & Hanson, R. K. (2003). *Static 99: Coding rules revised 2003*. Ottawa, Ontario: Solicitor General Canada.
- Harte, J. M. (2009). Een beoordeling ter beoordeling; Opbrengsten en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek. In F. Koenraadt, & I. Weijers (editors), *Vrijheid en verlangen, Liber amicorum prof. dr. Antoine Mooij*. (blz. 233-241). (Pompe reeks; Nr. 55). Boom Juridische uitgevers.
- Harte, J. M., & Breukink, M. D. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72.
- Hendrix, H. (2018). *Netwerken in kaart*. Boom uitgevers Amsterdam.
https://www.praktijkboeksociologie15edruk.nl/documenten/netwerken_in_kaart.pdf
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. SAGE
- Hillis, A. (2024). Applying Normalization Process Theory. In *Implementation Science* (pp. 223-236). Routledge.
- Hirschi, T., (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley, Los Angeles en Londen: University of California Press.
- Hoeben, E. M., & Weerman, F. M. (2016). Why is involvement in unstructured socializing related to adolescent delinquency?. *Criminology*, 54(2), 242-281.
- Hoeben, E., Spreen, M., van den Berg, M., & Bogaerts, S. (2011). Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling: Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie. *PROCES: Tijdschrift voor strafrechtspleging*, 90(1), 26-41.
- Koch, M., Berg, J. W. van den, Smid, W. J. (2014). *Acute-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van., Hanson, R. K., Harris, A. J. R. *Acute-2007 Coding Manual*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten
- Lammers, S., Blijven stoute jongens stout? Taxatie van het recidiverisico in de tbs, *De Psycholoog*, 42 (2007), p. 479-510.
- Lantz, B., & Willis Shaw, S. (2022). How Criminological Theory Can Inform the Role of Marketing in Understanding Radicalization and Deradicalization. *Journal of Public Policy & Marketing*, 42(1), 15-17. <https://doi.org/10.1177/07439156221137634>
- Lucker, T. P. C., Bruggeman, F. M. J., Kristensen, P., & Hochstenbach, J. (2010). Tbs-behandeling: niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk. *GZ-psychologie*, 2(6), 26-35.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annual review of sociology*, 27, 415-444. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc27.1.415>
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3), 535-554.
- May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Nio Ong, B., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J. & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation science*, 4(1), 29.

- Mears, D. P., Ploeger, M. & Warr, M. (1998). Explaining the gender gap in delinquency: Peer influence and moral evaluations of behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 35(3), 251–266. <https://doi.org/10.1177/0022427898035003001>
- Mesdag (z.d.). Forensisch Psychiatrisch Centrum. Mesdag - Naast Mensen. Voor Veiligheid. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van <https://www.vanmesdag.nl/aanbod/forensisch-psychiatrisch-centrum>
- Miller, H. V. (2010). If your friends jumped off of a bridge, would you do it too? Delinquent peers and susceptibility to peer influence. *Justice Quarterly*, 27(4), 473-491. <https://doi.org/10.1080/07418820903218974>
- Nachtegaal, M. H., Goethals, K. & Meynen, G. (2016). De tbs-maatregel: kosten en baten in perspectief. *Tijdschrift voor psychiatrie.-Utrecht, 1972, currens*, 58(10), 739-745.
- Nachtegaal MH, Schonberger HJM. (2013). Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden. Memorandum 2013-1, WODC, Min.Veiligheid en Justitie, Den Haag
- Nachtegaal, M. H., & Schönberger, H. J. M. (2013). Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden. WODC Publications.
- Nuyts, K. (2017). Krachtgerichte ondersteuning van sociale netwerken. Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. <https://www.samvzw.be/sites/default/files/2021-01/Krachtgerichte%20ondersteuning%20van%20sociale%20netwerken.pdf?.com>
- Oppedijk, D. (2003). Risicotaxatie. *Ontmoetingen*, 9, 17-28. <http://doi.org/10.21827/5a6b33ecbf942>
- Plas, M. & Wensing, M. (2006) Begrippenkader voor implementatiestrategieën beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg. Nijmegen: UMC St Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK).
- Raats, I. (2019). Handleiding Focusgroepen: een praktische handleiding voor de organisatie, begeleiding en analyse van focusgroepen. Raats voor Mensgerichte Zorg. https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2022-06/Lokaal%20Vitaal%20handleiding_focusgroepen_2019_april_-tg.pdf
- Rennie, C.E., & Dolan, M.C. (2010). The significance of protective factors in the assessment of risk. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 8-22. doi: 10.1002/cbm.750
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life. *Crime & Delinquency*, 39(3), 396. <https://doi.org/10.1177/0011128793039003010>
- Smid, W. J., Koch, M., & Berg, J. W. van den (2014b). Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014). (Bewerkte vertaling van Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & 47 Thornton, D. STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2003.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Smid, W., & Uzieblo, K. (2020). Risicotaxatie: Waarheen? Waarvoor? De psycholoog : maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 32-40.
- Smid, W.J., Klein Haneveld, E., Vogel, V. de, & Horn, J. van (2014a). Gestructureerde risicotaxatie noodzakelijker wijs. *De Psycholoog*, september 2014, 29-39.
- Sokol-Katz, J. S., Dunham, R. G., & Zimmerman, R. S. (1997). Family Structure versus Parental Attachment in Controlling Adolescent Deviant Behavior: A Social Control Model. *Adolescence*, 32, 299-215.

- Spreen, M., & Pomp, L. (2009). Landelijke implementatie Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA): procesevaluatie. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie*. Dr. Van Mesdag kliniek.
- Stolle, D., (1999) "Onderzoek naar sociaal kapitaal: naar een attitudinale benadering", Tijdschrift voor Sociologie 20(3-4), 247–280. doi: <https://doi.org/10.21825/sociologos.86476>
- Sutherland, E. H. (1947). Differential association theory. *Criminology Theory: Selected Classic Readings*, 225-227.
- TBS Nederland (2023, januari 26). *We oordelen te snel over tbs'ers*. TBS Nederland. Geraadpleegd op 21 februari 2025, van <https://tbsnederland.nl/nieuws/we-oordelen-te-snel-over-tbsers/>
- TBS Nederland. (2024, 30 mei). 2023 – CIJFERS & BIJZONDERHEDEN - TBS. Geraadpleegd op 14 maart 2025, van <https://tbsnederland.nl/?r3d=cijfers-bijzonderheden-2023>
- Ter Haar-Pomp, L. S. (2023). Personal networks in the forensic psychiatric context: Exploring a person-centered social network approach to support forensic psychiatric treatment decisions. Proefschriftmaken.
- Ter Haar-Pomp, L., Bogaerts, S., & Spreen, M. (2016). Risk management in the forensic psychiatry: Integrating a social network approach. In M. Cima (Ed.), *The Handbook of Forensic Psychopathology and Treatment* (pp. 337-351). New York: Routledge.
- van de Rakt, M. G. A., Weerman, F. M., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: Het (anti) sociale kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij* (80/4).
- Van den Berg, J. W., & De Vogel, V. (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een lichte verstandelijke handicap: hoe bruikbaar zijn risicotaxatieinstrumenten?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (2011/2), 83-93.
- Van den Berg, M. (2021). Projectvoorstel: Implementatie Basis Netwerk Analyse en Forensisch Sociaal Netwerk Analyse (. Vakgroep Forensisch systeemwerkers. Interndocument Van Mesdag kliniek.
- Van Denderen, M., & van der Wolf, M. (2021). "In mijn beleving was hij een monster, dat stukje is nu weg.": Aandacht voor slachtoffers in de tenuitvoerlegging van de tbs. *Sancties*, 2021(1), 29-38. Artikel 2021/5.
- van der Wolf, M. J. F., & Noyon, L. (2013). Zeven jaar na de Commissie Visser: een nieuw evenwicht?. *Justitiële Verkenningen*, 39(4), 9.
- van Oploo, L. (2018). Annotatie bij Gerechtshof Den Haag 16 mei 2018, ECLI: NL: GHDHA: 2018: 1151, Van de Poll, Knobbout, De Boer; weigerende observandus. *Sancties*, 2018(4), 257-265.
- Verwoerd, L., Brouwers, H., & de Hoop, E. (2022). Professionaliseren van lerend evalueren: lessen uit de praktijk van het Planbureau voor de Leefomgeving. Achtergrondpublicatie Den Haag, PBL, 5047.
- Visser, A. (2006). Parlementair onderzoek TBS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005 (nr. 4-5). Sdu Uitgevers.
https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20060516/eindrapport_tbs_vandaag_over/document3/f=/vihlgafo3mo9.pdf

- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Spa, E. de, & Wever, E. (2013). Risicotaxatie van geweld. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 68, 137. Boom tijdschriften.
- Vries Robbé, M. D. (2014). Protective factors: Validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry. SI
- Wensing, M., & Grol, R. (2017). *Implementatie : effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (Zevende, herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
<https://doi.org/10.1007/978-90-368-1732-5>.

Bijlage

Bijlage 1 Basis Netwerk Analyse (instroom)document

Basis Netwerk Analyse (BNA) t.b.v. de Instroom-fase

De nadruk in deze BNA ligt op de informatie vanuit het dossier van betrokkene en de eerste indrukken omtrent zijn sociaal netwerk.

In een vervolg BNA zal de nadruk meer liggen op de ervaring/beleving van betrokkene en zijn netwerkleden.

Naam betrokkene:	
Afdeling:	
Geboortedatum + plaats:	
Nationaliteit:	
Datum User :	
Forensisch Systeemwerker:	
BNA rapporteur:	
Regiebehandelaar:	

Inleiding

Procesbeschrijving:

Relevante achtergrond informatie:

Gebruikte bronnen:

1. Sociaal netwerk ten tijde van het delict

1. Met welke personen had betrokkene ten tijde van het delict contact? (maximaal 1 jaar voorafgaand)

Naam persoon	Relatie tot betrokkene	Beschermend	Neutraal	Risicovol
Toelichting:				
Toelichting:				
Toelichting:				
Toelichting:				
Toelichting:				

2. Is de structuur van het netwerk ten tijde van het delict helder? Beschrijf de interactie patronen tussen netwerkleden onderling en met betrokkene (HKT-R h05 & IFBE 14):

--

1. **Naar aanleiding van dossierinformatie een beschrijving van de maatschappelijk werk domeinen waarop betrokkene problemen ervaarde ten tijde van het delict in samenhang met de omgeving en licht toe.**

Interviews met betrokkene en diens netwerkleden vinden plaats in een later stadium dan in dit Instroom BNA. Is er wel al aanvullende informatie vanuit betrokkene en/of zijn netwerkleden dan dit expliciet erbij benoemen.

Maatschappelijk werk domeinen	Volgens dossier positief = groen, neutraal = grijs, negatief = rood	Volgens betrokkene	Volgens netwerk
Wonen		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Werk/opleiding		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Financiën		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Psychische problemen		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Verslaving		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Relatie/seksualiteit		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Familie		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Vriendschappen		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Vrijetijdsinvulling		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA
Medicatie/Hulpverlening		Hoeft nog niet in instroom BNA	Hoeft nog niet in instroom BNA

2. Huidig sociaal netwerk

1. **Met welke personen heeft betrokkene tegenwoordig contact?¹**

Naam persoon	Relatie tot betrokkene	Beschermend	Neutraal	Risicovol
Toelichting:				
Toelichting:				
Toelichting:				
Toelichting:				

1.2 Eventueel aanvullende informatie:

3. Slachtoffer(s)-systeem

3.1 Wat was de relatie tot het slachtoffer(s)-systeem ten tijde van het delict? Licht toe

3.2 Wat is de relatie tot het slachtoffer(s)-systeem in de huidige situatie? Licht toe

3.3 Beschrijving slachtoffer informatie

Beschrijving slachtoffer/nabestaande/rol:
• Kans op confrontatie, na behandeling zal de kans afnemen mits hij zijn medicatie blijft innemen. • Maatschappelijke gevoeligheid, er is sprake van maatschappelijke gevoeligheid om dat het hooggeplaatste leden van de regeing betreft. • Gemaakte afspraken met slachtoffer(s)-systeem, geen • Afspraken vanuit Informatie Detentie Verloop (IDV) IDV wordt ingelicht bij vrijheden. • Mate van kans op herstel dader/slachtoffer (wenselijkheid) onwaarschijnlijk.
Beschrijving slachtoffer/nabestaande/rol:
• Kans op confrontatie • Maatschappelijke gevoeligheid • Gemaakte afspraken met slachtoffer(s)-systeem • Afspraken vanuit Informatie Detentie Verloop (IDV) • Mate van kans op herstel dader/slachtoffer (wenselijkheid)
Beschrijving slachtoffer/nabestaande/rol:
• Kans op confrontatie • Maatschappelijke gevoeligheid • Gemaakte afspraken met slachtoffer(s)-systeem • Afspraken vanuit Informatie Detentie Verloop (IDV) • Mate van kans op herstel dader/slachtoffer (wenselijkheid)

4. Conclusie, plan van aanpak, (netwerk)interventies en doelen

4.1 Conclusie, plan van aanpak, interventies en doelen

--

4.2 Is de regiebehandelaar geïnformeerd over de bevindingen uit deze BNA?
--

Datum bespreking:

4.3 Is de mentor geïnformeerd over de bevindingen uit deze BNA?
--

Datum bespreking:

4.4 Is betrokkene geïnformeerd over de bevindingen uit deze BNA?

Datum bespreking:

Reactie betrokkene:

Bijlage 2 Literatuuronderzoek

Tabel 5: Theoretische onderbouwing BNA

<i>Items</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Koppeling theorie</i>	<i>Toelichting</i>
<i>Sociale netwerk ten tijde van delict</i>	Personen waarmee patiënt contact had tot 1 jaar voorafgaand	<i>Sociale controletheorie</i>	De kwaliteit van de sociale interacties ten tijde van het delict geven inzicht in de verklaring van het criminele gedrag. Als de patiënt veelal zwakke of afwezige bindingen had, ontstond er een grote kans op crimineel gedrag (Hirschi, 1969).
<i>Structuur/interactie patronen</i>	Beschrijving van de interactiepatronen tussen netwerkliden onderling en met betrokkene	<i>Differentiële-associatietheorie</i>	De sociale interacties in het netwerk van de patiënt, dit geeft inzicht in de invloed van die sociale interacties (Sutherland, 1947).
<i>Wonen</i>	Problemen op het gebied van (samen)wonen ten tijde van het delict in samenhang met de omgeving	<i>Sociaal-kapitaaltheorie</i>	Negatieve hulpbronnen, zoals sociale interactie, hebben veel invloed op het leefdoein van wonen. Een instabiele woonsituatie, zorgt voor een vergroot risico van crimineel gedrag (Stolle, 1999). Daarnaast geeft de ervaring van samenwonen ook meer inzicht in de sociale vaardigheden.
<i>Relatie/seksualiteit</i>	Problemen op het gebied van relatie en/of seksualiteit ten tijde van het delict in samenhang met de omgeving	<i>Differentiële-associatietheorie</i>	De kennis over eerdere relaties/seksualiteit geeft inzicht in de sociale interacties van een persoon. Negatieve relaties, met bijvoorbeeld veel ruzie, kunnen de kans op crimineel gedrag vergroten (Mears et al., 1998).
<i>Familie</i>	Problemen op het gebied van familie ten tijde van het delict in samenhang met de omgeving	<i>Sociaal kapitaaltheorie</i>	De mate waarin de familie functioneert als hulpbron maken inzichtelijk in hoeverre de patiënt ondersteund wordt. Bij een steunende familie is de kans op crimineel gedrag kleiner (Stolle, 1999).
<i>Vriendschap</i>	Problemen op het gebied van vriendschap ten tijde van het delict in samenhang met de omgeving	<i>Differentiële-associatietheorie</i>	De sociale interactie met vrienden heeft veel invloed op de kans op crimineel gedrag. In het contact met andere antisociale personen of delinquente vrienden is de kans

