



■ De netwerkgerichte professional: Het betrekken en benutten van het sociaal netwerk van de forensisch psychiatrische patiënt, wat werkt (niet)?

Onderzoeksrapport

Lectoraat Werken in Justitieel Kader

Auteurs

Marieke Cirkel, Sylvana Robbers, Vivienne de Vogel

Datum

2025



COLOFON

Hoe bouwen we aan een samenleving waarin iedereen kan meedoen, tot zijn recht komt en zich veilig voelt? Hier doen de lectoraten praktijkgericht onderzoek van het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht onderzoek naar, met en voor (aankomend) sociale professionals in het brede sociaal domein. Onze missie is om samen met partners uit praktijk, onderwijs en beleid bij te dragen aan 'beter samen leven' en het verkleinen van sociale ongelijkheid. Dit doen wij door praktijkgericht onderzoek, ontwikkeling en agendering van actuele maatschappelijke en sociale vraagstukken op het vlak van participatie, welzijn, zorg en ondersteuning, jeugdhulp, werk en inkomen, schuldenproblematiek, dak- en thuisloosheid, toegang tot recht, reclassering, sociale veiligheid, en deelname aan onderwijs, sport en cultuur.

Auteur(s)

Marieke Cirkel, Sylvana Robbers

Lector

Vivienne de Vogel

Jaar van uitgave

2025

Contact en adres

Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht

Lectoraat: Werken in Justitieel Kader

Postbus 85397, 3508 AJ Utrecht

Padualaan 101 – 3584 CS Utrecht

Telefoon secretariaat: 088 4817849

Email: socialeinnovatie@hu.nl

www.socialeinnovatie.hu.nl/www.hu.nl

Inhoudsopgave

VERKLARENDE WOORDENLIJST.....	3
EEN WOORD VOORAF···	6
1. INLEIDING	7
1.1 AANLEIDING.....	7
1.2 DOELSTELLING.....	8
1.3 VRAAGSTELLING	8
1.4 LEESWIJZER.....	8
2. METHODE	11
2.1 VRAGENLIJST.....	11
2.2 INTERVIEWS.....	13
2.3 FOCUSGROEPEN	15
2.4 ANALYSE INTERVIEWS EN FOCUSGROEPEN	15
2.5 PRIVACY EN DATAMANAGEMENT.....	16
3. RESULTATEN	17
3.1 TAAKOPVATTING.....	17
3.2 NETWERKGERICHT WERKEN IN DE PRAKTIJK.....	23
3.3 RUIS IN DE COMMUNICATIE.....	40
3.4 INVLOED VAN OPVATTINGEN / OVERTUIGINGEN (ATTITUDE) PROFESSIONAL	48
4. CONCLUSIES	58
5. DISCUSSIE	63
REFERENTIES.....	65
BIJLAGEN	67
1. VRAGENLIJST.....	68
2. FLYER OPROEP DEELNAME ONLINE VRAGENLIJST	86
3. TOPICLIJST PROFESSIONALS.....	88
4. TOPICLIJST PATIËNTEN	93
5. DATA MANAGEMENT PLAN	96

Verklarende woordenlijst

Circulaire vragen

Circulaire vragen is een techniek om inzicht te krijgen in relationele patronen binnen een systeem. Circulaire vragen helpen om de interacties en onderlinge beïnvloedingen tussen mensen in kaart te brengen. Een voorbeeld van een circulaire vraag is: 'Hoe denk je dat jouw reactie op deze situatie de gevoelens van je partner beïnvloedt, en hoe beïnvloeden de gevoelens van je partner vervolgens jouw reactie?' (Savenije et al., 2020).

Delictanalyse

De delictanalyse is een diagnostische interventie waarmee in kaart wordt gebracht welke omstandigheden en factoren hebben meegespeeld bij het plegen van een delict. Hiermee kan richting gegeven worden aan (vervolg)behandeling en begeleiding. De delictanalyse resulteert in een delicttheorie. Hierin wordt het plegen van het delict verklaard vanuit verschillende factoren, zoals persoonlijkheid of middelengebruik (zie [flipcards-kaartjes-digitaal-def.pdf](#))

Focusgroep

Een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij een klein groep mensen (in dit onderzoek 4 deelnemers) onder leiding van de onderzoekers in gesprek gaat over een onderwerp. In huidig onderzoek had de focusgroep als doel de verzamelde onderzoeksinzichten te verrijken en te verdiepen en hier Best Practices aan te verbinden.

Gehechtheidstheorie

De gehechtheidstheorie beschrijft hoe de vroege sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen een belangrijke rol speelt in het later persoonlijk en intermenselijk functioneren. Vroege ervaringen in de relatie met opvoeders zijn van belang bij de ontwikkeling van het zelfbeeld. Deze ervaringen hebben ook invloed op relaties en vriendschappen die op latere leeftijd worden aangegaan (Bowlby, 1969/1982)

Hoofdbehandelaar (Van der Hoeven Kliniek) / Hoofd Behandeling (De Rooyse Wissel)

De functies zijn qua inhoud vergelijkbaar met elkaar en worden in dit rapport steeds geduid als Hoofd(en) Behandeling/Hoofdbehandelaar(s). Personen met deze functie zijn verantwoordelijk voor het opstellen en realiseren van behandelplannen en resocialisatietrajecten. Ook sturen zij het multidisciplinaire behandelteam aan.

Intergenerationele continuïteit

Intergenerationele continuïteit verwijst naar het doorgeven van eigenschappen, gedragingen, waarden, of problemen van de ene generatie op de volgende. Dit kan zowel om positieve als negatieve aspecten gaan.

Kwaliteitskader Forensische Zorg (KFZZ)

Bevat richtlijnen en standaarden en heeft als doel de kwaliteit van de forensische zorg inzichtelijk te maken en te verbeteren.

Kwetsbaarheidscirkel

Een model binnen de relatietherapie dat helpt om destructieve interactiepatronen tussen partners te begrijpen en te doorbreken. Het beschrijft hoe partners in een negatieve spiraal komen waarin beschermingsstrategieën van de ene partner gevoelige plekken van de ander raken die vervolgens weer met een eigen beschermingsstrategie reageert welke weer de kwetsbaarheid van de ander triggert (Scheinkman & Dekoven Fishbane, 2007).

Levend Verlies

De term 'Levend Verlies' werd geïntroduceerd door de Britse psycholoog Pauline Boss in de jaren 70. Het wordt ook wel chronische rouw genoemd en het verwijst naar voortdurend verdriet en rouw die mensen ervaren door een blijvende verandering in hun leven of dat van een dierbare. Het onderscheidt zich met rouw na overlijden wat na een periode afneemt.

Meerzijdig partijdig

Meerzijdige partijdigheid is een grondhouding binnen de systeemtheorie en contextuele benadering, waarbij de professional bewust de perspectieven en belangen van alle betrokkenen erkent en serieus neemt, zonder daadwerkelijk partij te kiezen voor één persoon ten koste van een ander.

Multidisciplinair team

Een multidisciplinair team bestaat uit professionals van verschillende disciplines (bijvoorbeeld sociotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundige, psychiater of vaktherapeut). Iedere professional brengt eigen vakkennis mee. Verschillende disciplines kunnen elkaar aanvullen, waardoor er met elkaar een doel bereikt kan worden waartoe professionals uit slechts één discipline niet in staat zijn (zie [flipcards-kaartjes-digitaal-def.pdf](#))

Naasten

Mensen die het dichtst bij iemand staan, zoals directe familieleden en zeer goede vrienden. Ze spelen vaak een belangrijke rol in iemands leven en bieden emotionele en praktische steun.

Netwerkberaad/netwerkgesprek

Een bijeenkomst georganiseerd door een professional waarin mensen uit het sociaal netwerk van de patiënt zijn uitgenodigd om mee te denken in het behandeltraject van de patiënt.

Ontschuldigen

Savenije et al. (2018) beschrijven ontschuldigen als het proces waarbij hulpverleners cliënten helpen om schuldgevoelens los te laten die vaak verbonden zijn aan problemen of situaties uit het verleden. Dit kan bijvoorbeeld gaan om schuldgevoelens binnen familie- of partnerrelaties.

Positief Levensplan

Een persoonlijk plan waarin de patiënt zijn of haar waarden, doelen, krachten en beschermende factoren in kaart brengt om een betekenisvol en delictvrij leven op te bouwen.

Psycho-educatie

Het geven van informatie en uitleg aan patiënten en hun naasten over psychische/psychiatrische

klachten, diagnoses, behandelingen en herstel. Het doel ervan is dat mensen beter begrijpen wat er aan de hand is zodat patiënt (en naasten) meer grip krijgen op de situatie en actief kunnen meewerken in de behandeling.

Risicomanagement

Risicomanagement houdt in dat risicoverminderende interventies worden uitgevoerd op basis van risicotaxatie en risicoanalyse. Een risicoverminderende interventie kan bestaan uit: het behandelen van risicofactoren, het monitoren en controleren hiervan, het nemen van beperkende maatregelen, het opbouwen en bestendigen van beschermende factoren.

Risicomanagement omvat ook het handelen wanneer er sprake van dreigende terugval of ontregeling bij de cliënt (zie [flipcards-kaartjes-digitaal-def.pdf](#))

Sociaal netwerk

Omvat alle mensen en groepen waarmee iemand regelmatig contact heeft, zoals familie, vrienden, collega's, en kennissen. Het is een bredere term dan die van naasten en verwijst naar de gehele groep van sociale relaties en interacties die iemand heeft.

Stigma

Een stigma is een sterk negatief label dat mensen 'opgeplakt' krijgen. Het beïnvloedt de manier waarop men elkaar en zichzelf ziet. Mensen met een psychische aandoening behoren tot de meest gestigmatiseerde groepen in de samenleving. 70% van de mensen ervaart stigma's. Er bestaan verschillende vormen van stigma: zelfstigma, publiek stigma, structureel stigma en associatief stigma (zie: [flipcards-kaartjes-digitaal-def.pdf](#))

Terugvalpreventieplan

Een gestructureerd plan wat patiënten en naasten helpt om terugval in risicovol of delictgedrag te voorkomen.

Transdiagnostisch onderzoek

Transdiagnostisch onderzoek richt zich op het herkennen en behandelen van gemeenschappelijke factoren die aanwezig zijn bij verschillende psychische stoornissen. In plaats van zich te concentreren op één specifieke diagnose, kijkt transdiagnostisch onderzoek naar onderliggende symptomen, gedragingen en mechanismen die meerdere stoornissen gemeen hebben.

De Zorgstandaard Forensisch klinische zorg

De zorgstandaard Forensisch Klinische Zorg is opgesteld voor professionals die werken met volwassen cliënten binnen de forensisch klinische zorg. Deze standaard heeft als doel om helderheid te scheppen over de verwachtingen ten aanzien van hun rol en biedt daarnaast praktische richtlijnen voor het professioneel handelen (GGZ Standaarden, 2024).

Een woord vooraf

Eindelijk iemand die er ook voor mij was

De netwerkgerichte professional: Het betrekken en benutten van het sociaal netwerk van de forensisch psychiatrische patiënt, wat werkt (niet)? Oei! Betrekken en benutten zijn woorden waar ik kritisch op ben als deze gebruikt worden in relatie tot naasten. Wij als naasten hoeven immers niet betrokken te worden bij het wel en wee van betrokken cliënt. Het is ons kind, onze ouder, broer of zus, we zijn betrokken en zijn dat altijd geweest. De zorg is erbij betrokken omdat het ons als systeem boven het hoofd gegroeid is. En benutten klinkt als functioneel inzetten, terwijl ik er gewoon wil kunnen zijn. Gewoon in mijn rol als (in mijn geval) moeder mogen blijven. En daar is iets voor nodig. Toch geef ik met veel plezier invulling aan het verzoek om het voorwoord in dit rapport te schrijven.

Ben ik dan van inzicht veranderd? Op zich niet. Wel was ik nieuwsgierig naar het waarom van deze woorden. “De titel is een bewuste keuze”, zo vertelde Marieke Cirkel mij. “Het verwoordt dat het een opdracht is, iemand moet iets gaan doen.” En daar ben ik het dan weer wel hardgrondig mee eens. En de forensisch maatschappelijk werkers waar ik mee te maken gehad doen precies wat er nodig is. Zij zijn gericht op het netwerk, ze zijn betrokken bij de naasten.

De eerste gedachten die bij mij opkomen als gevraagd wordt naar mijn ervaringen met een forensisch maatschappelijk werker zijn:

“Eindelijk iemand die er ook voor mij was! Iemand bij wie ik terecht kon met mijn verhaal. Die me uit zichzelf belde met de vraag hoe het met mij ging (en dat recent bij een nieuwe opname weer deed). Die zicht op had de ingewikkeldheden die er waren, daar steun in bood én daar ook een actieve rol in vervulde. Het voelde als steunend en helend.”

Vanuit deze positieve ervaringen ben ik blij dat er onderzoek gedaan is. Dat de werkzame elementen benoemd worden. Ik zou iedere naaste die te maken krijgt met welke vorm van zorg dan ook gunnen dat er iemand is die een soortgelijke rol en functie invult. En voor dat hogere doel zet ik graag mijn principes opzij.

Joke van der Meulen

Familieperspectief

www.familieperspectief.nl

<https://www.familieperspectief.nl/2020/05/27/betrek-familie-en-naasten-hoe-dan/>

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe professionals binnen de forensische klinische zorg het sociaal netwerk van patiënten positie geeft in de behandeling. Dit onderzoeksproject is uitgevoerd door het [Lectoraat Werken in Justitieel Kader van de Hogeschool Utrecht](#) in samenwerking met de [Van der Hoeven Kliniek \(Utrecht\)](#) en [De Rooyse Wissel](#) (Oostrum) met subsidie van [Stichting Vrienden van Oldenkotte](#).

Mensen zijn van nature sociale wezens. Zij staan in verbinding met anderen en interageren met elkaar. Deze verbinding kan door omstandigheden onder druk staan. Bijvoorbeeld bij mensen die een ernstig delict hebben gepleegd en daarvoor als verminderd toerekeningsvatbaar worden geacht vanwege een psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking en/of verslavingsproblematiek. Er is behandeling nodig om het risico opdat zij opnieuw een delict plegen te verslagen.¹ Door hen te behandelen, gericht op vermindering van risicofactoren en opbouwen van beschermende factoren wordt gewerkt aan herstel en het voorkomen van recidive.

De beschreven problematiek leidt vaak tot een dubbel stigma waarbij mensen zowel als 'patiënt' als 'crimineel' worden gezien (Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002). Acceptatie in de maatschappij kan zowel voor de patiënt als diens naaste(n) hierdoor moeilijk zijn. Daarbij is de verbinding tussen patiënt en naasten vaak verstoord of verloren gegaan, zeker wanneer naasten direct en/of indirect slachtoffer waren van het delict. Vaak is er sprake van kwetsbaarheden binnen de eigen familie met intergenerationele continuïteit van verslavingsproblematiek, psychiatrische stoornissen en criminaliteit (Farmer, 2017; Van de Wijer et al., 2019).