			groter dat iemand zelf ook crimineel gedrag gaat vertonen (Mears et al., 1998).
<i>Hulpverlening</i>	Problemen op het gebied van hulpverlening ten tijde van het delict in samenhang met de omgeving	<i>Sociaal-kapitaaltheorie</i>	Hulpverlening kan gezien worden als sociaal kapitaal. Wanneer de patiënt de juiste hulpverlening ontvangt en toe laat is de kans groter dat hij persoonlijke doelen behaalt (Van de Rakt et al., 2005)
<i>Huidige sociale netwerk</i>	Persoon waarmee de patiënt contact heeft in huidige situatie	<i>Sociale controletheorie</i>	Wanneer de patiënt in de huidige tijd een sterk en beschermend netwerk heeft opgebouwd, wordt de kans op crimineel gedrag kleiner (Hirschi, 1969).
<i>Relatie tot slachtoffer ten tijde van delict</i>	In hoeverre de patiënt in relatie stond met het slachtoffer ten tijde van het delict	<i>Sociale controletheorie</i>	Sociale binding met het slachtoffer. Wanneer er sprake is van een zwakke of negatieve binding is de kans op crimineel gedrag groter. Dit kan ook betrekking hebben gehad op de relatie met het slachtoffer. Meer sociale verbondenheid tot het slachtoffer kan de kans op crimineel gedrag verminderen (Hirschi, 1969).
<i>Relatie tot slachtoffer huidige situatie</i>	Relatie tot slachtoffer in huidige situatie	<i>Sociale controletheorie</i>	Sociale binding met het slachtoffer. Wanneer er sprake is van een zwakke of negatieve binding is de kans op crimineel gedrag groter. Dit kan ook betrekking hebben gehad op de relatie met het slachtoffer. Meer sociale verbondenheid in de toekomst bij het slachtoffer kan de kans op crimineel gedrag verminderen (Hirschi, 1969).

Tabel 6: HCR-20^{V3} Items

HCR-20^{V3}	Items	Omschrijving	Item in de FSNA	Item in de BNA
<i>Historische</i>	Geweld	Verleden van ernstige problemen met gewelddadig gedrag		
	Overig antisociaal gedrag	Verleden van ernstige problemen met betrekking tot antisociaal gedrag (geen geweld)		
	Relaties	Verleden van ernstige problemen in het aangaan en onderhouden van persoonlijke relaties		
	Werk	Verleden van ernstige problemen in het zoeken en behouden van legaal werk		
	Middelengebruik	Verleden van ernstige problemen met het gebruik /misbruik van middelengebruik zoals alcohol, drugs, medicijnen of andere middelen		
	Ernstige psychische stoornis	Verleden van ernstige psychische stoornissen die samengaan met afwijkingen in het denken en gevoelsleven		
	Persoonlijkheidsstoornis	Verleden van ernstige problemen die voortkomen uit stabiele en maladaptieve persoonlijkheidstrekken		
	Traumatische ervaring	Verleden van traumatische of beschadigende ervaringen die belemmerend zijn geweest voor de ontwikkeling		
	Gewelddadige opvattingen	Verleden van diep ingewortelde gewelddadige opvattingen, overtuigingen, waarden of gedachten.		
	Respons op behandeling toezicht-Verleden	Verleden van ernstige problemen met betrekking tot het conformeren aan de behandeling		
<i>Klinische</i>	Inzicht	Problemen door een gebrek aan begrip, bewustzijn of ontkenning van persoonlijk functioneren wat betreft risicogedrag.		
	Gewelddadige denkbeeld of intenties	ernstige en actuele problemen met betrekking tot gewelddadige denkbeelden of intenties om anderen pijn te doen.		
	Symptomen van ernstige psychische stoornis	Of de symptomen van een ernstige psychische stoornis op dit moment of recentelijk actief aanwezig zijn		
	Instabiliteit	Ernstige en actuele problemen met stabiliteit op gebied van affectief functioneren, gedragsmatig functioneren en/of cognitief functioneren		
	Respons op behandeling of toezicht-Heden	Recente problemen met het verkrijgen van, deelnemen aan, zich conformeren aan of profiteren van behandeling of risicomanagement		
<i>Risicoherantiging</i>	Professionele ondersteuning en plannen	Toekomstige problemen bij het ontwikkelen van plannen voor het benutten van professionele ondersteuning of programma's		
	Leefomstandigheden	Toekomstige problemen in de leefomstandigheden, zoals wonen en werk		
	Persoonlijke steun	Toekomstige problemen met betrekking tot persoonlijke steun en over het organiseren van persoonlijke steun		
	Respons op behandeling of toezicht- Toekomst	toekomstige problemen met betrekking tot het verkrijgen/deelnemen/conformereren aan of profiteren van behandelinterventies of risicomanagement		
	Stress/coping	Toekomstige problemen in het omgaan met stressvolle leefomstandigheden en gebeurtenissen		

Noot: Overgenomen uit *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide* (p. 59) door KS. Douglas, SD. Hart, C.D. Webster & H. Belfage, 2013, Simon Fraser University.