Het opbouwen van betekenisvolle relaties en het gevoel van verbondenheid met anderen ('connectedness')², zijn van grote invloed op het herstel van forensische patiënten (Senneseth et al., 2022). Bonta en Andrews (2024) noemen antisociale relaties/vrienden en het ontbreken van emotionele binding met familie/gezin als onderdeel van de 'Central 8' van criminogene factoren. Interventies die zich hierop richten kunnen effectief zijn in het verminderen van recidive. Onderzoek laat ook zien dat factoren als eenzaamheid en gebrek aan sociale steun risicofactoren zijn. Hall et al. (2018) zien naasten als toegangspoort tot de maatschappij wat helpend is in de re-integratie in de maatschappij.

Het belang van het betrekken van het sociaal netwerk in de forensische zorg wordt landelijk onderkend. Het [Kwaliteitskader Forensische Zorg \(KKFZ\)](#) benadrukt de betrokkenheid van het

¹ Hierna genoemd als (forensische) patiënt(en).

² 'Connectedness' is een van de vijf kerncomponenten van het CHIME-model. Dit raamwerk voor persoonlijk herstel wordt vaak gebruikt om herstelgerichte diensten en interventies te ontwerpen en te evalueren en helpt professionals de belangrijkste aspecten van herstel te begrijpen en te ondersteunen. De vijf kernelementen zijn: Connectedness, Hope and Optimism, Identity, Meaning, Empowerment (Senneseth et al., 2022)

sociaal netwerk en de rol van professionals hierin. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare met respect voor de wensen van de patiënt en de naaste(n) (KKFZ, 2022). Hoe dit vorm te geven wordt niet concreet gemaakt. [De Zorgstandaard Forensisch klinische zorg \(2024\)](#) onderkent het belang ook maar maakt dit eveneens nauwelijks concreet.

Dit verkennende onderzoek had als doel zicht te krijgen op hoe het sociaal netwerk positie krijgt in de behandeling van forensische patiënten. De resultaten zijn beschreven in dit onderzoeksrapport en vormen de basis voor de Handreiking met inspirerende Best Practices voor en door de praktijk van de forensische zorg.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te begrijpen hoe professionals binnen de forensische klinische zorg het sociaal netwerk van patiënten positie geven in hun behandeling. Dit omvat het zicht krijgen op hoe zij het sociaal netwerk in kaart brengen en de aard en kwaliteit ervan duiden, het onderzoeken van de opvattingen/overtuigingen (attitude) van professionals ten aanzien van het betrekken van het sociaal netwerk, en zicht krijgen op factoren die dit positie geven bevorderen of belemmeren.

1.3 Vraagstelling

In dit onderzoek heeft de volgende hoofdvraag centraal gestaan:

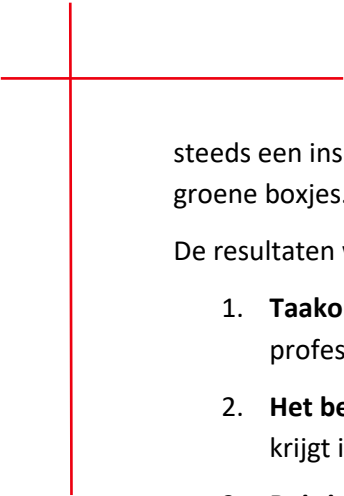
Hoe geven professionals binnen de forensische klinische zorg het sociaal netwerk positie in de behandeling van patiënten?

Om dat hoofdvraag te beantwoorden zijn deelvragen opgesteld:

- *Hoe brengen professionals de aard en de kwaliteit van het sociaal netwerk van patiënten in kaart en hoe wordt dit vervolgens geduid en besproken met patiënten?*
- *Welke opvattingen/overtuigingen (attitude) van professionals liggen ten grondslag aan het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?*
- *Wat zijn werkzame en belemmerende factoren in het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?*

1.4 Leeswijzer

Dit rapport begint met een uitleg van de gebruikte methodes in het onderzoek. Vervolgens worden de resultaten van de online vragenlijst, interviews en focusgroepen gepresenteerd. Het doel van dit onderzoeksrapport is om te onderzoeken wat werkt in het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten in de forensische zorg. Waar passend, wordt

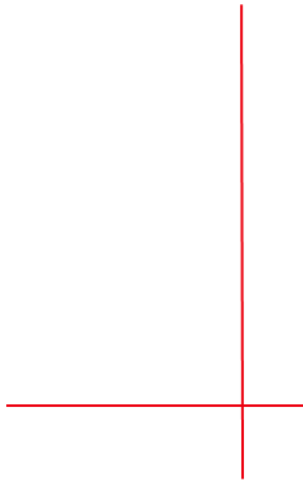


steeds een inspirerende 'Best Practice' uit de praktijk gedeeld, welke te herkennen zijn aan de groene boxjes. Ook ervaren belemmeringen worden beschreven.

De resultaten worden beschreven aan de hand van de volgende onderwerpen:

1. **Taakomvatting:** Een overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals ten aanzien van het sociaal netwerk van patiënten.
2. **Het betrekken van het sociaal netwerk in de praktijk:** Hoe het sociaal netwerk positie krijgt in de behandeling en op welke manieren dit gebeurt.
3. **Ruis in communicatie:** Emoties onderliggend aan de thema's schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, ruzie en rouw/levend verlies.
4. **Invloed van opvattingen en overtuigingen (attitude) van de professional:** Hoe de opvattingen en overtuigingen (attitude) van professionals van invloed zijn op het positie geven van het sociaal netwerk van patiënten in de forensische zorg.

Tot slot worden de deelvragen beantwoord waarna er in de algemene conclusie antwoord gegeven wordt op de hoofdvraag. Vervolgens wordt stil gestaan bij de beperkingen van dit onderzoek, aanbevelingen voor vervolgonderzoek en implicaties voor de praktijk.



2. Methode

In dit onderzoek maakten we gebruik van verschillende onderzoeksmethoden, ook wel triangulatie genoemd, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het onderzoeksthema. We hebben een online vragenlijst afgenomen om een eerste beeld te krijgen van de mate en manier waarop professionals het sociaal netwerk positie geven. Vervolgens hebben we interviews gehouden om dieper in te gaan op de resultaten van de vragenlijst en meer inzicht te krijgen in hoe het sociaal netwerk positie krijgt in het dagelijks handelen van professionals in de praktijk van twee forensisch psychiatrische centra, de Van der Hoeven Kliniek en De Rooyse Wissel. Tot slot hebben we focusgroepen georganiseerd waarin onderzoeksresultaten zijn besproken en getoetst.

2.1 Vragenlijst

In het voorjaar van 2024 is een [vragenlijst](#) uitgezet onder medewerkers werkzaam bij een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) en/of een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) (zie [Bijlage 1](#)). Een [oproep](#) (zie [Bijlage 2](#)) tot het invullen van deze vragenlijst is verspreid via LinkedIn en via contactpersonen van verschillende instellingen: Rooyse Wissel, Van der Hoevenkliniek, Van Mesdag, Oostvaarderskliniek, Fivoor en de Pompestichting. Het is daarom onbekend hoeveel mensen in totaal de oproep tot deelname hebben ontvangen. Zowel professionals die het vanuit de aard van hun functie als vanzelfsprekend zien dat zij het sociaal netwerk betrekken (zoals forensisch netwerkbegeleiders), als professionals die dit als minder vanzelfsprekend ervaren (zoals sociotherapeuten), zijn gevraagd deel te nemen.

Het invullen van de vragenlijst duurde naar schatting ongeveer 10 minuten. Onder de deelnemende respondenten zijn 10 cadeaubonnen verloot ter waarde van 25 euro om de respons te verhogen.

De vragenlijst bestond uit verschillende onderdelen, namelijk:

1. Algemeen

- Gender
- Leeftijd
- Opleiding
- Hoe lang werkzaam in de forensische zorg
- Bij welk type instelling werkzaam
- Voor welke organisatie werkzaam
- Functienaam
- Hoe lang werkzaam in functie

2. In kaart brengen van het sociaal netwerk

- Wanneer wordt voor het eerst contact gelegd
- Hoe wordt het sociaal netwerk in kaart gebracht

3. Duiden en bespreken

- De vier dimensies binnen de contextuele therapie, beschreven door de Hongaars-Amerikaans psychiater Ivan Boszormenyi-Nagy (1987), vormden de basis van de gestelde vragen. Deze vier dimensies gaan over de relationele werkelijkheid van mensen en hun interacties en omvatten:
 - **Dimensie van feiten:** genetische factoren, gebeurtenissen in het leven van een persoon.
 - **Dimensie van de psychologie:** intrapsychische aspecten zoals behoeften, gevoelens, gedachten, motivatie en afweermechanismen.
 - **Dimensie van de interactie:** patronen van waarneembaar gedrag en communicatie tussen personen zoals gezinsstructuren, systeemregels en coalitievorming.
 - **Dimensie van de relationele ethiek:** Rechtvaardigheid en het relationele evenwicht tussen geven en ontvangen van zorg. Begrippen die hieraan verwant zijn, zijn loyaliteit, vertrouwen, verdiensten en schuld.

Omdat binnen de klinische forensische zorg de belangen van slachtoffers een belangrijk thema is in de behandeling, is deze als apart benoemd. De relationele dimensie is verwerkt in twee vragen: eerst wordt gevraagd naar de aandacht voor de balans tussen geven en nemen, en vervolgens naar loyaliteitsconflicten binnen het sociaal netwerk. Beide onderwerpen zijn naar verwachting belangrijk in het werken met patiënten en hun sociaal netwerk in de forensische zorg.

4. Positie geven en betrekken van het sociaal netwerk

- Redenen om het sociaal netwerk te betrekken
- Sociaal netwerk in de rol van risicosignaleerder

5. Belemmeringen

- Vanuit patiënt, sociaal netwerk, professional en organisatie

6. Houding t.o.v. antisociale netwerken

De inhoud van de vragenlijst is afgestemd met de begeleidingscommissie.

Respondenten

In totaal gaven 107 respondenten in de vragenlijst hun toestemming tot deelname aan. Hiervan hebben 91 respondenten de vragenlijst deels of volledig ingevuld. De resultaten zijn gebaseerd op deze 91 respondenten.

De gemiddelde leeftijd van de respondentengroep is 40,4 jaar ($SD = 11,2$; range 22 t/m 65 jaar). De respondenten zijn gemiddeld 10 jaar werkzaam in de forensische zorg variërend van nog geen jaar tot 35 jaar. Bijna alle respondenten (92%) zijn hoger opgeleid, waarbij de verdeling in opleidingsniveau als volgt is: 8% MBO, 55% HBO, 37% WO. Tweederde van de respondenten (65%) is werkzaam in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), 26% is werkzaam in een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK), 13% is werkzaam bij een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). De meeste respondenten (73%) zijn afkomstig van de Rooyse Wissel en de Van

der Hoevenkliniek. De overige respondenten zijn afkomstig van andere forensische zorginstellingen, waaronder de Oostvaarderskliniek, de Dr. S. van Mesdagkliniek en de Dienst Justitiële Instellingen (DJI).

De meeste respondenten zijn werkzaam in de functie van sociotherapeut (26%). Daarnaast is de vragenlijst ingevuld door Forensisch Maatschappelijk Werkers (18%), Forensisch Netwerkbegeleiders en systeemwerkers (14%), professionals in een leidinggevende/coördinerende functie (18%) en overige professionals (24%) waaronder verschillende soorten therapeuten en psychologen.

2.2 Interviews

In de periode juni 2024 t/m september 2024 zijn in totaal vijf Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars, drie Forensisch Netwerkbegeleiders, twee Forensisch Maatschappelijk Werkers en vijf patiënten geïnterviewd middels een semigestructureerd interview. De selectie van respondenten vond plaats op basis van convenience sampling. Respondenten konden zich aanmelden bij onze contactpersonen van de klinieken.

Professionals

De deelnemende professionals van de Van der Hoeven Kliniek waren werkzaam op drie klinieklocaties met verschillende doelgroepen en beveiligingsniveaus, namelijk:

- De Voorde: FPA, beveiligingsniveau 2, langdurige zorg voor patiënten met een chronisch psychotische stoornis.
- Wierde: FPK, beveiligingsniveau 3, langdurige zorg voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.
- Hokli: FPC, beveiligingsniveau 4, reguliere tbs-behandelingen.

De respondenten van De Rooyse Wissel waren werkzaam op verschillende afdelingen met verschillende beveiligingsniveaus, namelijk:

- Forensisch Psychiatrisch Kliniek, beveiligingsniveau 3
- Forensisch Psychiatrisch Centrum, beveiligingsniveau 4

De respondenten waren allemaal vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar (range 41-54 jaar). De Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars waren ten tijde van het interview minimaal vijf jaar werkzaam in hun functie (met een maximum van 21 jaar). Ze waren echter al veel langer werkzaam in het forensische veld, gemiddeld 15 jaar (range 6 - 28 jaar). De Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers waren ten tijde van het interview minimaal 1.5 jaar werkzaam in deze functie, met een maximum van 18 jaar. Vier van hen hadden al meer dan 20 ervaring in het forensische werkveld. Eén respondent werkte sinds anderhalf jaar in het forensische werkveld. De respondenten werkten voornamelijk met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, schizofrenie en/of een psychotische kwetsbaarheid.

De interviews duurden gemiddeld 60 minuten en vonden zowel online plaats als ook op de locatie van De Rooyse Wissel of de Van der Hoeven Kliniek en zijn middels een audio-opname opgenomen. Alle respondenten gaven vooraf hun geïnformeerde toestemming.

Patiënten

De patiënten zijn aangedragen door de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers. Alle respondenten waren verbonden aan De Rooyse Wissel en de Van der Hoeven Kliniek. De geïnterviewde patiënten waren allemaal mannen met de gemiddelde leeftijd van 45 jaar (range 37-64). Zij verbleven op het moment van het interview in De Rooyse Wissel of de Van der Hoeven Kliniek. Hun gemiddelde verblijfsduur in de kliniek was op dat moment zo'n 4,5 jaar (range van 1 tot 10 jaar). De interviews met patiënten vonden fysiek plaats in de klinieken in aanwezigheid van deze professionals, wat een voorwaarde was van de betrokken klinieken. Het was belangrijk dat patiënten bereid en fit genoeg waren om deel te nemen en dat ze wisten dat ze het interview op elk moment konden stoppen, zonder opgaaf van redenen en zonder gevolgen voor hun behandeling. Ook werd hen uitgelegd dat deelname geen invloed zou hebben op hun behandeling. Alle patiënten gaven hun geïnformeerde toestemming en stemden ermee in dat het interview werd opgenomen. Van alle interviews werden een verslag gemaakt.

Topiclijst

Vooraf werd een topiclijst opgesteld voor de interviews waarbij er ruimte was om door te vragen. De topiclijsten voor professionals (zie [Bijlage 3](#)) en patiënten (zie [Bijlage 4](#)) kenden beide dezelfde topics waarbij de vragen voor professionals anders waren dan die van de patiënten.

De topiclijsten bevatten de volgende topics:

- In kaart brengen van het sociaal netwerk
- Duiden en bespreken van het sociaal netwerk
- Opvattingen en overtuigingen
- Werkzame en belemmerende factoren

Ten aanzien van het duiden en bespreken van het sociaal netwerk zijn thema's opgenomen die, op basis van ervaringen in de reguliere GGZ, belemmerend kunnen werken en kunnen zorgen voor een kleiner steunend netwerk voor de patiënt. Deze thema's zijn volgens Klaassen (2024) schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, rouw, ruzie en levend verlies. Om tot samenwerken te komen moeten professionals eerst aandacht besteden aan deze thema's (Klaassen, 2024). Deze thema's zijn als gespreksonderwerpen opgenomen in de topiclijst.

Ten aanzien van de opvattingen en overtuigingen (attitudes) van de professional is voor de topiclijst van professionals gebruik gemaakt van theorie over de 'systemische bril'. Savenije et al. (2028) beschrijven de systemische bril als een benadering waarin hulpverleners kijken naar de context en relaties waarin problemen zich voordoen. Het gaat erom te begrijpen hoe

verschillende factoren en personen in iemands omgeving bijdragen aan de situatie. Het perspectief van de systemisch bril benadrukt de samenhang en interacties binnen systemen, zoals gezinnen, sociale netwerken en bredere maatschappelijke contexten. Vanuit deze benadering zijn uitgangspunten beschreven (Savenije et al., 2018) die als stellingen in de topiclijst zijn opgenomen.

2.3 Focusgroepen

In november 2024 zijn twee focusgroepen georganiseerd met in totaal acht deelnemende professionals. Deze professionals hebben in de online vragenlijst aangegeven te willen deelnemen aan de focusgroep. De deelnemers waren afkomstig van Trajectum (een landelijke zorginstelling gespecialiseerd in psychiatrie, forensische en klinische gezondheidszorg), de Van der Hoeven Kliniek en De Rooyse Wissel. De deelnemers waren vaak al langere tijd werkzaam in de organisatie (>15 jaar), eerst in een andere functie (zoals sociotherapeut), en ten tijde van de focusgroep minimaal 1,5 jaar werkzaam in de rol van Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker.

Afhankelijk van de organisatie werken deze professionals afdelingsgebonden of patiëntvolgend. In geval van patiëntvolgend is de professional van binnenkomst tot uitstroom nauw bij de patiënt betrokken, ook bij overplaatsing naar een andere afdeling. Bij een afdelingsgebonden rol zorgt de professional voor een warme overdracht naar de andere afdeling en blijft deze daarna niet betrokken.

De focusgroepen duurden ieder anderhalf uur en vonden online plaats. Tijdens de focusgroep hielden de onderzoekers een korte presentatie waarin bevindingen uit de analyse van de interviews werden toegelicht. Over deze bevindingen werd vervolgens een verdiepend gesprek gevoerd.

2.4 Analyse interviews en focusgroepen

De gespreksverslagen van de interviews en focusgroepen zijn door middel van een gestuurde inhoudsanalyse systematisch geanalyseerd (directed content analysis; Hsieh & Shannon, 2005). Deze gestuurde inhoudsanalyse wordt in het Nederlands samenvattend analyseren genoemd (Wester & Peters, 2004). De analyse van de data wordt hierbij gestuurd door het theoretisch kader (c.q. de topiclijst). Alle relevante uitspraken van de geïnterviewden zijn per respondent en per topic samengevat. Voor alle respondenten staan deze samenvattingen per topic overzichtelijk weergegeven in een kruistabel (Excel). Deze kruistabel vormt de basis van de analyse. De inhoudsanalyse resulteert in thematische samenvattingen per topic over alle geïnterviewden heen (een 'across cases' analyse). Om het risico van multi-interpreteerbaarheid te verkleinen zijn alle interviewverslagen en de samenvattingen door beide onderzoekers gelezen en indien nodig aangepast of aangevuld. De thematische samenvattingen per topic zijn gezamenlijk door de onderzoekers opgesteld.

2.5 Privacy en datamanagement

Bij aanvang van dit onderzoek is in een Data Management Plan (DMP) beschreven op welke wijze data wordt verzameld, hoe er wordt omgegaan met gevoelige data (van kwetsbare groepen), welke maatregelen worden genomen ter bescherming van de privacy van respondenten (in lijn met AVG), wie toegang heeft, en wat er met de data wordt gedaan nadat het onderzoek is afgerond. Het DMP is als [Bijlage 5](#) toegevoegd. Alle respondenten zijn verzocht om bij deelname aan het interview een *informed consentformulier* te ondertekenen. Om de privacy van de respondenten te waarborgen, zijn alle bevindingen gepseudonimiseerd gerapporteerd (gebruikte quotes zijn niet herleidbaar gerapporteerd) en ter goedkeuring voorgelegd aan de respondenten. Alle respondenten hebben goedkeuring voor het gespreksverslag gegeven. De audio-opnames en overige data zijn digitaal opgeslagen in een beveiligde omgeving van de Hogeschool Utrecht en zullen conform de geldende termijnen worden vernietigd.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen uit de interviews en de focusgroepen met betrekking tot de wijze waarop het sociaal netwerk van patiënten in de forensische zorg positie krijgt in de behandeling. De resultaten van de vragenlijst – die ingezet is als eerste globale verkenning van het thema - worden hierbij indien passend als aanvulling gebruikt.

3.1 Taakopvatting

In de interviews is aan Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers gevraagd hoe zij hun taakopvatting omschrijven ten aanzien van het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten.

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars

De respondentengroep ‘behandelaren’ omvatten twee behandelaren werkzaam bij de Van der Hoeven Kliniek met de functienaam ‘Hoofd Behandeling’, en drie behandelaren werkzaam bij De Rooyse Wissel met de functienaam ‘Hoofdbehandelaar.’ Respondenten beschrijven hun functie als coördinerend, indicierend, sturend en leidend in het opstellen en opvolgen van het behandelplan. Er wordt vanuit hen nauw samengewerkt met respectievelijk de Forensisch Netwerkbegeleider (VDH) en de Forensisch Maatschappelijk Werker (RW) die het eerste aanspreekpunt voor het sociaal netwerk zijn. Deze samenwerking wordt gewaardeerd. Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars betrekken het sociaal netwerk soms voor een hetero-anamnese.

Meerdere Hoofd(en) Behandeling / Hoofdbehandelaar(s) benoemen het aanwezig zijn bij een netwerkgesprek / netwerkberaad waarin het behandelbeleid wordt uitgelegd aan het sociaal netwerk en er indien gewenst [psycho-educatie](#) gegeven wordt. Enkele Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars ervaren een stigma op hun functie vanuit ervaringen met hulpverlening in het verleden van de patiënt en het sociaal netwerk. Zo zegt iemand:

De functie ‘Hoofdbehandelaar / Hoofd Behandeling’ wordt groot gemaakt. Zowel vanuit het sociaal netwerk als vanuit de patiënt. We krijgen patiënten vaak aan het einde van een reeks hulpverlening met alle ervaringen van dien. Ik ervaar soms wel een stigma op mijn functie door ervaringen uit het verleden van de patiënt en het sociaal netwerk met een vorige Hoofdbehandelaar / Hoofd Behandeling.

Best Practice:

In het kader van eerdere behandeling van de patiënt heeft het sociaal netwerk ervaringen met eerdere Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars en deze ervaringen zijn niet altijd positief geweest. Door hier ruimte aan te geven, te luisteren en te leren van hun ervaringen wordt gewerkt aan het (herstellen van) vertrouwen. Het is belangrijk hier de tijd voor te nemen.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers

De rol van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker omvat het in kaart brengen en het ondersteunen van het sociaal netwerk van patiënten bij hun behandeling om de kans op recidive te verkleinen. Hierbij worden in de interviews de volgende taken genoemd:

- Het in kaart brengen van het sociaal netwerk met de patiënt.
- Kennismakingsgesprekken met het sociaal netwerk tijdens een huisbezoek.
- Begeleidende gesprekken binnen partnerrelaties.
- Begeleidende gesprekken gericht op de rol van de patiënt als ouder.
- Het maken van risicoanalyses t.a.v. het contact tussen patiënt en het sociaal netwerk.
- Het organiseren van netwerkgesprekken/familiegesprekken/netwerkberaden³ en netwerkverloven.
- Samenwerken met ketenpartners.
- Uitvoeren van slachtofferonderzoek. In dit onderzoek wordt erop een gestructureerde wijze de behoeften van slachtoffers, nabestaanden en tbs-gestelden in kaart brengen en beoordelen hoe hier rekening mee gehouden kan worden. Zie ook: [richtlijn-januari-2019.pdf](#)
- Het behartigen van slachtofferbelangen/slachtofferbemiddeling.
- Ondersteuning bij het herstellen van en/of opbouwen van een nieuw sociaal netwerk.
- Het laagdrempelig een brug slaan tussen het sociaal netwerk en het behandelteam. De rol die hierin wordt ingenomen wordt gedeeld als die van postduif en mediator waarin behandeldoelen vertaald worden naar het sociaal netwerk waarna de reactie van het sociaal netwerk weer terug gecommuniceerd wordt naar de behandelaren. Patiënten benoemen dat zij de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker zien als informatiepoort naar het behandelteam.
- Verdere ondersteuning van het sociaal netwerk
 - Begeleiden en monitoren van de contacten
 - Interventies bij problemen in de relatie zoals relatiegesprekken

³ Er worden verschillende termen gebruikt in de praktijk, verschilt per kliniek.

- Doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening wanneer de problematiek van het sociaal netwerk meer vraagt dan wat de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker kan geven.

De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker wordt door patiënten als aanspreekpunt, mediator en vertaler gezien tussen patiënt, sociaal netwerk en het Forensisch Psychiatrisch Centrum (hierna genoemd als (tbs-)kliniek). Juist omdat mensen uit het sociaal netwerk vaak aan de buitenkant van psychiatrisch patiënten niet alles zien van de problematiek en het daardoor moeilijk(er) kunnen duiden. Vaak is er binnen het sociaal netwerk veel lijden door alles wat zij meegemaakt hebben met de patiënt. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker kan uitleg geven over de problematiek (psycho-educatie) van de patiënt maar het sociaal netwerk ook laten inzien dat zij ook wat aan de patiënt hebben. Zo wordt er door de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker gewerkt aan wederkerigheid in het contact.

Volgens Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers is hun functie waardevol omdat zij tijd kunnen investeren in de relatieopbouw met het sociaal netwerk. Binnen de functie zijn hier veel uren voor beschikbaar. Men weet dat deze functie niet overal vanzelfsprekend is. In andere klinieken wordt de taak van het contact met het sociaal netwerk gecombineerd met andere taken zoals bezig zijn financiën van patiënten. Ervaring leert dat het combineren van het contact met het sociaal netwerk en geldzaken spanning kan oproepen tussen patiënt en het sociaal netwerk wat belemmerend kan werken in het contact.

Meerdere patiënten waarderen dat het sociaal netwerk voortdurend onderwerp is van gesprek tussen de hen en de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker. Er zijn familiegesprekken, netwerkgesprekken/netwerkberaden en er worden in verschillende stukken (zoals verlengingsadviezen en risicotaxaties) gerapporteerd over het sociaal netwerk wat inzichtelijk is voor patiënten. Contact met pro-sociaal netwerk wordt volgens meerdere patiënten gestimuleerd. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker gaat mee wanneer de patiënt op begeleid netwerkverlof gaat bij iemand uit zijn of haar sociaal netwerk. Dit wordt door patiënten gewaardeerd.

Het aangaan van nieuwe contacten is voor veel patiënten ingewikkeld. Zij vragen zich af: Wanneer vertel je nieuwe contacten over je verleden of over het delict? De mening van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker is hierbij belangrijk, die zich afvraagt: is dit contact goed voor jou? Patiënten benoemen verder dat het herstellen van het contact met het sociaal netwerk na een moeilijke periode lastig kan zijn. Er zijn patiënten die zich afzonderen/isoleren tijdens een slechte periode. Eén patiënt benoemt spanning omtrent het invullen van zijn vaderrol en de reistijd die hij nodig heeft op zijn kinderen te bezoeken. Er blijft daardoor weinig tijd over voor het verlof. Het vraagt volgens deze patiënt om minimaal een 12-uurs-verlof omdat de hechtingsrelatie met zijn dochter onder druk staat: *'Mijn dochter wil mij*

nog steeds geen knuffel geven, dat doet pijn'. Een kindvriendelijke kamer waarin een vader zijn kinderen kan ontvangen is daarin een wens.

Onderlinge samenwerking

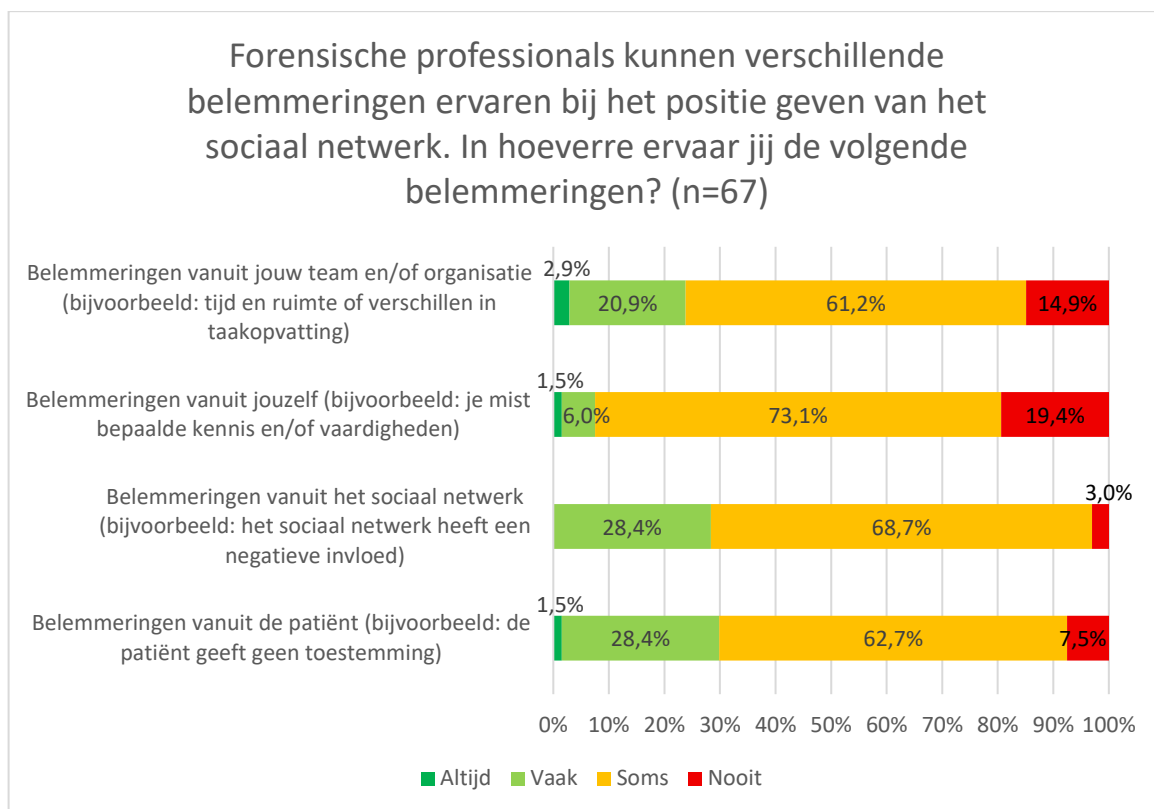
Over het algemeen blijkt dat een goed georganiseerde samenwerking tussen Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker, Hoofd Behandeling / Hoofdbehandelaar en afdelingsmanager/teamleider belangrijk te zijn. Binnen de Van der Hoeven Kliniek en De Rooyse Wissel werken de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers afdelingsgebonden. Dit betekent dat zij vast onderdeel zijn van het behandelteam op de afdeling. Men ervaart hierdoor dat de functie stevig ingebed is in de behandeling.