Tabel 7: HKT-R items

HKT-R	Items	Omschrijving	Item in de FSNA	Item in de BNA
<i>Historische</i>	Justitiële voorgeschiedenis	12 verschillende categorieën waarbinnen één of meerdere delicten zijn gepleegd		
	Schending van voorwaarden en toezicht	Schending van voorwaarden binnen het juridisch kader in de voorgeschiedenis		
	Leeftijd eerste veroordeling	Eerste veroordeling in levensgeschiedenis		
	Type slachtoffer	Bekende en/of onbekende slachtoffers bij veroordelingen in geschiedenis		
	Netwerk Invloeden	Inventarisatie hoe de patiënt zich gedurende levensloop liet beïnvloeden door netwerkleden		
	Gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar	Externaliserende gedragsproblemen voor het twaalfde levensjaar (zoals op school en thuis)		
	Slachtoffer van geweld in jeugd (tot 18 jaar)	Slachtoffer geworden van vormen van mishandeling en verwaarlozing, of hier getuige van zijn.		
	Hulpverleningsgeschiedenis	Alle vormen van hulp zowel ambulante als opnames in de levensgeschiedenis		
	Arbeidsverleden	Indicatie hoe iemand heeft gefunctioneerd op de arbeidsmarkt		
	Verslavingsverleden	Verslavingen op gebied van alcohol, softdrugs, harddrugs en overige verslavingen (gokken, seksverslaving, internetverslaving en medicijnverslaving)		
<i>Klinische</i>	Instabiliteit m.b.t. wonen	De (in)stabiliteit van het woonverleden		
	Instabiliteit m.b.t. financiën	De (in)stabiliteit in het financiële verleden		
	Probleeminzicht	De mate waarin iemand in de afgelopen twaalf maanden van specifieke risicofactoren en signalen van risicogedrag		
	Psychotische symptomen	Actieve psychotische symptomen zichtbaar in de afgelopen twaalf maanden		
	Verslavingen	Verslavingen op gebied van alcohol, softdrugs, harddrugs of andere overige.		
	Impulsiviteit	De mate waarin er in de afgelopen twaalf maanden onvoorspelbaar en/of ondoordacht gedrag zichtbaar was en zichzelf en/of anderen tot last was		
	Anti sociaal gedrag	De mate waarin iemand in de afgelopen twaalf maanden zijn eigen belangen nastreeft zonder rekening te houden met zijn omgeving		
	Vijandigheid	Vijandig gedrag naar omgeving in de afgelopen twaalf maanden		
	Sociale vaardigheden	De mate waarin iemand in de afgelopen twaalf maanden op een aanvaardbare en bevredigende wijze in staat was om contacten te onderhouden		
	Zelfredzaamheid	De wijze waarop iemand in staat was om essentiële dagelijkse taken te vervullen		
	Meewerken aan de behandeling	De manier waarop iemand inspanning deed om vooruitgang in de behandeling te boeken		
	Verantwoordelijkheid voor het delict	De mate waarin iemand de door hem gepleegde delicten aanvaardt en verantwoordelijkheid neemt.		
	Copingvaardigheden	De mate waarin iemand de laatste twaalf maanden de juiste vaardigheden heeft getoond om bij confrontatie de situatie op bevredigende manier op te lossen.		
	Schending van voorwaarden en afspraken	Hoe iemand zich aan de afspraken, taken en voorwaarden van de behandeling heeft gehouden		

Toekomstige	Arbeidsvaardigheden	Of iemand in de afgelopen twaalf maanden in staat was om op een adequate manier arbeid te verrichten		
	Beïnvloeding pro/anti sociale netwerk	Of iemand zich in de afgelopen twaalf maanden heeft beïnvloed door personen en/of culturen		
	Overeenstemming over afspraken betr. delictpreventie	De mate waarin er formele afspraken zijn opgesteld wat betreft delict preventie en hoe iemand zich hier aan kan houden		
	Wonen	De mate waarin er woonsituatie is geregeld en wordt ingeschat als een adequate plek		
	Financiën	Of de toekomstige financiële situatie adequaat is voor de persoon		
	Werk	Of de toekomstige werksituatie adequaat is voor de patiënt		
	Vrije tijd	De mate waarin de toekomstige vrije tijdsbesteding adequaat is voor de patiënt		
	Sociaal netwerk	De mate waarin toekomstige netwerkleden de persoon in, voor hem, risicovolle situaties kunnen brengen of hiervan beschermen		
	Stresserende omstandigheden	Hoe er wordt omgegaan met toekomstige stresserende omstandigheden		

Noot. Overgenomen uit Handleiding en Methodologische verantwoording HKT-R, Historische, Klinische en Toekomstige- Revisie (p. 76 en 77), door M. Spreen, E. Brand, P. Ter Horst & S. Bogaerts, 2014, Dr. Van Mesdag kliniek.

Tabel 8: SSA Items

SSA	Items	Omschrijving	Item in de FSNA	Item in de BNA
Static	Leeftijd	Meer risico bij een leeftijd onder de 25		
	Ooit 2 jaar of langer samengewoond	Risico is groter wanneer er geen langdurige relatie is geweest		
	Index-delict bevat een veroordeling voor niet-seksueel geweld	Wanneer er bij/tijdens het indexdelict ook een veroordeling voor niet seksueel gerelateerd geweld is		
	Eerdere veroordelingen voor niet-seksueel geweld	Alle veroordelingen van geweld die niet seksueel gerelateerd zijn		
	Aantal eerdere seksuele delicten	Veroordelingen en verdenkingen van zedendelicten voor het indexdelict		
	Eerdere veroordeling data	4 of meer eerdere veroordelingen geven een verhoogd risico		
	Veroordelingen voor non-contact seksueel delict	Eerdere veroordelingen met betrekking tot een non-contact seksueel geweldsdelict		
	Enig extra-familiair slachtoffer	Slachtoffers die behoren tot de (in)directe familie		
	Enig onbekend slachtoffer	Of de slachtoffers bekenden of onbekenden waren van de pleger		
	Enig mannelijk slachtoffer	Waren er mannelijke slachtoffers, zowel volwassenen als kinderen		
Stable	Belangrijke sociale contacten	De sociale relaties die een persoon onderhoudt en hoe dit hem beïnvloed		
	Vermogen tot het vormen van een stabiele relatie	Is de persoon in staat om een gezonde stabiele relatie op te bouwen en te onderhouden		
	Emotionele identificatie met kinderen	In hoeverre iemand zich emotioneel en psychologisch identificeert met kinderen		
	Vrouwvijandigheid	Is er sprake van negatieve/vijandige houding ten opzichte van vrouwen		
	Sociale afwijzing/eenzaamheid	Ervaren van sociale uitsluiting en/of eenzaamheid ten gevolge van een gebrek aan sociaal netwerk		
	Desinteresse in het welzijn van anderen	Gebrek aan empathie en interesse naar omgeving		

Acute	Impulsief gedrag	Is er sprake van ondoordacht gedrag ten nadele van persoon zelf en omgeving	
	Ontoereikende probleemoplossingsvaardigheden	Moeilijkheden met het oplossen van problemen in het dagelijks leven	
	Negatieve emotionaliteitsvaardigheden	Negatieve stemmingen en emotionele instabiliteit	
	Seksuele preoccupatie	De mate waarop iemand bezig is met en verlangen heeft naar seks	
	Seks als coping	Wordt seks gezien als een manier om met stress of (negatieve) emoties om te gaan	
	Seksuele deviantie	Sociaal/wettelijke ongewenste seksuele interesses	
	Samenwerken met toezichthouders	Wordt er meegewerkt aan de behandeling en samengewerkt met behandelteam	
	Toegang tot potentiële slachtoffers	Mogelijkheid om in de buurt te komen van potentiële slachtoffers	
	Vijandigheid	De mate van boosheid, confrontaties en/of woedeaanvallen	
	Seksuele preoccupatie	Toename in seksueel gedrag of fantasieën, overmatig masturberen, seksuele opmerkingen	
	Afwijzing van begeleiding	Niet overeenstemmen of meewerken met behandelteam	
	Emotionele instabiliteit	Mate van instabiliteit van emoties met effect op het functioneren	
	Wegvallen van sociale steun	Afname van pro-sociale contacten in het netwerk	
	Middelenmisbruik	Herstart of toename van alcohol/drugsgebruik	

Noot. Overgenomen uit Static 99: Coding rules revised 2003 (p. 71), door A. Harris, A. Phenix, D. Thornton, R.K. Hanson, 2003, Solicitor General Canada. Overgenomen uit Stable-2007 A dynamic measure of risk for sexual offending used with adult males, door A.E. Brankley, 2023 (<https://andrewbrankley.com/stable2007/>). Overgenomen uit Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project, door R.K. Hanson, A.J. Harris, T.L. Scott & L. Helmus, 2007, Public Safety Canada.

Tabel 9: FSNA items

FSNA	Items	omschrijving	Item in de BNA
Achtergrondinformatie	Achtergrond gezin	Alle relevante achtergrondinformatie, zoals manier van opgroeien en	
	Korte levensloop	Korte beschrijving van levensloop van patiënt	
	DSM-IV	Diagnoses volgens DSM-IV	
	Intelligente	Intelligentie niveau van betrokkene	
	Hulpverleningsgeschiedenis	Alle vormen van hulpverlening in voorgaande jaren	
	Opnames andere tbs-klinieken	Eerdere opnames bij andere tbs-klinieken	
	Datum opname huidige kliniek	Datum opname	
	Gestructureerd klinisch eindoordeel middels risicotaxatie	Eindoordeel van risicotaxatie instrument	
	Korte beschrijving TBS-deliict(en)	Beschrijving van het verloop van tbs-deliict	
medewerking/samenwerking	Medewerking van Betrokkene	Mate van medewerking van betrokkene	

<i>Achtergrondinformatie delictgeschiedenis/patronen Achtergrondinformatie domeinen</i>	Interview netwerkleden	Verloop van interviews met netwerkleden	
	Oorsprong relatie	Informatie over de relatie tussen betrokkene en netwerklid	
	Mening en kennis over tbs-delict/behandeling	Beschrijving van mening over tbs van netwerk	
	Niet bezochte netwerkleden	Waarom bepaalde netwerkleden niet zijn bezocht	
	Geen contact	Welke personen nu geen contact mee is, maar dit in de toekomst wel zou willen	
	Tbs-delict en eerdere delicten	Een beschrijving van het tbs-delict en eerdere gepleegde delicten	
	Woonsituatie	Beschrijving van woonsituatie in het verleden	
	Werksituatie	Beschrijving van arbeidsverleden	
	Financiën	Beschrijving van omgang met financiën.	
	Psychische	Mate van psychische problemen	
	Relatieproblemen	Beschrijving van eerdere problemen op het gebied van relaties	
	Vrijetijdsinvulling	Beschrijving van vrijetijdsinvulling in verleden	
	Medicatie	Gebruik van medicatie in verleden	
	Informatie over slachtoffers	Alle informatie wat betreft de relatie tot het slachtoffer tot de kans op confrontatie	
<i>Slachtofferonderzoek</i>	Mening van betrokkene over netwerk	Inzicht van betrokkene op zijn netwerk	
<i>Sociaal netwerk tijdens delict</i>	Manieren van steun	Welke steun het netwerklid biedt aan betrokkene	
	Netwerkplaatje	Overzicht netwerkleden en risicovolle kenmerken	
	Kenmerken toenmalig netwerk	Kenmerken van het huidige netwerk en overeenkomende contacten	
	Delict signalen	Risicofactoren die betrekking hebben op delict	
<i>Huidige netwerk</i>	Netwerk	Overzicht netwerkleden volgens betrokkene	
	Netwerkplaatje	Overzicht netwerkleden en risicovolle kenmerken	
	Kenmerken	Kenmerken van het huidige netwerk en overeenkomende contacten	
	Steun in toekomst	Steun vanuit netwerk in de toekomst	
<i>Toekomst</i>	Inschatting betrokkene	Wat betrokkene verwacht te ontvangen qua steun	
	Delictvrije toekomst	Idee over delictvrije toekomst van betrokkene en zijn netwerkleden	
	Kans op slachtoffer confrontatie	Mogelijkheid tot slachtoffer confrontatie in toekomstige situatie	
	Samenvatting	Van hierboven beschreven belangrijke informatie	
<i>Conclusie</i>	Netwerk	Overzicht van netwerk en invloed op betrokkene	
	Professionele inschatting	Verwachting voor toekomst wat betreft het netwerk + interventie	

Bijlage 3 Informed consent formulieren

Informed consent formulier (Focusgroep)

Mijn naam is Julia Boelens en ik ben momenteel masterstudent Sociologie, met een specialisatie in Criminaliteit en Veiligheid aan de Rijksuniversiteit Groningen. In het kader van mijn afstudeertraject verricht ik een kwalitatief onderzoek binnen de Van Mesdagkliniek.

Contact gegevens: j.boelens.3@student.rug.nl / j.boelens@vanmesdag.nl

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen en wensen omtrent de Basis Netwerk Analyse (BNA). De onderzoeksvraag richt zich op de bijdrage van de BNA als het gaat om risicotaxatie en hoe de BNA toegepast wordt in de praktijk. Als deelnemer wordt u gevraagd om deel te nemen aan een focusgroep, waarin verschillende Forensisch Systeem werkers deelnemen. De focusgroep zal ongeveer 60 minuten duren en zal fysiek plaatsvinden tijdens het BNA overleg.

Vrijwillige deelname

De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig, wat ook betekent dat u tijdens de focusgroep op elk moment kunt stoppen met uw deelname. Hier hoeft u geen reden voor op te geven. Tijdens de focusgroep mag u ervoor kiezen om vragen over te slaan die u liever niet wilt beantwoorden. Tot 14 dagen na de deelname aan de focusgroep kunt u ervoor kiezen om niet langer meer mee te willen werken aan het onderzoek. Dit kunt u aangeven door een mail te sturen naar de onderzoeker (j.boelens.3@student.rug.nl).

Hoe wordt de focusgroep verwerkt?

De informatie uit de focusgroep wordt volledig anoniem verwerkt en uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Met uw toestemming zal de onderzoeker de focusgroep opnemen, zodat de antwoorden achteraf nauwkeurig kunnen worden uitgeschreven. De geluidsopname is uitsluitend toegankelijk voor de onderzoeker en wordt direct verwijderd na afronding van het onderzoek. Mocht u na het lezen nog vragen hebben, dan kunt u deze stellen aan de onderzoeker, zowel tijdens als na het onderzoek.

Toestemming:

Door het plaatsen van een handtekening gaat u akkoord met het volgende:

- Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen.

- Ik begrijp dat mijn deelname volledig vrijwillig is.
- Ik heb de ruimte gehad om vragen te stellen en deze zijn voldoende beantwoord.
- Ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname tijdens de focusgroep.
- Ik geef toestemming voor het anoniem gebruiken van mijn antwoord in het onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en (tijdelijk) bewaren van mijn gegevens tot het einde van het onderzoek.

o Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek en ben akkoord met de bovenstaande informatie.

o Nee, ik wil niet meedoen aan het onderzoek.

Datum: _____

Handtekening:

Informed consent formulier interview (behandelaar/sociotherapeut)

Mijn naam is Julia Boelens en ik ben momenteel masterstudent Sociologie, met een specialisatie in Criminaliteit en Veiligheid aan de Rijksuniversiteit Groningen. In het kader van mijn afstudeertraject verricht ik een kwalitatief onderzoek binnen de Van Mesdagkliniek.

Contact gegevens: j.boelens.3@student.rug.nl / j.boelens@vanmesdag.nl

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen en wensen omtrent de Basis Netwerk Analyse (BNA). De onderzoeksvraag richt zich op of de BNA bijdraagt aan risicotaxaties en hoe de BNA toegepast wordt in de praktijk. Als deelnemer wordt u gevraagd om deel te nemen aan een interview. Het interview zal ongeveer 60 minuten duren en zal fysiek plaatsvinden tijdens een afgesproken moment.

Vrijwillige deelname

De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig, wat ook betekent dat u tijdens het interview op elk moment kunt stoppen met uw deelname. Hier hoeft u geen reden voor op te geven. Tijdens het interview mag u ervoor kiezen om vragen over te slaan die u liever niet wilt beantwoorden. Tot 14 dagen na de deelname aan het interview kunt u ervoor kiezen om niet langer meer mee te willen werken aan het onderzoek. Dit kunt u aangeven door een mail te sturen naar de onderzoeker (j.boelens.3@student.rug.nl).

Hoe wordt het interview verwerkt?