Tevredenheid

De Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zijn tevreden over de invulling van hun rol, maar geven aan soms een te hoge werkdruk en/of te weinig tijd te ervaren. Hierdoor kunnen zij de patiënten en diens sociaal netwerk niet altijd de benodigde aandacht geven en wordt er soms teveel reactief gewerkt in plaats van proactief. De wens is om dieper in het sociaal netwerk te duiken dan nu met de beperkte tijd en middelen mogelijk is. Eén professional zegt hierover: *'Ik denk dat het echt nog beter kan. Als je systeem therapeutisch kijkt, of je gaat intergenerationeel kijken... welke patronen vanuit voorgaande generaties zijn er en hoe werken die door in nu en kunnen voor problemen zorgen?* Het belang van (aanvullende) systemische scholing en voldoende werkervaring worden hierin als belangrijk genoemd. Daarbij noemen meerdere Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers de beschreven thema's rondom [ruis](#) (paragraaf 3.3) regelmatig als uitdagend en uitende behoefte om te willen investeren in bepaalde gesprekstechnieken ten aanzien van het bespreken van ruis. Specifiek worden hierbij rouw, taboe en de invloed van cultuur benoemd. De professional dient hier erg sensitief in te zijn en de juiste timing te kiezen voor een interventie in een netwerk.

In de vragenlijst geeft 24% van de respondenten aan dat er vaak of altijd belemmeringen spelen vanuit het team of de organisatie (zie Figuur 1). Zo'n 30% ervaart altijd of vaak belemmeringen vanuit de patiënt en 28% ervaart vaak belemmeringen vanuit het sociaal netwerk.

Figuur 1: Belemmeringen bij het positie geven van het sociaal netwerk.



Uit de interviews en focusgroepen blijkt dat personeelstekort gevolgen heeft voor begeleide netwerkverloven wat gevolgen heeft voor de mate van contact tussen patiënt en diens sociaal netwerk. Expliciet wordt hierbij de ouderrol genoemd en de daarbij behorende hechtingsontwikkeling met kinderen.

Best Practices:

- Respondenten raden het gebruik van de term 'naasten' aan. Sommige patiënten hebben geen contact meer met hun eerstelijns familie. De term naasten omvat iedereen die om de patiënt staat (broer, buurman, docent etc.).
- Voor de behandelplanbespreking (BHP) bellen met het sociaal netwerk. Bijvoorbeeld met ouders: welke punten kan ik voor u meenemen? En dit dan na de behandelplanbespreking evalueren. In de behandelplanbespreking (BPB) wordt elke drie / zes maanden (afhankelijk van het beveiligingsniveau) besproken hoe de behandeling van de patiënt verloopt.
- Ten aanzien van verschillende belangen helpt het om een stap terug doen. Waarbij je vaststelt: dit is de vraag van het sociaal netwerk, dit is de vraag van patiënt, wat kunnen wij als kliniek leveren? Van een afstand kijken naar wat er gebeurt. Collega's vragen om mee te denken. Waar ligt gezamenlijk belang? Hoe kunnen we als Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker daarin weer verbinden? Door elkaars verhaal te horen ontstaat er wederzijds begrip wat weer positieve gevolgen kan hebben voor de onderlinge samenwerking.
- Soms wordt een behandelaar ingezet als boodschapper van een impopulaire beslissing waardoor de relatie tussen de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker en het sociaal netwerk goed kan worden gehouden.. Bijvoorbeeld wanneer het sociaal netwerk irreële verwachtingen heeft over het aanvragen van verlof. Deze boodschap zal dan gebracht worden door de Hoofdbehandelaar / Hoofd Behandeling zodat de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker meezijdig partijdig kan blijven zonder afbreuk te doen aan de boodschap van het multidisciplinaire behandelteam

Uitdaging

Een aantal Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers benoemen een uitdaging ten aanzien van hun functie: zichzelf steviger positioneren. Dit betekent af en toe vertragen en de tijd nemen om meer informatie te verkrijgen over het sociaal netwerk van de patiënt en niet meegaan in de haast van de kliniek:

Ga staan voor je functie en het belang van het netwerk. Soms mogen wij ook de belanghebbende zijn en zeggen: behandelaar, jij moet even vertragen want ik heb dit nodig. Ik wil eerst het sociaal netwerk op de hoogte brengen van de uitkomst van de bespreking.

Maar ook opkomen voor de positie van het sociaal netwerk. Eén respondent illustreert dit aan de hand van een voorbeeld:

Een patiënt had ik overgenomen vanuit een andere kliniek. Ik organiseerde een netwerkberaad en toen hoorde ik dat vader, in de tijd dat de patiënt nog in de andere kliniek zat, een brief had geschreven aan de hoofdbehandelaar over zijn ongenoegen en verdriet. Hij had hier geen reactie op gekregen. En dan denk ik: Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker waar was jij? Ik zou dat niet accepteren. Als dat hier zou gebeuren, dan zou ik er wel voor zorgen dat de hoofdbehandelaar reageert (Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker).

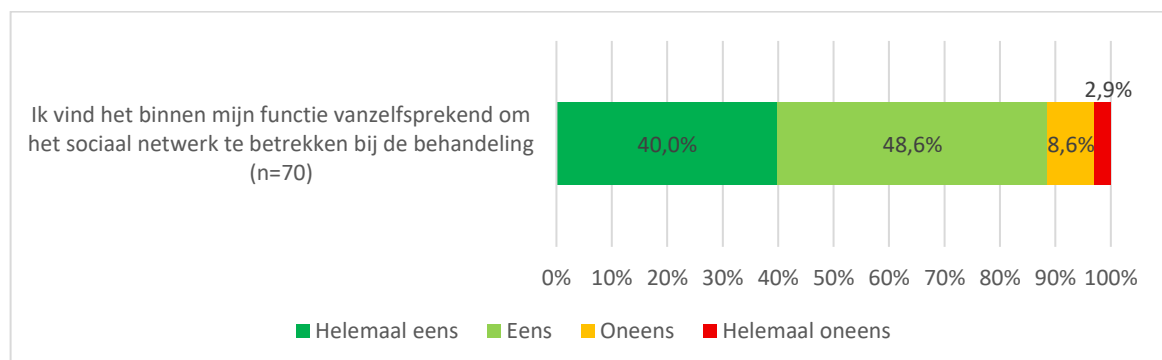
Best Practice:

Vanuit de rol van Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker strategisch navigeren in het plannen van netwerkgesprekken/netwerkberaden voorafgaand aan de behandelplanbespreking. Hiermee laat je zien dat je hen als volwaardige gesprekspartner ziet.

3.2 Netwerkgericht werken in de praktijk

Uit de vragenlijst blijkt dat het draagvlak onder professionals groot is om het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling (zie Figuur 2). Van de respondenten vindt 89% het vanzelfsprekend om het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling.

Figuur 2: Mate van vanzelfsprekendheid om sociaal netwerk te betrekken.



Aan de hand van deels vooraf opgestelde topics en aangedragen onderwerpen in de interviews zijn de belangrijkste thema's binnen het werken met het sociaal netwerk van patiënten uitgewerkt.

Het sociaal netwerk in kaart brengen

Het in kaart brengen van het sociaal netwerk is de taak van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker. Uit de vragenlijst komt naar voren dat de helft van de respondenten in de loop van het behandeltraject van de patiënt het sociaal netwerk in kaart brengt. Ruim 40 % doet dit vlak na opname van de patiënt.

Tabel 1: Wanneer wordt voor het eerst contact gelegd met het sociaal netwerk (n= 91)*

	Aantal	Percentage
Voor dat de patiënt wordt opgenomenF	6	6,6 %
Vlak na opname van de patiënt	37	40,7 %
In de loop van het behandeltraject	46	50,5 %
Anders	17	18,7 %

*Meerdere antwoorden waren mogelijk

Respondenten die 'anders' hebben aangevinkt geven hierbij onder andere aan dat het afhankelijk is van rechten, plichten, toestemming en toestandsbeeld van de patiënt. Andere respondenten benoemen dit niet zelf doen maar dat dit gebeurt door de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker.

Patiënten geven tijdens de interviews aan dat er vrij snel na hun opname door de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker in kaart werd gebracht met wie de patiënt contact heeft. Patiënten moeten nieuwe sociale contacten telkens met de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker bespreken. Een gedeelte overtuiging is dat het sociaal netwerk in een vroeg stadium van de behandeling al betrokken moet worden, niet pas in de verloffase. Dit belang wordt onderstreept door een respondent: *'Het is een misvatting dat het betrekken van het sociaal netwerk pas belangrijk is in de transmurale fase terwijl ook tijdens de intramurale fase het van belang is om samen te werken met het sociaal netwerk'*.

Er is variatie in wie er vanuit het sociaal netwerk bij de patiënt betrokken zijn. Een aantal professionals benoemen dat er vooral contact is met ouders. In principe wordt contacten niet geweigerd- maar wordt gekeken hoe het contact zo veilig en prettig mogelijk worden vormgegeven. Iemand kan een negatieve invloed hebben op de patiënt (vb. drugs verstrekken) maar daarbij ook tot grote emotionele steun zijn.

Qua sociale contacten ervaren enkele patiënten de overgang van de Penitentiaire Inrichting (PI) naar de tbs-kliniek als groot. In de PI konden patiënten zelf bepalen wanneer en met wie zij bellen. In de kliniek is dit anders: eerst moeten contacten 'gescreend'⁴ worden. Het contact kan hierdoor enkele weken wegvallen. Heeft de patiënt de namen niet van tevoren opgegeven, dan mag er niet met deze personen gebeld worden. Spontaan iemand bellen die niet op de lijst staat

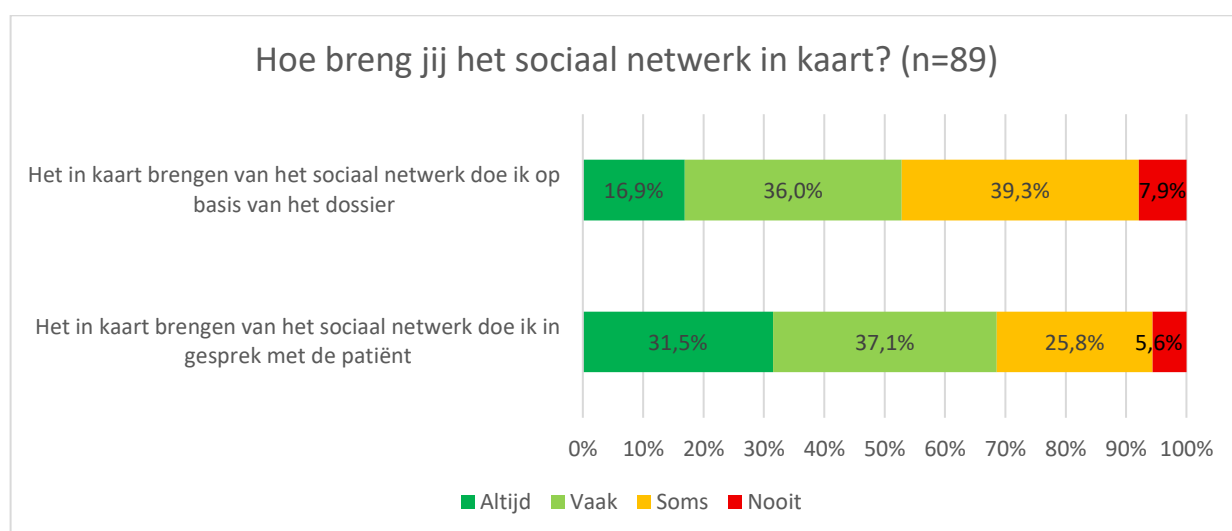
⁴ Dit woord wordt door de patiënten gebruikt. De term screenen wordt bewust door Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers niet gebruikt. Zij hanteren de term 'kennismaken'.

kan niet. Sommige patiënten vonden de tijd tot de 'screening' lang duren (zo'n 6 weken). Een patiënt vroeg zich af, als het sociaal netwerk geen contact wil, hoe weet je als patiënt dan dat ze misschien wel weer contact willen?

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars zijn over het algemeen tevreden over de manier hoe het sociaal netwerk van de patiënt in kaart wordt gebracht. Eén van hen geeft als kanttekening aan dat dit meer 'body' mag krijgen door dit meer methodisch aan te pakken en goed te borgen in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD).

De respondenten zijn in de vragenlijst bevraagd over hoe zij het sociaal netwerk in kaart brengen. Ruim de helft van de respondenten (52,9%) doet dit altijd of vaak op basis van het dossier. Ongeveer tweederde van de respondenten (68,6%) doet altijd of vaak in gesprek met de cliënt. 91 % van deze respondenten brengt het sociaal netwerk in kaart zowel aan de hand van het dossier als in gesprek met de patiënt (zie Figuur 2).

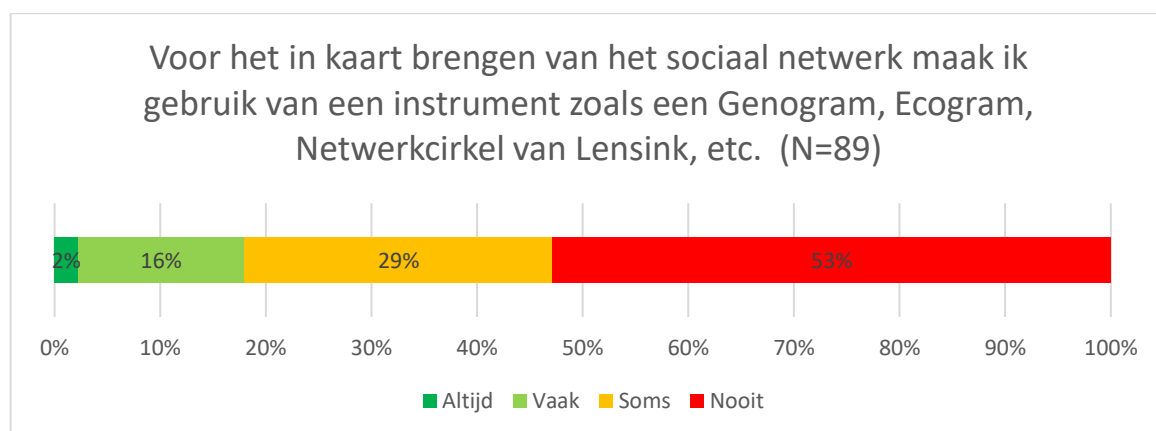
Figuur 2: Hoe wordt het sociaal netwerk in kaart gebracht?



Wel of geen instrument

Iets minder dan de helft (47%) van de respondenten van de vragenlijst geeft aan wel eens een instrument te gebruiken voor het in kaart brengen van het sociaal netwerk (zie Figuur 3). Het Genogram is hierin het meest gekozen instrument (31,9 %) (zie Figuur 3 en Tabel 2).

Figuur 3: In hoeverre wordt er gebruik gemaakt van een netwerkinventarisatie-instrument?



Tabel 2: Welk instrument wordt hierbij gebruikt? (N= 56)

Instrument	Aantal	Percentage
Genogram	29	31,9 %
FSNA	6	6,6 %
Ecogram	6	6,6 %
Netwerkcirkel	5	5,5 %
Sociogram	3	3,3 %
Basis Netwerk Analyse (BNA)	3	3,3 %
Netwerkk kaart	3	3,3 %
Intern instrument	1	1,1 %

Uit de interviews met Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers blijkt dat zij geen vast instrument gebruiken. Enkel benoemen regelmatig terug te vallen op het Genogram, een Netwerkk kaart of een soortgelijke visualisatie. Er wordt voornamelijk narratief gewerkt: de patiënt vertelt wie in zijn of haar leven belangrijk is en wie niet. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers stellen open en onderzoekende vragen aan patiënten, soms op basis van een bestaande kennismakingsvragenlijst met vragen zoals:

- Wie is belangrijk voor jou?
- Wat is de voorgeschiedenis?
- Wat is de huidige situatie en problematiek?
- Hoe was de opvoeding (t.a.v. gehechtheid en patronen)?
- Wat zijn de verwachtingen en wensen ten aanzien van het contact met het sociaal netwerk?
- Wat is de impact van het delict op het sociaal netwerk?

Zo kan het huidige gedrag (patiënt, interactie met sociaal netwerk) en de patronen beter begrepen worden. Vanuit daar wordt bepaald wat nodig is om dit te verbeteren.

Patiënten geven tijdens de interviews aan dat hun ervaringen met betrekking tot het contact binnen relaties een onderwerp van gesprek zijn. Eén patiënt vertelt bijvoorbeeld dat hij het met zijn Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker heeft gehad over contacten die drugs gebruiken. Openheid is hierbij belangrijk, patiënten moeten zelf relevante zaken bespreekbaar maken. Dit is voor sommige patiënten lastig. Soms moet een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker ook meer sturend optreden en in het ergste geval een contact verbieden. Sommige patiënten hebben het gevoel dat zij na het verblijf in de PI weer opnieuw moeten beginnen met het bespreken van belangrijke onderwerpen inzake het sociaal netwerk. Hier is enerzijds begrip voor maar kan anderzijds ook als belastend worden ervaren omdat zij opnieuw hun verhaal moeten vertellen.

Op basis van de vragenlijst, interviews en focusgroepen blijkt dat er geen uniformiteit is ten aanzien van de manier van het uitvragen van het sociaal netwerk. Elke kliniek vraagt dit op een eigen manier uit. In hoeverre er behoefte is aan uniformiteit laat een wisselend beeld zien. Eén respondent uit de focusgroep die vóór uniformiteit is zegt hierover dat een gezamenlijk format waardevol zou kunnen zijn in het kader van overdracht wanneer een patiënt overgeplaatst wordt. Een respondent die geen behoefte heeft aan uniformiteit zegt tevreden te zijn met de eigen aanpak en werkwijze.

Kennismaken of screenen

In zowel de interviews als in de focusgroep spreken Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers over 'kennismaking' in plaats van 'screenen'. Opvallend is dat meerdere patiënten het woord 'screenen' gebruiken. Kennismaken met het sociaal netwerk wordt door de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker gezien als tweerichtingsverkeer waarin er gestreefd wordt naar gelijkwaardigheid. Dit in tegenstelling tot screenen wat het sociaal netwerk kan afschrikken en ongelijkwaardigheid in het contact kan betekenen. Onder 'screenen' valt volgens de gesproken Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers het invoeren van BSN-nummers in het justitieel systeem waarbij gekeken wordt of mensen strafbare feiten hebben gepleegd in het verleden.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers benadrukken het belang van dat het sociaal netwerk en de patiënt zich echt gehoord en gezien voelen door jou als professional. Dit doe je door jezelf gelijkwaardig op te stellen en hierbij present en beschikbaar te zijn. In andere woorden: De ander écht zien, toegankelijk en onbevooroordeeld zijn, transparant zijn in contact waarbij voorspelbaarheid en eerlijkheid van belang zijn. Belangrijke overtuiging hierin is dat wanneer het sociaal netwerk en de patiënt zich gehoord en gezien voelen en vertrouwen ontstaat. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker benoemt dat het hebben van een sterke intuïtie, ook wel een 'zevende zintuig' belangrijk is.

Tijdens de kennismaking wordt ook uitleg gegeven over wat een opname in een kliniek betekent. Vaak weet het sociaal netwerk niet wat hen overkomt, wat er van hen verwacht wordt of wat het verschil is tussen een penitentiaire inrichting en een tbs-kliniek. Het meenemen van het sociaal netwerk in wat er gebeurt wordt als erg belangrijk ervaren, ook wanneer er bijvoorbeeld een keer een crisissituatie ontstaat. De vraag is of dit voldoende gebeurt.

Een gedeelde overtuiging is de keuze om binnen de kennismaking het sociaal netwerk goed in kaart te brengen en beeld te krijgen van de aard en de kwaliteit van de relaties in het sociaal netwerk. Met als doel te kijken in hoeverre deze contacten beschermend of risicovol zijn. Er wordt gekeken of en op welke manier er contact kan zijn met de patiënt. Het sociaal netwerk kan hier vrijwillig aan meewerken.

Binnen de kliniek werkt men met een richtlijn. Hierin staat onder andere dat er gegevens verzameld moeten worden zoals naam, geboortedatum, telefoonnummer en dienen er vragen gesteld te worden zoals:

- Wat weet je van het delict?
- Was je aanwezig bij het delict?
- Had je een rol bij het delict?
- Hoe is jullie voorgeschiedenis ten aanzien van jullie contact?
- Hoe zie je de relatie met de patiënt?
- Wat is de visie op de relaties in het sociaal netwerk van de patiënt?

Een huisbezoek vraagt een goede voorbereiding. Dit betekent goed nadenken over wat er van jou als Forensisch Netwerkbegeleider / Forensische Maatschappelijk Werker wordt verwacht. Het type delict is hierop van invloed. Bij seksueel misbruik binnen het gezin zal er een ander kennismakingsgesprek zijn dan bij bijvoorbeeld partnermoord.

In de focusgroep is de vraag gesteld in hoeverre het ministerie Justitie en Veiligheid eisen stelt aan screenen. In de focusgroep is hier geen helderheid over verkregen. De [Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden](#) geeft instellingen ruimte om binnen de gestelde kaders regels op te stellen voor bezoek⁵ en (proef)verlof⁶. De Minister van Justitie en Veiligheid verleent officieel het verlof nadat de verlofaanvraag is getoetst in het [Adviescollege Verloftoetsing tbs](#) (AVT). Het AVT houdt zich hierbij aan de wettelijke [verlofregeling](#).

Huisbezoek

Een gedeelde overtuiging is het belang van het op huisbezoek gaan bij het sociaal netwerk. Dit doet de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker, het liefst vroeg in het behandeltraject. Huisbezoeken worden ingezet om het sociaal netwerk in kaart te brengen

⁵ Hoofdstuk VII, artikel 37

⁶ Hoofdstuk XI, artikel 50 & 51

en om te beoordelen of de locatie veilig is voor (toekomstig) verlof. Het sociaal netwerk krijgt ook ruimte om hun ervaringen te delen zonder de patiënt te belasten. Soms wordt hiervoor ruimte gemaakt binnen een netwerkberaad/netwerkgesprek of worden er andere contactmomenten afgesproken. Regelmatig is er telefonisch contact tussen de Forensisch Netwerkbegeleider/Forensische Maatschappelijk Werker en het sociaal netwerk.

Soms vindt de kennismaking met het sociaal netwerk plaats in de kliniek. Klinieken proberen o.a. om deze reden een huiselijke sfeer te creëren. Sociaal netwerk heeft regelmatig een negatief gekleurd beeld van een tbs-kliniek. Een huiselijke sfeer is helpend voor de kennismaking.

Best Practices:

- Bij de start van de behandeling direct op huisbezoek gaan. Dit maakt het mogelijk om vroeg in de behandeling te investeren in het contact en het sociaal netwerk de ruimte te geven ervaringen te delen zonder de patiënt te belasten.
- Geef ruimte aan het sociaal netwerk om zonder, maar met instemming/toestemming van, de patiënt te spreken met de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker zodat zij hun verhaal kunnen doen en de daarbij behorende emoties kunnen delen.

Rol van het dossier

Ruim de helft van de respondenten (52,9%) van de online vragenlijst brengt het sociaal netwerk altijd of vaak in kaart op basis van het dossier van de patiënt. Uit de interviews blijkt dat Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers voornamelijk narratief (gericht op het verhaal van de patiënt) werken waarbij het dossier van de patiënt aanvullend is. Sommigen lezen het dossier voorafgaand aan het gesprek met de patiënt bewust níet door. Het dossier dient dan als aanvulling achteraf. Deze 'blanco benadering' helpt hen om zonder vooroordelen het gesprek aan te gaan. Anderen kiezen er juist wél voor om het dossier voorafgaand aan de kennismaking met de patiënt te lezen of krijgen een andersoortige overdracht van een andere professional. Deze overdracht, vanuit de Penitentiaire Inrichting (PI) of een andere kliniek, is echter in de praktijk niet vanzelfsprekend. Er worden binnen overdrachten grote verschillen in kwaliteit ervaren. Sommige Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werker noemen de wens deze overdracht te formaliseren. Het [project Warme Overdracht](#) werkt toe naar een handreiking voor professionals. Deze zal in de zomer van 2025 beschikbaar zijn.

Best practice:

- Bij het ontbreken van een overdracht is het helpend om zelf contact op te nemen met de plek waar de patiënt verbleef om informatie over het sociaal netwerk op te vragen.

Belang van aandacht voor slachtoffers

Zoals eerder beschreven is het oog hebben voor slachtofferbelangen een taak van Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers. Het gaat hierbij om slachtoffers in de breedste zin van het woord: het sociaal netwerk is immers vaak ook indirect slachtoffer. Ze zijn niet direct slachtoffer van het delict, maar wel slachtoffer van de uitwerking van het delict, de problematiek en de tbs-maatregel van de patiënt. Het contact met slachtoffers van het delict wordt bewust niet zelf gedaan door Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers aangezien zij vaak vanuit de ogen van slachtoffers teveel aan de kant van de dader staan. Daarvoor wordt regelmatig samengewerkt met [Perspectief herstelbemiddeling](#).

Ten aanzien van de slachtofferbelangen is er contact met [IDV](#) (Informatiepunt Detentieverloop). Wanneer gedeeld wordt wat de wensen van slachtoffers zijn, geeft het IDV een korte terugkoppeling. Forensisch Netwerkbegeleiders werkzaam bij de Van der Hoeven Kliniek delen de overtuiging om meer initiatief te nemen om uitleg te geven aan slachtoffers over de tbs-behandeling zonder de privacy van de daders te schenden. Soms raken slachtoffers in paniek als zij ineens melding krijgen dat iemand met onbegeleide verloven gaat starten. Dat is heftig nieuws voor hen, terwijl het voorgenomen verlof vaak door de kliniek goed doordacht is. Er gaat bovendien een zorgvuldig proces vooraf aan de eerste keer dat iemand op onbegeleid verlof mag, namelijk een onafhankelijke toetsing door de AVT die de minister van Justitie en Veiligheid adviseert, die vervolgen beslist. Hierover slachtoffers pro-actief informeren, bijvoorbeeld over hoe zo'n onbegeleid verlof wordt georganiseerd, kan een shockmoment voor slachtoffers mogelijk voorkomen of verminderd worden.

De stem van het slachtoffer horen is volgens Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers vaak ingewikkeld voor patiënten. Mag de patiënt bijvoorbeeld in de buurt van het slachtoffer op verlof? De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker gaat hierover met de patiënt in gesprek om zo inzicht hierin te geven.

Best practice:

- Neem initiatief om slachtoffers in Nederland uitleg te geven over de tbs-behandeling, zonder de privacy van daders te schenden. Biedt bijvoorbeeld Slachtofferhulp Nederland aan om vanuit de kliniek voorlichting te geven over hoe zorgvuldig het onbegeleid verloop van patiënten tot stand komt. Biedt slachtoffers via het IDV aan dat contact met de Forensisch Netwerkbegeleider mogelijk is.

**Deze best practice is gedeeld door de Van der Hoeven Kliniek*

In kaart brengen van risico's

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaar benoemen het belang van aandacht voor risico- en beschermende factoren tijdens het in kaart brengen van het sociaal netwerk. Er bestaat echter geen specifieke methode om een risicoschatting te maken van het sociaal netwerk. Wel is het sociaal netwerk opgenomen als risicofactor in de HCR-20^{V3} (*Toekomstige problemen met persoonlijke steun*) en als beschermende factoren in de SAPROF (*Netwerk*). Aanvullend wordt bij zedendelicten een specifiek instrument gebruikt en is er een apart instrument voor vrouwen. Ook dossierinformatie wordt geraadpleegd. Verschillende perspectieven vanuit diverse disciplines (groepsleiding/sociotherapie, hoofdbehandelaar, diagnosticus, forensisch netwerkbegeleider/forensisch maatschappelijk werker) worden samengebracht. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker observeert het contact tussen de patiënt en het sociaal netwerk en sociotherapie observeert sociale contacten die op bezoek komen op de afdeling. In daaruit voortvloeiende risicoscenario's wordt gekeken of het sociale systeem waarin iemand zich bevindt risico's of juist bescherming kan geven. Betrokken professionals evalueren gezamenlijk wat het verleden leert voor de veiligheid van nieuwe sociale contacten in de toekomst.