De informatie uit het interview wordt volledig anoniem verwerkt en uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Met uw toestemming zal de onderzoeker het interview opnemen, zodat de antwoorden achteraf nauwkeurig kunnen worden uitgeschreven. De geluidsopname is uitsluitend toegankelijk voor de onderzoeker en wordt direct verwijderd na afronding van het onderzoek. Mocht u na het lezen nog vragen hebben, dan kunt u deze stellen aan de onderzoeker, zowel tijdens als na het onderzoek.

Toestemming:

Door het plaatsen van een handtekening gaat u akkoord met het volgende:

- Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen.
- Ik begrijp dat mijn deelname volledig vrijwillig is.
- Ik heb de ruimte gehad om vragen te stellen en deze zijn voldoende beantwoord.
- Ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname tijdens het interview.
- Ik geef toestemming voor het anoniem gebruiken van mijn antwoord in het onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en (tijdelijk) bewaren van mijn gegevens tot het einde van het onderzoek.

☐ Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek en ben akkoord met de bovenstaande informatie.

☐ Nee, ik wil niet meedoen aan het onderzoek.

Datum: _____

Handtekening:

Informed consent formulier interview (patiënt)

Mijn naam is Julia Boelens en ik ben momenteel masterstudent Sociologie, met een specialisatie in Criminaliteit en Veiligheid aan de Rijksuniversiteit Groningen. In het kader van mijn afstudeertraject verricht ik een kwalitatief onderzoek binnen de Van Mesdagkliniek.

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen en wensen omtrent de Basis Netwerk Analyse (BNA). De onderzoeksvraag richt zich op of de BNA bijdraagt aan risicotaxaties en hoe de BNA toegepast wordt in de praktijk. Daarbij wordt ook gekeken naar de ervaring van patiënten met de BNA. Het is ook belangrijk dat er wordt geluisterd naar hun mening en wensen, zodat de BNA zo goed mogelijk ingezet kan worden tijdens de behandeling. Als deelnemer wordt u gevraagd om deel te nemen aan een interview. Het interview zal ongeveer 30 minuten duren en zal fysiek plaatsvinden tijdens een afgesproken moment.

Vrijwillige deelname

De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig, wat ook betekent dat u tijdens het interview op elk moment kunt stoppen met uw deelname. Hier hoeft u geen reden voor op te geven. Tijdens het interview mag u ervoor kiezen om vragen over te slaan die u liever niet wilt beantwoorden. Het is belangrijk om te weten dat het interview op geen enkele manier invloed heeft op het verloop van de behandeling. Tot 14 dagen na de deelname aan het interview kunt u ervoor kiezen om niet langer meer mee te willen werken aan het onderzoek. Dit kunt u aangeven door via de sociotherapie contact op te nemen met de onderzoeker.

Hoe wordt het interview verwerkt?

De informatie uit het interview wordt volledig anoniem verwerkt en uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Met uw toestemming zal de onderzoeker het interview opnemen, zodat de antwoorden achteraf nauwkeurig kunnen worden uitgeschreven. De geluidsopname is uitsluitend toegankelijk voor de onderzoeker en wordt direct verwijderd na afronding van het onderzoek. Mocht u na het lezen nog vragen hebben, dan kunt u deze stellen aan de onderzoeker, zowel tijdens als na het onderzoek.

Toestemming:

Door het plaatsen van een handtekening gaat u akkoord met het volgende:

- Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen.
- Ik begrijp dat mijn deelname volledig vrijwillig is.
- Ik begrijp dat dit interview geen invloed heeft op het verloop van mijn behandeling
- Ik heb de ruimte gehad om vragen te stellen en deze zijn voldoende beantwoord.
- Ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname tijdens het interview.
- Ik geef toestemming voor het anoniem gebruiken van mijn antwoord in het onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en (tijdelijk) bewaren van mijn gegevens tot het einde van het onderzoek.

☐ Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek en ben akkoord met de bovenstaande informatie.

☐ Nee, ik wil niet meedoen aan het onderzoek.

Datum: _____

Handtekening:

Bijlage 4 interviewschema focusgroep

Introductie

- Welkom heten en bedanken voor de tijd
- Uitleggen over toestemmingsformulieren en laten ondertekenen
- Aanleiding onderzoek en focusgroep benoemen
 - ☐ Een onderzoek naar hoe de BNA kan bijdragen aan het inschatten van de risico's en hoe het toepassen van de BNA in de praktijk gaat. Dit onderzoek voer ik uit ter afronding van de master Sociologie.
- Bevestiging van toestemming participanten en start opname

Algemene vragen (Gezamenlijk)

1. Hoe lang werk je in de Van Mesdag en als FSW'er?
2. Wat is de reden dat je bent gaan werken in de Van Mesdag?
3. Hoe zou je de doelgroep van patiënten omschrijven?

Probes: delicten, diagnoses, leeftijd

Verdiepende vragen over het werk (In groepjes)

4. Hoe zou je het werk als Forensisch systeemwerker omschrijven?
5. Op welke manier is het voorkomen van recidive een belangrijk onderdeel als FSW'er?
6. Hoe draagt de BNA bij aan je werk als FSW'er?
7. Hoe ervaar je het werken met het BNA document?
8. Waar lopen jullie tegenaan als het gaat om het werken met de BNA?
9. Welke overwegingen maak je bij het opstellen van een BNA? Welke informatie kies je om wel of niet mee te nemen?

10. Als er iets veranderd of toegevoegd kan worden aan de BNA, wat zouden jullie dan willen dat dit is?

Afsluitende vragen (Gezamenlijk)

11. Zijn er nog andere onderwerpen en/of opmerkingen over de BNA die nog besproken moeten worden?

Probes: Gemiste onderwerpen, aanvullingen, tips

12. Mocht ik na het terugluisteren van de opname nog informatie missen, mag ik jullie dan benaderen voor een vraag of aanvulling?

Einde

- Bedanken voor de tijd en deelname
- Uitleg geven over het vervolg van het onderzoek
- Bespreken of ze op de hoogte gehouden willen worden het onderzoek en het uitwerken van de focusgroep

Bijlage 5 Interviewschema semi gestructureerde interviews

Interviewschema (behandelaar/sociotherapeut)

Introductie

- Welkom heten en bedanken voor de tijd
- Uitleggen over toestemmingsformulieren en laten ondertekenen
- Aanleiding onderzoek en interview benoemen
 - ☐ Een onderzoek naar hoe de BNA kan bijdragen aan het inschatten van de risico's en hoe het toepassen van de BNA in de praktijk gaat. Dit onderzoek voer ik uit ter afronding van de master Sociologie.
- Bevestiging van toestemming participanten en start opname

Algemene vragen

1. Hoe lang werk je in de Van Mesdag en als regiebehandelaar/sociotherapeut?
2. Wat is de reden dat je bent gaan werken in de Van Mesdag?
3. Hoe zou je de doelgroep van patiënten omschrijven?

Probes: delicten, diagnoses, leeftijd

Verdiepende vragen over het werk

4. Hoe zou je het werk als regiebehandelaar/sociotherapeut omschrijven?
5. Op welke manier is het voorkomen van recidive een belangrijk onderdeel als regiebehandelaar/sociotherapeut?
6. In hoeverre werk je met het netwerk tijdens je werk als regiebehandelaar/sociotherapeut?
7. Kan je vertellen wat je weet over de Basis Netwerk Analyse?
8. Op welke manier wordt de BNA ingezet tijdens een tbs-behandeling?
9. In hoeverre gebruik je de BNA in je werk als regiebehandelaar?
10. Zijn er ook punten waar je in je werk tegenaanloopt als het gaat om de BNA?