In de interviews wordt genoemd dat deze multidisciplinaire beoordeling plaatsvindt tijdens casuïstiekbesprekingen, overdrachtsmomenten en patiënt overleggen. Als het behandelteam geen zicht heeft op het sociaal netwerk, of er zijn dingen onduidelijk, dan wordt dit besproken met de patiënt. Het behandelteam legt uit hoe ze duidelijkheid willen krijgen, waarom het momenteel verantwoord is om het verloop eerst begeleid te laten plaatsvinden en wanneer onbegeleid verloop mogelijk zou kunnen zijn.

De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker brengt verkregen informatie vanuit het sociaal netwerk in tijdens deze multidisciplinaire overleggen. Hoe ziet het sociaal netwerk het contact met de patiënt en wat zijn de valkuilen en risico's? Dit betreft ook risico's voor de patiënt, bijvoorbeeld wanneer een patiënt nieuwe sociale contacten aangaat en slachtoffer wordt van schadelijk gedrag, ook wel victimisatie genoemd. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die door vrouwen werd opgelicht en geld afhandig werd gemaakt.

Patiënten geven aan dat zij op een transparante wijze zijn meegenomen in het in kaart brengen van de risico's ten aanzien van hun sociaal netwerk. Enkelen ervaren een grote 'drive' van

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers om alles bespreekbaar te maken. Zoals emoties in het contact en de invloed hiervan op de patiënt en het sociaal netwerk.

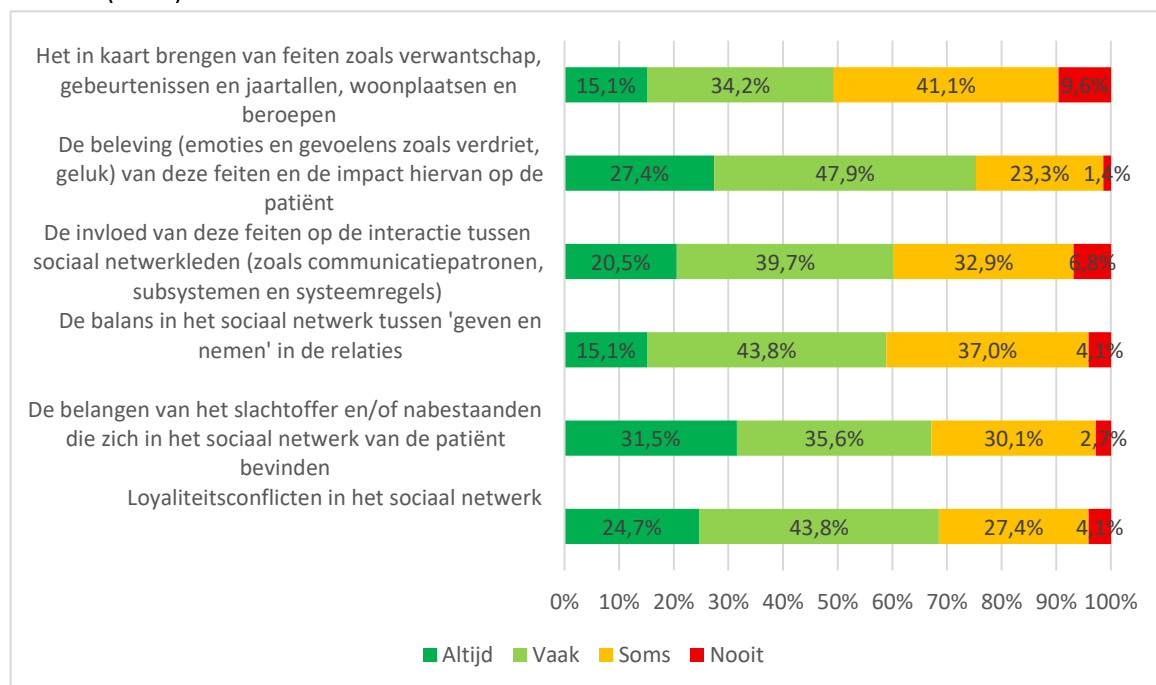
Met patiënten wordt een duidelijk signalenplan/terugvalpreventieplan opgesteld voor zowel binnen als buiten de kliniek. Patiënten geven aan het fijn te vinden dat de vroegsignalering en de omgangsafspraken met hun sociaal netwerk besproken worden. Ook in een specifieke situatie waarin een patiënt contact had met zijn slachtoffers in aanloop naar verlof werd door de patiënt als prettig ervaren.

Meerdere patiënten benadrukken dat de tbs-behandeling gericht is op het nemen van eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van signalen herkennen, grenzen aangeven en nieuw gedrag uitproberen. Eén patiënt zegt hierover: *'Ik ben nog steeds dezelfde persoon maar ben bezig met ander gedrag. Betere normen en waarden en stabiel zijn. Mijn sociaal netwerk merkt dit ook en dit hoor ik ook terug'*. De betrokken Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker vult hierop aan: *"Dat je uitspreekt dat als jij een blokje om gaat dat je weer terugkomt. Vroeger zagen ze je niet meer terug. Je oefent nieuw gedrag'*.

Duiden van aard en kwaliteit van de relaties

Na het in kaart brengen van het sociaal netwerk kan ook de aard en kwaliteit van de relaties worden geduid. In de vragenlijst zijn hier een aantal specifieke vragen over gesteld (zie Figuur 4). De helft van de respondenten (49%) besteedt hierbij vaak of altijd aandacht aan het in kaart brengen van feiten, zoals verwantschap en gebeurtenissen. Driekwart van de respondenten (75%) besteedt vaak of altijd aandacht aan de beleving van de feiten en de impact hiervan op de patiënt. Een ruime meerderheid van de respondenten besteedt bovendien vaak of altijd aandacht aan de invloed van de feiten op de interactie tussen netwerkleiden (60%), aan de balans tussen 'geven en nemen' (59%), de belangen van slachtoffers en/of nabestaanden (67%) en aan loyaliteitsconflicten (69%). Overigens geven verschillende respondenten van de vragenlijst hierbij aan dat dit hoort bij collega's die vanuit hun functie werken met de patiënt en diens sociaal netwerk

Figuur 4: Waar wordt aandacht aan besteed in het duiden van de aard en kwaliteit van de relaties (n=73)?



Laagdrempelig contact

Zowel Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers als patiënten benoemen dat het sociaal netwerk een lage drempel ervaart in het contact met de kliniek. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker fungeert hierin als aanspreekpunt. Hierin ligt ook een kwetsbaarheid: wanneer een patiënt buiten kantoortijden in crisis is, is het niet helpend dat de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker afwezig is. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker zegt hierover:

Bijvoorbeeld bij separatie..... Ik ben de partner en ik bel de kliniek en zeg dat ik mijn partner wil spreken. Ik bel elke dag en spreek hem elke dag. En die dag kan ik hem niet spreken. Ik vraag wat er aan de hand is waarna er wordt opgehangen. Dat doe je toch niet? Train sociotherapeuten hoe zij met netwerk om moeten gaan ten tijde van crisis. Bijvoorbeeld: Ik kan er nu niets over zeggen maar weet dat het naar omstandigheden goed met hem gaat; Ik zal zeggen dat je hebt gebeld; Op een later moment neemt hij weer contact op.

Aandachtspunt is om in goede tijden, periodes waarin de patiënt relatief stabiel functioneert, het gesprek te voeren over wat te doen als het slecht gaat met de patiënt. Bijvoorbeeld wanneer toestemming voor contact met het sociaal netwerk door de patiënt wordt ingetrokken (bijvoorbeeld door paranoïde / psychotisch gedrag). Een Forensisch Netwerkbegeleider /

Forensisch Maatschappelijk Werker benoemt dat het gebied van privacy en toestemming een grijs gebied is waarin er altijd gekeken moet worden wat nog wél gedeeld kan worden.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers benoemen dat zij direct na contact met het sociaal netwerk de patiënt hier inhoudelijk terugkoppeling over geven. Patiënten ervaren dit als prettig. De patiënt heeft tevens de mogelijkheid om de schriftelijke bijdragen in de status in te zien. Eén Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker geeft soms ook telefonisch een terugkoppeling, bijvoorbeeld 's avonds wanneer zij niet meer in de kliniek is maar wel de patiënt nog wil spreken over het contact wat zij die dag had met het sociaal netwerk. Zij ervaart dat dit positief werkt ten aanzien van de vertrouwensrelatie. Het wordt hierbij als essentieel beschouwd dat een Forensisch Netwerkbegeleider of Forensisch Maatschappelijk Werker beschikt over een mobiele telefoon en geen negen-tot-vijf-mentaliteit heeft. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker benoemt dat het belangrijk is om in het faciliteren van contact tussen de patiënt en het sociaal netwerk ook andere contactvormen te organiseren zoals sporten. Een patiënt benoemt dat het ingewikkeld is voor het sociaal netwerk om de patiënt spullen zoals wasmiddel of boodschappen toe te sturen omdat dit de kliniek niet binnen komt.

Best practices:

- Maak bij aanvang/tijdig én wanneer het toestandsbeeld van de patiënt het mogelijk maakt afspraken met de patiënt over het contact mogen opnemen met het sociaal netwerk in minder goede tijden (bijvoorbeeld bij paranoïde / psychotisch gedrag).
- Ook als een patiënt in eerste instantie geen toestemming geeft voor contact met het sociaal netwerk, kan er vanuit een vertrouwens- of werkrelatie op termijn toch ruimte ontstaan om dit contact te leggen en hen bij de behandeling te betrekken. Het is vaak mogelijk om informatie te delen, bijvoorbeeld ten aanzien van het globale verloop van de behandeling.
- Train sociotherapeuten in hoe zij met het sociaal netwerk om kunnen gaan ten tijde van crisis van de patiënt. Met hierin aandacht voor het belang van kalmeren, uitleg te geven over de situatie en het geven van psycho-educatie.

Psycho-educatie

In principe is het geven van psycho-educatie aan het sociaal netwerk de taak van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werkers. Zij geven voorlichting over de tbs-maatregel, de diagnose, de problematiek, het gedrag van de patiënt (ook binnen de kliniek), waar gedrag vandaan komt en interactiepatronen tussen patiënt en diens omgeving. Gebrek aan kennis over het tbs-systeem en daarbij behorende procedures kan onbegrip en boosheid bij het sociaal netwerk veroorzaken.

Soms wordt het op verzoek van hen ook gegeven door Hoofd Behandeling / Hoofdbehandelaar. Bijvoorbeeld tijdens een netwerkberaad/netwerkgesprek. Er wordt dan extra uitleg gegeven over bijvoorbeeld de risicotaxatie of het ziektebeeld.

Een belangrijk punt wat meerdere professionals benoemen is uitleggen dat behandelen gepaard gaat met vallen en opstaan. Ook worden er soms andere disciplines, zoals een vaardigheidstrainer, ingezet om meer stapsgewijs psycho-educatie te geven. Wanneer uitleg over medicatie nodig is wordt de psychiater betrokken. Het sociaal netwerk wordt ook wel eens verwezen naar lotgenotencontact via bijvoorbeeld Ypsilon.⁷

Redenen om het sociaal netwerk te betrekken

In de vragenlijst is aan respondenten gevraagd naar redenen om het sociaal netwerk te betrekken. Per reden zijn zij gevraagd aan te geven hoe belangrijk zij deze vinden. Respondenten vinden het met name belangrijk om het sociaal netwerk rondom de patiënt te versterken en om het sociaal netwerk te benutten voor het geven van steun aan de patiënt. Het positief beïnvloeden van de onderlinge interacties, het benutten van het netwerk voor zingeving, en het ondersteunen en adviseren van het netwerk zijn daarnaast ook belangrijke redenen (zie Tabel 3).

Tabel 3: Redenen om het sociaal netwerk te betrekken (N=69).

	Gemiddelde (SD)	Min-max (1-10)*
Het versterken van het sociaal netwerk rondom de patiënt.	8,3 (1,38)	5-10
Het benutten van het sociaal netwerk voor het geven van steun aan de patiënt.	8,2 (1,40)	5-10
Positief beïnvloeden van de interactie tussen de patiënt en diens sociaal netwerkleden.	8,0 (1,35)	5-10
Het benutten van het sociaal netwerk t.b.v. zingeving voor de patiënt.	7,8 (1,77)	3-10
Ondersteunen en adviseren van het sociaal netwerk.	7,8 (1,79)	2-10

* 1 correspondeert met 'niet belangrijk', 10 correspondeert met 'heel belangrijk'

Het sociaal netwerk kan volgens een aantal respondenten een belangrijke motivator zijn voor de patiënt om de juiste keuzes te blijven maken. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker merkt op dat een ingrijpend iets als de tbs-maatregel de band tussen de patiënt en het sociaal netwerk juist kan versterken. De patiënt heeft bijvoorbeeld altijd veel alleen moeten doen en kan nu steun ervaren van het sociaal netwerk. In een open vraag in de

⁷ Ypsilon steunt, adviseert, informeert en vertegenwoordigt familieleden en naasten van mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid. En komt op voor hun belangen ([Over Ypsilon - Ypsilon](#))

vragenlijst benoemen meerdere respondenten het betrekken van het sociaal netwerk ten behoeve van de resocialisatie van de patiënt. Overige redenen zijn het sociaal netwerk benutten als informatiebron (bijv. ten behoeve van diagnostiek/heteroanamnese, het opstellen van een levenslijn, in beeld krijgen van trauma's en de rol van erfelijkheid) en het benutten van de signalerende functie van het netwerk.

Betrekken en begeleiden van antisociaal netwerk

Aan respondenten is in de vragenlijst gevraagd te reageren op de stelling: **Liever geen netwerk dan een antisociaal netwerk.** Zo'n tweederde van de respondenten (64%) is het hiermee oneens en ongeveer een kwart (24%) scoort neutraal. Hoewel enkele respondenten ervoor pleiten de patiënt te stimuleren een nieuw netwerk op te bouwen vanwege de risico's die een 'antisociaal' netwerk met zich meebrengt, geven de meeste respondenten in hun toelichtingen aan dat een 'antisociaal netwerk' steunend en betekenisvol kan zijn voor de patiënt: *'Ook een antisociaal netwerk kan gevoelens van betekenisgeving en verbondenheid versterken.'* Een 'antisociaal' netwerk kan bijvoorbeeld vroeger liefdevolle ervaringen hebben gegeven aan de patiënt of kan tegenwoordig nog steeds een steunende rol hebben in het leven van de patiënt. Het sociaal netwerk, prosociaal dan wel 'antisociaal', is er en daar kun je volgens respondenten niet omheen. Een gedeelde opvatting is dat mogelijke eenzaamheid door het ontbreken/verbieden van een 'antisociaal' netwerk ook risico's met zich meebrengt.

Er wordt door sommige respondenten kritisch gekeken naar de term 'antisociaal' en hoe dit geïnterpreteerd wordt door de professional. Er wordt gesteld dat het een normatief begrip is. Een respondent geeft ten aanzien van de rol van de professional hierin het volgende weer: *'Het is zaak om eigen normen en waarden naar achter te schuiven.'* Een respondent benoemt dat bepaalde vooroordelen belemmerend kunnen werken voor het herstel van de patiënt: *'We doen als instituut vaak de aanname dat het netwerk een verkeerde intentie heeft. Of dat het netwerk geen professionals zijn. Waardoor zij het 'toch niet weten' of dat 'zij gevaarlijk zijn'. Terwijl het dan voor de patiënt misschien wel goed is om een uurtje zijn partner te zien om zo tot rust te komen.'*

De rol van de professional is belangrijk ten aanzien van samenwerken met een 'antisociaal' netwerk. Het belang van goede begeleiding door de professional wordt door één van de respondenten treffend verwoord:

Ik heb gezien dat een antisociaal netwerk (met name familieleden met antecedenten, verslaving etc.) zowel een positieve als een negatieve invloed kan hebben, maar dat geldt ook voor een pro-sociaal netwerk. Bijvoorbeeld wanneer ze niet de problemen van de patiënt erkennen of niet willen samenwerken met behandelaars. Het maakt naar mijn idee niet zoveel uit. Goede begeleiding van het netwerk is belangrijk.

De begeleiding heeft als doel zowel de patiënt als het 'antisociale' netwerk inzicht te geven ten aanzien van gedrag en risico's. Hoe dit gedaan kan worden, naast het geven van psycho-

educatie aan het 'antisociale' netwerk, wordt geïllustreerd aan de hand van onderstaande best practices.

Best Practice:

- In de behandeling aandacht schenken aan het sterken van de patiënt ten opzichte van diens 'antisociale' netwerk. Het 'antisociaal' netwerk als 'werkmateriaal' gebruiken zodat de patiënt kan leren gezonde keuzes te maken en meer weerbaarder wordt:
'Wellicht is het niet haalbaar het netwerk te veranderen, misschien dan wel patiënt'.
- Investeren in samenwerking met het 'antisociale' netwerk en vanuit hier actief afspraken maken met hen. Helpend is het vinden van een gezamenlijke doelstelling:

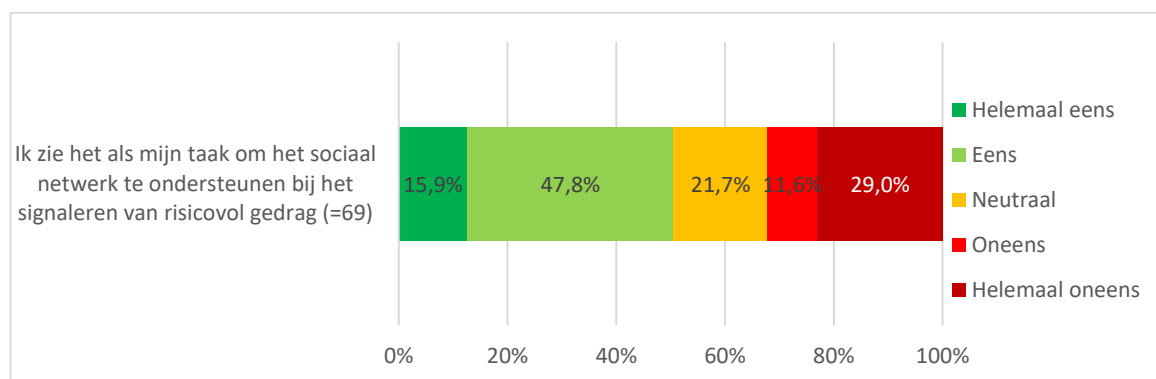
'Er is altijd een lijntje te vinden, een gezamenlijke doelstelling. Uit de tbs komen en dus weer deel uitmaken van de familie buiten de muren is vaak een gezamenlijke drijfveer. Waar zijn wij het wel over eens en hoe kunnen we dit bereiken? De focus ligt dan meer op: Hoe zorg je ervoor dat je elkaar niet in de problemen brengt (bijvoorbeeld met justitie) en niet op het verbreken van het contact'.

- Het is belangrijk om als professionals met elkaar het gesprek aan te gaan over gedachten en gevoelens die er zijn over een 'antisociaal netwerk'. Met daarbij aandacht voor de invloed van de eigen normen en waarden. Dit kan binnen het team maar ook met invloed van buiten het team. Een voorbeeld van hoe dit georganiseerd is, zijn de functies Groepsdynamicus (Van der Hoeven Kliniek) en Personeelsbegeleider (De Rooyse Wissel) die zich onder andere bezighouden met teamcoaching.

Sociaal netwerk begeleiden als risico-signaleerder(s)

Zo'n tweederde van de respondenten van de vragenlijst zien het als hun taak om het sociaal netwerk te ondersteunen bij het signaleren van risicovol gedrag (64%).

Figuur 5: Ik zie het als mijn taak het sociaal netwerk te ondersteunen bij het signaleren van risico's.



De Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars zien risicosignalering als een gedeelde verantwoordelijkheid van het team, het sociaal netwerk en de patiënt, met de kliniek als eindverantwoordelijke. Enkel benoemen dat het belangrijk is het sociaal netwerk te vragen of ze dit wel willen en kunnen. Niet elk sociaal netwerk is hiertoe in staat. Bijvoorbeeld door de beperkte mate van vertrouwen in de kliniek en/of omdat ze angstig zijn voor de gevolgen wanneer zij aan de bel trekken. Of wanneer ze het gedrag van de patiënt goedpraten omdat hij of zij in een moeilijke fase zit. Hierin spelen loyaliteitsgevoelens een rol. Bijvoorbeeld bij drugsgebruik: een respondent geeft een voorbeeld van een familie die de patiënt zielig vindt omdat oma overleden is, zij vergoelijken daarom een terugval in blowen. Een respondent zegt hierover: *'Het vraagt ook dat het sociaal netwerk het inzicht heeft dat zij de patiënt niet helpen wanneer zij voor drugs zorgen. Het sociaal netwerk redeneert soms anders: de patiënt heeft het zwaar want zijn oma is overleden dus...'*

Meerdere respondenten benadrukken hierbij het belang van psycho-educatie om het sociaal netwerk kennis te laten hebben van de risico's en vroege signalen van een terugval. Voorbeelden die respondenten aandragen zijn dat het sociaal netwerk merkt dat de patiënt met afspraken sjoemelt, er vermoedens zijn van middelengebruik, de patiënt stress laat zien of dat de patiënt het sociaal netwerk onder druk zet door steeds geld te vragen. Het betrekken van het sociaal netwerk bij het opstellen van het terugvalpreventieplan/signaleringsplan/noodplan is daarin belangrijk. Doorgaans wordt met de patiënt en het sociaal netwerk het vroegsignaleringsplan / terugvalpreventieplan doorgenomen. Daarin kan worden opgenomen wat het sociaal netwerk kan doen ten aanzien van het signaleren van risico's. Het is hierbij te allen tijde belangrijk dat de communicatielijnen helder zijn, dat een sociaal netwerk weet waar

ze terecht kunnen wanneer zij zich zorgen maken over de patiënt. Als aandachtspunt geven patiënten mee dat het belangrijk is dat het sociaal netwerk goed weet waar ze op moeten letten. Helemaal wanneer de patiënt visie A heeft en de kliniek visie B, dan dient er duidelijkheid te zijn zodat alle neuzen dezelfde kant op staan. Hierin heeft de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker een belangrijke rol.

Het is ook een kwestie van ervaringen opdoen: hoe reageert het sociaal netwerk op een terugval en/of risico's? Een kritisch punt wat gedeeld wordt is in hoeverre men zich bewust is van wat er gevraagd wordt van het sociaal netwerk:

Een patiënt ging op verlof naar moeder, gleed uit in delictroute. Vervolgens kwam op tafel: maar moeder had toch een signalerende functie? Maar welke moeder kan haar zoon aangeven? Is dat wel wat we moeten vragen? Vind ik onmenselijk. Als we dat al doen, moet je je goed realiseren dat je mensen met een ingewikkelde loyaliteitsopdracht opzadelt. Uiteindelijk moeten wij als instelling ons het meest verantwoordelijk voelen voor het toezicht en dat zeker niet eenzijdig bij het netwerk beleggen.

Een patiënt benoemde dat het sociaal netwerk meer verantwoordelijkheid gegeven mag worden in de risicosignalering en het aanspreken van de patiënt. Het sociaal netwerk kan volgens deze patiënt net zo goed als professionals gedrag stimuleren bij de patiënt: *'De moeder van mijn kinderen spreekt me wel aan, ik krijg wel eens goed op mijn flikker. Dat voelt niet als klikken omdat we een goede samenwerkingsrelatie hebben'.*

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het begeleiden van het sociaal netwerk bij het signaleren van risicovol gedrag als hun taak. In overleg met de patiënt en diens sociaal netwerk worden afspraken gemaakt over het melden van problemen en wat iedereen kan doen als het minder goed gaat met de patiënt. Dit gebeurt bij het bespreken van het delictscenario, het terugvalpreventieplan, netwerkberaden/netwerkgesprekken en familiegesprekken. Dit betreft maatwerk waarin gekeken wordt wie wat moet weten om de rol als risicosignaleerder goed te kunnen uitvoeren. Een risicosignalerende rol is echter niet vanzelfsprekend; dit hangt onder meer af van het inzicht van het sociaal netwerk en de mate waarin er overeenstemming is tussen patiënt en het sociaal netwerk omtrent toestemming om aan de bel te mogen trekken.

In de focusgroepen kwam naar voren dat risicosignalering in principe gezien wordt als een eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het sociaal netwerk kan hierbij ondersteunen. In de praktijk gebeurt dit door het positief levensplan en het terugvalpreventieplan te presenteren aan het sociaal netwerk. Het betekent ook balanceren tussen het betrekken en beschermen van het sociaal netwerk. Het sociaal netwerk moet soms juist ook ontzorgd worden. Bijvoorbeeld wanneer het sociaal netwerk veel heeft moeten dragen.

Alle betrokken klinieken geven psycho-educatie aan het sociaal netwerk over de problematiek, het leerproces en de vroegsignalering van de patiënt. Voorwaarde is dat de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven.

Familie- en/ netwerkgesprekken / netwerkberaden

In de focusgroepen kwam naar voren dat participerende klinieken regelmatig (om de 3 maanden) familiegesprekken organiseren. Men vindt het belangrijk het sociaal netwerk ook in de kliniek te ontvangen zodat zij ook een beeld hebben van de leefwereld van de patiënt in de kliniek. Bij deze familiegesprekken worden naasten uitgenodigd om hun inbreng te geven op de behandeling. Die inbreng wordt meegenomen naar de behandelplanbespreking.

Een patiënt benoemt de wens dat de netwerkbijeenkomst plaats zou moeten vinden vóór de behandelplanbespreking, in plaats van andersom. Zo zou het sociaal netwerk echt kunnen meedenken in het behandelplan

Best Practices:

- Plan voldoende tijd in om met het sociaal netwerk in gesprek te gaan. Het is niet erg dat het tijdens het eerste huisbezoek alleen maar over voorgaande behandelingen gaat. In een vervolgesprek kan er naar de toekomst gekeken worden: Wat heeft het sociaal netwerk gemist en wat vinden zij nu belangrijk? Maar ook; duidelijkheid scheppen, doelen bepalen en hier concrete afspraken over maken.
- Plan structureel telefonisch contact of een familiegesprek in om ook in rustige en stabiele periodes contact te hebben.

3.3 Ruis in de communicatie

Ruis tussen sociaal netwerk en kliniek

Er kan ruis ontstaan in de communicatie tussen het sociaal netwerk en de kliniek. De Forensisch Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker ziet hierin een taak om uitleg te geven aan het sociaal netwerk over bepaald gedrag van de patiënt binnen de context van de behandeling in de kliniek. Deze uitleg gaat over hoe het sociaal netwerk het gedrag van de patiënt kan duiden. Hierdoor wordt gewerkt aan herstel van de patiënt en herstel van het sociaal netwerk.

Een patiënt vertelde hierover in het kader van de overgang van de Penitentiare Inrichting (PI) naar de kliniek waar hij terecht kwam:

‘In de PI werd er op een gegeven moment alleen nog maar over koetjes en kalfjes gesproken. De delictanalyses waren besproken en allerlei andere dingen die van toepassing zijn. En hier moet je toch weer opnieuw beginnen. Dat was schakelen want wij hebben in de PI natuurlijk al wel wat gedaan. Maar hier moet goed opnieuw

gecontroleerd worden, dingen moeten goed besproken worden, dubbel gecheckt worden. En dan wordt je soms ongeduldig en gaan in mijn emotionele beleving sommige boodschappen verloren. Dan wordt mijn familie bijvoorbeeld boos op de kliniek en/of mijn netwerkbegeleider. Mijn netwerkbegeleider komt er dan tussen om uit te leggen dat dit niet is wat wij bedoelen. Gelukkig gaat het de laatste tijd een stuk beter. Wat hierin heeft geholpen is dat er gesprekken zijn ingelast waarbij mijn netwerk, ik, mijn netwerkbegeleider, hoofdbehandelaar en andere disciplines met elkaar spraken over de ruis. Netwerkbegeleider geeft aan dat er wrijvingen waren die bespreekbaar gemaakt moesten worden. Deze ruis heeft invloed op de betrekking. Die moet je eerst weer goed krijgen om je vervolgens weer te kunnen richten op de inhoud'.

Ruis in de communicatie tussen patiënt en het sociaal netwerk

In de interviews zijn verschillende thema's die ruis kunnen veroorzaken (zoals schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, rouw, ruzie en levend verlies) voorgelegd aan de Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars en de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers. De Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars signaleren, aanvullend op de Forensisch Netwerkbegeleider of Maatschappelijk Werker, aandachtspunten binnen het sociaal netwerk waar aandacht voor moet zijn. Het belang van aandacht hebben voor een emotioneel belast sociaal netwerk wordt door meerdere respondenten benoemd. Het sociaal netwerk hierin ondersteunen (een luisterend oor, ontzorgen) is belangrijk. Het vraagt ruimte, tijd en begrip, om te luisteren en indien gewenst het sociaal netwerk te ontschuldigen. Indien er meer nodig is dan wat de kliniek kan bieden, wordt doorverwezen naar hulpverlening voor het sociaal netwerk buiten de kliniek.