Probes: communicatie, onwetendheid, tijd

Afsluitende vragen

11. Zijn er nog andere onderwerpen en/of opmerkingen over de BNA die nog besproken moeten worden?

Probes: Gemiste onderwerpen, aanvullingen, tips

12. Mocht ik na het terugluisteren van de opname nog informatie missen, mag ik je dan benaderen voor een vraag of aanvulling?

Einde

- Bedanken voor de tijd en deelname
- Uitleg geven over het vervolg van het onderzoek
- Bespreken of ze op de hoogte gehouden willen worden het onderzoek en het uitwerken van het interview

Interviewschema (patiënt)

Introductie

- Welkom heten en bedanken voor de tijd
- Uitleggen over toestemmingsformulieren en laten ondertekenen
- Aanleiding onderzoek en focusgroep benoemen
 - ☐ Een onderzoek naar hoe de BNA kan bijdragen aan het inschatten van de risico's en hoe het toepassen van de BNA in de praktijk gaat. Dit onderzoek voer ik uit ter afronding van de master Sociologie.
- Bevestiging van toestemming participanten en start opname

Algemene vragen

1. Hoe lang verblijf je al in de Van Mesdag?
2. Op welke afdeling verblijf je momenteel en kan je iets vertellen over deze afdeling?

Verdiepende vragen

3. Hoe zou je omschrijven wat voor soort behandeling je krijgt?
4. Wat vindt je van de rol van je netwerk in de behandeling?
5. Kan je vertellen wat je weet over de Basis Netwerk Analyse (BNA)?
6. Wat vond je ervan dat er een BNA werd geschreven?

Afsluitende vragen

7. Zijn er nog andere onderwerpen en/of opmerkingen over de BNA die nog besproken moeten worden?

Probes: Gemiste onderwerpen, aanvullingen, tips

8. Mocht ik na het terugluisteren van de opname nog informatie missen, mag ik je dan benaderen voor een vraag of aanvulling?

Einde

- Bedanken voor de tijd en deelname
- Uitleg geven over het vervolg van het onderzoek
- Bespreken of ze op de hoogte gehouden willen worden het onderzoek en het uitwerken van het interview

Bijlage 6 Codeboek

Thema	Code	Type	Beschrijving	Voorbeeld
Bijdrage van de BNA aan een tbs-behandeling				
	Rol tijdens behandeling	Deductief	Beschrijving van de rol van een BNA in een tbs-behandeling	Nou ja, het is een handig document om inzicht te krijgen in de patiënt. Dus om kennis te maken met de patiënt is het een heel handig instrument. En je weet ook vrij snel waar de risico's liggen. Dus in zoverre is het gewoon een heel bruikbaar instrument – Participant 4
	Inzicht in netwerk	Deductief	Beschrijving over de manier waarop de BNA helpt om inzicht te krijgen in het netwerk van de patiënt en de risico's	Ja, om het gewoon mooi in kaart te brengen. Dat snap ik ook en dat is ook goed. Omdat je wel gewoon moet weten hoe het netwerk in elkaar zit. Dat is een heel belangrijk onderdeel van een persoon, maar ook van een behandeling – Participant 5
	Contact met patiënt	Inducties	Participant beschrijft hoe de BNA ook zorgt	Kijk, de meerwaarde zit er altijd in het contact dat je hebt met de patiënt. Dus ook al is de patiënt het misschien niet eens, dan heb je wel een gespreksonderwerp. En dan is het denk ik ook een heel mooi middel om te gebruiken – Participant 4
	Kennis over patiënt	Inductief	Beschrijving over hoe de BNA zorgt voor meer kennis over de patiënt	Veel informatie over patiënt, verleden en omgeving – Focusgroep FSW
	Patronen inzichtelijk	Inductief	Beschrijving hoe de patronen van een patiënt inzichtelijk worden met een BNA	Het geeft veel inzicht in de tot standkoming van risico gedrag, van familie en patiënt – Focusgroep FSW
	Risico's leefdomeinen inzichtelijk	Inductief	Beschrijving hoe de risico's bij de verschillende leefdomeinen inzichtelijk worden met een BNA	Wat ik heel mooi vind is die schema's die erin verwerkt zijn. Je kunt gewoon vrij snel, want dat is eigenlijk ook waar ik als regiebehandelaar naar kijk, ik wil gewoon even snel weten van is het wel of niet een geschikt contact. En als ik wat meer informatie wil hebben, dan kan ik dat ook vrij

				snel lezen. Maar die schema's zorgen er wel voor dat ik het snel kan lezen. Dus dat vind ik ook echt wel meerwaarde – Participant 4
Problemen met bekendheid van de BNA				
	Gebrek aan communicatie	Inductief	Beschrijving dat FSW meer contact moet leggen over de BNA om het bekender te maken	Zo zou dit gewoon door de FSW aangedragen moeten worden. Dit geeft denk ik ook juist meerwaarde aan het beroep van de FSW'er. Dus ja, ik denk wel dat zij daar in eerste instantie verantwoordelijk voor zijn – Participant 4
	Geen gebruik van BNA	Deductief	Participant benoemt geen gebruik te maken van de BNA	Ik denk dat ik het laatste jaar eigenlijk geen BNA meer heb gezien – Participant 9
	Geen prioriteit FSW	Inductief	Beschrijving over dat er vanuit FSW niet genoeg prioriteit ligt bij het schrijven van de BNA	Als er minder aandacht voor komt, dan komt dit ook steeds wat meer op de achtergrond te staan – Participant 4
	Niet bekend met BNA	Inductief	Beschrijving dat participant niet bekend is met de BNA	Ja, ik verbaas me er zelf ook dat ik dit nog nooit heb gezien. En ik denk dat dit voor FSW heel goed is dat ze dit zou kunnen doen. Maar ik denk niet dat heel veel sociotherapeuten dit lezen of hebben gelezen – Participant 5
Contact met FSW vanuit andere functies				
	Afdeling gebonden werken	Inductief	Participant benoemt dat het afdelingsgebonden werken van FSW een voordeel zou zijn	Maar stel er zou maar één of twee FSW'er per afdeling zijn. Dan zou je veel makkelijker deze informatie krijgen. Omdat je elkaar veel vaker zou spreken. Ja dat klopt, maar dat is dan weer de wens – Participant 2
	Nooit BNA ontvangen	Inductief	Participant benoemt dat zij nog nooit een BNA heeft ontvangen	Ik heb het nog nooit ontvangen in ieder geval – Participant 1
	Te weinig contact FSW	Inductief	Beschrijving van het feit dat participanten ervaren dat er te	Ik vind dat dat wel een taak van de FSW is en op dit moment denk ik dat het onvoldoende gebeurt. Omdat het onvoldoende proactief is.

			weinig contact is met FSW	Dus eigenlijk zou daar een rol liggen bij de FSW, om daarin meer contact op te nemen, meer initiatief in te stellen, te overbrengen. Tussen de FSW en de mentor – Participant 2
Sterke punten, knelpunten en verbeterpunten van de BNA				
	Divers per patiënt	Inductief	Participant benoemt het voordeel dat er in de BNA ruimte is voor verschillende invullingen	Bij elke patiënt kan je de BNA anders invullen. Dit is juist heel fijn, omdat elke patiënt natuurlijke andere risico's heeft – Focusgroep FSW
	Dynamisch	Inductief	Participanten benoemen het voordeel van dat het een dynamisch document is	De BNA draagt bij aan het werk als FSW'er doordat het een dynamisch document is. Hierdoor zou ik alle gebeurtenissen telkens kunnen toevoegen of aanpassen – Focusgroep FSW
	Ervaren meerwaarde	Deductief	Beschrijving over hoe de BNA een meerwaarde kan zijn voor een tbs-behandeling	Ja, ik denk ook oprecht dat dit wel heel helpend kan zijn, dat dit er gewoon is van elke patiënt. Omdat dit wel eens informatie is die wij gewoon missen – Participant 1
	Achterstanden met BNA's	Deductief	Beschrijving van de problemen door de achterstand met BNA's	Ik heb ze trouwens niet van alle patiënten, want ook niet alle patiënten hebben ze. Er is namelijk een fase geweest dat er heel weinig bezetting bij FSW was. En in die fase is het niet gekomen. En dat is ook nooit meer ingehaald. Dus er is een hele groep die het niet heeft – Participant 2
	Dubbel werk	Inductief	Participant benoemt dat het schrijven van de BNA aan	Dubbel werk, omdat je ook in user van alles zet – Focusgroep FSW
	Gebrek aan feedback	Inductief	Participant vertelt dat de regiebehandelaar geen feedback geeft op de BNA	Behandelaar reageert niet en geeft geen feedback – focusgroep FSW
	Gemis van kaders	Inductief	Beschrijving over het gemis van duidelijk kaders bij het schrijven van de BNA	Het nadeel van de BNA is dat het een Te vrije invulling is, daardoor is het veel moeilijker om in te vullen – focusgroep FSW

	Niet goed te vinden in User	Inductief	Participant benoemt dat de BNA niet goed te vinden is in User	Ja, want zij kunnen het nu eigenlijk nauwelijks vinden in user. Het is heel moeilijk zoeken, want in de correspondentie moet de zoekterm exact zijn wat je zoekt. En BNA vindt die niet – Participant 2
	Tijdsinvestering als obstakel	Inductief	Participant antwoordt dat de BNA veel tijd in beslag neemt	Tijdrovend – Focusgroep FSW
	Werkdruk	Deductief	Beschrijving hoe de BNA zorgt voor meer werkdruk	Dat het niet als dynamisch document wordt gebruikt waardoor de BNA's zich opstapelen en ik stress ervaar – Focusgroep FSW
	Overkoepelend document	Inductief	Participant benoemt de voordelen bij het werken met 1 BNA document	Wanneer er gewerkt zou worden met 1 document in plaats van verschillende bij instroom/doorstroom/ uitstroom zou het al veel overzichtelijker zijn – Focusgroep FSW
	Meer bekendheid nodig	Inductief	Beschrijving over dat de BNA meer bekend moet worden om een duidelijke rol in te nemen in de behandeling	Zou er nog wel wat meer aandacht voor mogen komen. En daarbij zou het dus ook kunnen helpen dat er vanuit een BNA bijvoorbeeld meer contact is. En meer bekend is – Participant 2
	Overdracht vanuit FSW	Inductief	Beschrijving over hoe de BNA kan	Maar een goede overdracht is altijd waardevol. Maar als er weinig aan de hand is, dan niet. Dus ergens bij een rustig netwerk zeggen, dan stelt het ook niet heel veel voor misschien, maar dan is een overdracht alsnog welkom – Participant 5
	BNA toegankelijker in User	Inductief	Participanten antwoordt dat de BNA makkelijker toegankelijk moet zijn in User	Het is ook heel lang geweest dat we niet goed in de documentatie van FSW konden. Dus dat maakte het wel wat minder – Participant 4
Mening patiënten				
	Bemoeienis met netwerk	Inductief	Beschrijving hoe het netwerk gericht werken wordt ervaren als bemoeienis	Dat gaat denk ik soms wel heel erg ver. Soms wordt er teveel erbuiten om gekeken in plaats van gewoon naar de patiënt. Alle randzaken eromheen zijn niet nodig – Participant 8

	BNA niet samen schrijven	Inductief	Participant vertelt waarom de BNA niet samen geschreven moet worden	Het zou niet haalbaar zijn hier in de kliniek. Misschien zeg je ik wel dat er sommige zijn die het kunnen, maar dan ben ik daar met nog drie of vier of vijf anderen. Uitzondering op de regel. Snap je? Het zou ook teveel belasting voor ze zijn – Participant 7
	BNA samen schrijven	Deductief	Participant vertelt waarom de BNA wel geschreven kan worden	Ik denk dat dat wel het beste is. Dan kun je meteen ook dingen rechtzetten die niet proportioneel zijn of anders zijn. Of vanuit een verkeerde hoek bekeken worden – Participant 8
	Eigen regie houden	Inductief	Beschrijving van hoe patiënten hun eigen regie willen houden	Dat wil niet zeggen dat ik niet gewoon zelf kan bepalen of iemand wel of niet in mijn leven mag zijn. Want dat ben ik diegene die dat bepaalt, niet een ander. Ook de kliniek niet – Participant 7
	Geen toegevoegde waarde	Inductief	Beschrijving waarom de BNA geen toegevoegde waarde heeft in de TBS	Voor mij had het geen meer waarde dat ze daartussen ging zitten. Op een gegeven moment had ze ook wel in de gaten dat ik een steunend netwerk heb. Dus het is uiteindelijk ook wel goed gekomen. Alleen ik heb haar werk nooit ervaren als positief – Participant 3
	Meer meegenomen worden	Deductief	Participant vertelt meer meegenomen te willen worden in de ontwikkeling van de BNA	Dus ergens vind ik het wel belangrijk om de kansen te krijgen om het wel even door te lezen. Mocht je dat willen. Dat daar niet geheimzinnig om gedaan wordt – Participant 8
	Meerwaarde BNA	Inductief	Beschrijving hoe de Participant verwacht dat de BNA een meerwaarde heeft	Het is belangrijk om mensen hun netwerk te screenen. Om te weten, oké, wanneer de patiënt dan weer in de samenleving resocialiseert, waar komt hij in terecht? Is hij dan vatbaar voor drugsgebruik? Is hij vatbaar voor criminaliteit? Is diegene vatbaar om zijn terroristische activiteiten weer op te plukken? – Participant 7
	Positief over BNA	Inductief	Participant vertelt door welke onderdelen er een positief gevoel ontstaat	Want als een FSW'er er niet was, dan kon je bellen wie je wilde. Ja, je kon ook gewoon zeggen van oké dit is mijn oude nummer van mijn bijvoorbeeld schoolvriendin.

				Terwijl je eigenlijk je ex-vrouw aan het bedreigen bent. Dus het is ook een stukje bescherming die ze dan bieden voor de mensen, voor de slachtoffers of wat dan ook voor buiten de kliniek – Participant 7
	Negatief gevoel bij BNA	Inductief	Participant vertelt door welke onderdelen er een negatief gevoel bij de BNA is ontstaan.	Zeer confronterend, omdat er ook een deel van vroeger in staat. Dat was eigenlijk voornamelijk het grote deel. Je ziet allemaal van die rode vlakjes. En het was confronterend, maar ik was het ook niet overal mee eens – Participant 3
	Niet met inhoud BNA eens	Deductief	Beschrijving hoe de Participant het niet eens is met de inhoudt van de BNA	Ja, ik vond dat het er veel gefocust werd op toen. Ik snap dat daar naar gekeken moet worden, maar het is gewoon niet leuk – Participant 7
	Niet op de hoogte van effect	Inductief	Participant vertelt niet op de hoogte te zijn van de invloed van de BNA op de behandeling	ik houd ervan om meegenomen te worden in het gesprek. En dat is nooit gebeurd. Ik heb wel gelezen achteraf hoe het met elkaar steek – Participant 3
	Verschil met gevangenis	Inductief	Beschrijving van hoe er in de gevangenis op een minder beperkende manier werd gewerkt	Hypocriet? Ik heb in een gevangenis gezeten en daar mag ik iedereen contacteren wanneer ik wil. En ik zit hier en ineens mag het allemaal niet meer – Participant 3