Aan de patiënten is in brede zin gevraagd waar zij over spreken met de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker ten aanzien van thema's die ruis geven in het contact. Patiënten benoemen de volgende onderwerpen waarover zij in gesprek gaan: het bespreken van de kwaliteit van sociale contacten vroeger en nu, contactherstel (bijv. met broer en zus), omgaan met verlies van sociaal netwerkliden (rouw / levend verlies), schaamte, invulling vaderrol, en het sociaal netwerk niet teveel willen belasten.

In deze paragraaf worden bevindingen per thema (schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, rouw, ruzie en levend verlies) uitgewerkt.

Schuld

Alle respondenten hebben in hun werk aandacht voor het thema schuld. Schuld kan spelen bij zowel de patiënt als het sociaal netwerk. Als schuldgevoelens van bijvoorbeeld ouders belemmerend zijn voor de behandeling van de patiënt, wordt dit met hen besproken door de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker. Deze brengt betrokkenen samen en maakt schuldgevoelens bespreekbaar. Het komt voor dat de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker het sociaal netwerk moet begrenzen, bijvoorbeeld bij overcompenserend gedrag ontstaan vanuit schuld. Ouders van een patiënt

nemen bijvoorbeeld vanuit schuldgevoel taken over van de patiënt, zoals het regelen van de financiën, terwijl het creëren van zelfstandigheid een belangrijk behandeldoel is. Het is dan nodig dat het sociaal netwerk, in dit geval de ouders, een stap terug doen. De Forensisch Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker heeft hier een faciliterende rol in.

Een aantal patiënten benoemen schuld als groot thema in hun leven ten aanzien van slachtoffers en nabestaanden. Eén patiënt geeft aan te ervaren dat diens sociaal netwerk zich schuldig kan voelen wanneer zij positieve dingen delen uit hun eigen leven met de patiënt. Deze patiënt geeft aan het juist fijn te vinden dit te horen terwijl het sociaal netwerk dit juist achterwege laat in de gesprekken.

Schaamte

Schaamte is een herkenbaar thema voor meerdere respondenten. Ouders schamen zich vaak voor het delict van hun kind. Schaamte kan leiden tot druk ten aanzien van verlof. Het sociaal netwerk wil bijvoorbeeld dat de patiënt bij familiegelegenheden is zodat iemand voor de omgeving in beeld blijft. Het culturele aspect, bijvoorbeeld wonen in een (klein) dorp en de invloed van een (grote) mediazaak worden hierbij als belemmerend genoemd. Het thema schaamte is volgens respondenten nauw verbonden aan het thema stigma. Forensisch Netwerkbegleiters / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als hun taak om schaamte bespreekbaar te maken en op ervaringen door te vragen. Hierbij is het van belang gevoelens te erkennen en een sfeer te creëren waar het sociaal netwerk hun verhaal en dilemma's op tafel kunnen leggen. Forensisch Netwerkbegleiters / Forensisch Maatschappelijk Werkers moedigen de patiënt en het sociaal netwerk aan om open en eerlijk het gesprek met elkaar aan te gaan over schaamte. Dit geldt niet alleen voor het gesprek tussen de patiënt en het sociaal netwerk maar ook voor sociaal netwerkliden onderling.

Meerdere patiënten benoemen het thema schaamte. Schaamte over het delict, schaamte over de moeizame resocialisatie of schaamte over hoeveel het sociaal netwerk al heeft gedaan. Patiënten houden daarom soms bewust hun sociale kring klein. Dit kan resulteren in een grotere afstand tussen de patiënt en zijn of haar sociaal netwerk. De rol van de Forensisch Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker zien zij hierin als belangrijk in het omgaan met deze schaamte.

Stigma

Uit de interviews blijkt dat stigma niet zozeer een rol speelt tussen patiënt en het sociaal netwerk, maar meer richting de buitenwereld. Ook hierin is het culturele aspect belangrijk. Een respondent geeft als voorbeeld dat het sociaal netwerk de patiënt niet ziek vindt maar van mening is dat de patiënt bijvoorbeeld last heeft van geesten en de invloed van voorouders. Forensisch Netwerkbegleiters / Forensisch Maatschappelijk Werkers benoemen emoties en gevoelens rondom stigma en geven psycho-educatie. Ingaan op stigma vanuit de omgeving van de patiënt en het sociaal netwerk is helpend voor patiënten die zich hiervoor schamen en daardoor bijvoorbeeld hun sociaal netwerk niet betrekken.

Trauma

Meerdere Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars benoemen dat trauma vaak een grote rol speelt. Vaak betreft het vroegkinderlijk trauma waarin het sociaal netwerk ook een rol heeft. Loyaliteit is een belangrijk thema binnen dit proces. Het is belangrijk dit te bespreken met de patiënt en het sociaal netwerk, bijvoorbeeld tijdens een netwerkgesprek/netwerkberaad. Als leden van het sociale netwerk te maken hebben met trauma, wordt regelmatig doorverwezen naar de huisarts voor een verwijzing naar eigen hulpverlening.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zijn alert op het signaleren van trauma's in het sociaal netwerk. Intergenerationele overdracht wordt inzichtelijk gemaakt, bijvoorbeeld door middel van een Genogram. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als hun taak trauma's te benoemen en het sociaal netwerk te adviseren hulp voor zichzelf in te schakelen zoals gezinstherapie. Als het trauma met de patiënt te maken heeft kan dit meestal wel binnen de behandeling opgepakt worden, bijvoorbeeld met hulp van systeemtherapeuten. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker benoemt dat de timing van het bespreekbaar maken van trauma spannend kan zijn, bijvoorbeeld vanwege geheimen in het sociaal netwerk. Problematiek rondom incest is bijvoorbeeld vaak onbespreekbaar gemaakt. Hieromtrent kan veel loskomen gedurende de behandeling. Dit vraagt om sensitiviteit in het handelen van de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers. Eén respondent zegt hierover: *'Soms werken gesprekken van die dag door, bijvoorbeeld wanneer seksueel misbruik ter sprake is gekomen in gesprek met het sociaal netwerk. Dat ze dan bijvoorbeeld in de avond bellen. Dan moet je beschikbaar zijn en hierin ben ik flexibel'*.

Patiënten zien het thema trauma als iets wat meer met psychotherapeuten besproken wordt dan met hun Forensisch Netwerkbegeleider/Forensisch Maatschappelijk Werken. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensische Maatschappelijk Werkers zien gezinstrauma's juist iets wat plek moet hebben in het gesprek met de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensische Maatschappelijk Werkers. Dit om op basis daarvan vervolgkeuzes te kunnen maken.

Best practice:

- Het opstellen van een levenslijn en/of een Genogram helpt om trauma's en de rol van erfelijkheid in beeld te krijgen. In een levenslijn teken je een lange lijn waarin je de achtergrond van de patiënt in kaart brengt door belangrijke gebeurtenissen te markeren. Hierdoor worden problemen zichtbaar, maar ook de context waar binnen deze hebben plaatsgevonden. Het geeft inzicht in hoe, wanneer en in welke omstandigheden problemen zijn ontstaan.
- Een Genogram biedt de mogelijkheid om de familie van de patiënt visueel in kaart te brengen. Dit gebeurt in de vorm van een stamboom welke bestaat uit drie of vier generaties. De aard en de kwaliteit van de relaties staan centraal. Het Genogram geeft de mogelijkheid om belangrijke familiegebeurtenissen zoals sterfgevallen, verhuizingen en verbroken contacten op te nemen (Kruijswijk et al., 2014).

Meer lezen over verschillende tools? Zie hoofdstuk 13 'Het betrekken van het sociaal netwerk' in het boek Werken in gedwongen kader, ISBN 9789085602675. Zie ook: [Het betrekken van het sociale netwerk / Werken in Gedwongen Kader](#)

Trots

Professionals benoemen twee kanten van trots. Enerzijds is er positieve trots, wat invloed heeft op veerkracht en gevalideerd kan worden met complimenten. Bijvoorbeeld een patiënt al een week drugsvrij is complimenteer je. En je complimenteert het sociaal netwerk ook dat het hun zoon is gelukt om zich in te zetten voor de behandeling. Anderzijds is er ook trots wat belemmerend werkt. Bijvoorbeeld patiënten wiens trots het in de weg staat om hun sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling. Wanneer trots het herstel van de patiënt in de weg zit wordt dit in een netwerkgesprek/netwerkberaad of behandelplanbespreking besproken. Als het sociaal netwerk trotsgevoelig is, overwegen Forensisch Netwerkbegeleider/Forensisch Maatschappelijk Werker en Hoofd Behandeling / Hoofdbehandelaar samen hoe zij de juiste aansluiting kunnen maken en hoe zij het sociaal netwerk aan tafel kunnen krijgen.

Voor sommige patiënten is het thema trots confronterend als gevolg van een laag zelfbeeld. Een patiënt zegt hierover:

Trots ben ik sowieso nooit. Ik zit in een lastige periode waarin ik dit met de psycholoog aan het bespreken ben. Accepteren zoals je bent, daar heb ik mijn handen vol aan. Ik zit vol schaamte naar mijn familie toe, over wat er is gebeurd, de moeizame resocialisatie en het traject, over het delict en hoeveel mijn netwerk voor me gedaan heeft. Dat is heel veel. En dat je je ouders teleurgesteld hebt.

Een belangrijk uitgangspunt is dat de patiënt méér is dan alleen een dader. Er is winst te behalen in de behandeling door te kijken naar wat goed gaat, waar de krachten van een patiënt liggen, waar hij of zij goed in is en waar hij of zij gevoelens van trots of voldoening uit haalt. Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars en Forensisch Netwerkbegeleiders/Forensisch Maatschappelijk Werkers doen dit door positieve punten of eigenschappen van de patiënt te benoemen en deze te valideren met complimenten.

Best practice

- Ten aanzien van positieve trots benoemen Forensisch Netwerkbegeleiders/Forensisch Maatschappelijk Werkers dat het goed is het sociaal netwerken de patiënt hier actief over te bevragen. Spreken ze hun trots ook weleens uit naar elkaar? Hierin kan het helpend zijn gebruik te maken van kennis over de narratieve systeemtherapie. Narratieve systeemtherapie richt zich op het herstructureren van het verhaal dat mensen over zichzelf vertellen. Het kent verschillende kernprincipes:
 - **Externaliseren** van de problemen wat zicht richt op dat een mens niet zijn problematiek *is* maar *heeft*. Bijvoorbeeld: 'Trauma's beïnvloeden jouw leven' in plaats van 'Je bent getraumatiseerd'.
 - **Herautoriseren** betekent dat mensen geholpen worden om alternatieve, vaak vergeten of onderdrukte verhalen over zichzelf te ontdekken en te versterken. Deze verhalen kunnen kracht, hoop en identiteit ondersteunen.
 - **Re-membering** gesprekken brengen belangrijke personen uit het leven van de patiënt naar voren die symbolisch opnieuw uitgenodigd worden in hun verhaal, om steunende relaties te versterken.
 - **Definitiecerende ceremonieën** zijn rituelen waarbij anderen getuige zijn van het nieuwe verhaal van de patiënt. Dit helpt bij het verankeren van de nieuwe identiteit.
 - **Unieke uitkomsten** gaat over dat de professional de patiënt helpt momenten te herkennen waarop ze zich niet door het probleem lieten bepalen. Deze momenten vormen de nieuwe basis voor verhalen.
 - **Scaffolding gesprekken** gaat over het structureren van gesprekken wat patiënten helpt om stap voor stap hun verhaal te verdiepen en te versterken.

Meer lezen? Zie het boek Maps of Narrative Practice van Michael White (2007)

Taboe

Taboes bestaan vaak ten aanzien van zeden, zoals pedoseksualiteit binnen het sociaal netwerk, en familiair geweld. Het belang van onbesproken zaken boven tafel krijgen en taboes openbreken wordt door alle professionals benadrukt. Meerdere Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als hun taak om stil te staan bij lijden in het sociaal netwerk. Zonder dit te willen oplossen. Het betekent ruimte geven, luisteren en

erkennen. Welke invloed had het delict op hun leven? Is er bijvoorbeeld nog boosheid, walging en/of verdriet? Indien wenselijk kan er doorverwezen worden naar passende hulp.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers merken op dat het met name bij bepaalde culturen extra ingewikkeld kan zijn. Taboes kunnen van invloed zijn op de risicosignalerende rol van het sociaal netwerk. Als het sociaal netwerk ergens niet over wil spreken, bijvoorbeeld als gevolg van de cultuur, bespreekt de Forensisch Netwerkbegeleider/Forensisch Maatschappelijk Werker dat met het behandelteam. Als dit verder geen risico vormt voor het contact, kan de Forensisch Netwerkbegeleider/Forensisch Maatschappelijk Werker ervoor kiezen het zo te laten en de wensen van het sociaal netwerk hieromtrent te accepteren. Soms weegt de veiligheid zwaarder dan de cultuur/religie en moet het taboe toch doorbroken worden.

Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker benoemt dat het bijwonen van een [cultureel interview](#) inzicht geeft.

Best practice:

- De taal waarin de boodschap wordt overgebracht kan helpend zijn wanneer de patiënt en/of het sociaal netwerk bijvoorbeeld het delict of de psychiatrische kwetsbaarheid ontkent. Als de patiënt het delict ontkent, hem of haar leren hoe dit op een passende manier naar het sociaal netwerk gecommuniceerd kan worden. Bijvoorbeeld met de woorden: *'Ik heb het niet gedaan maar ben er wel voor veroordeeld'*. Of bij ontkenning van de psychotische kwetsbaarheid: *'Ik ben niet psychotisch maar ben wel opgenomen op een afdeling met mensen met een psychotische stoornis'*.

Ruzie

Het thema ruzie heeft volgens patiënten betrekking op discussies met sociaal netwerkleden die uitgepraat worden. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker ziet zichzelf als belangrijke schakel in het omgaan met ruzies tussen patiënt en het sociaal netwerk. Dit kan gaan over ruzies in het heden en in het verleden waarbij het vaak gaat om ruzies in partner- en familierelaties. Ruzies worden (in retrospectief) besproken. Vaak gaat dit over het delict, ziekte en/of dingen die men is kwijtgeraakt. De Forensisch Netwerkbegeleider/Forensisch Maatschappelijk Werker probeert patronen op tafel te krijgen en hier beweging in te krijgen. Beperkt inzicht bij patiënt of het sociaal netwerk kan hierin een belemmering zijn.

Ook kan er boosheid zijn vanuit het sociaal netwerk richting de kliniek waarbij de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker optreedt als bemiddelaar. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker zegt hierover:

Maak die ruzie maar met mij, dan kan ik je wel uitleggen hoe het zit. Leg het niet bij de patiënt neer. Die wordt al genoeg belast met strijd. Als ik als Forensisch Netwerkbegeleider /

Forensisch Maatschappelijk Werker goed contact heb met het sociaal netwerk, dan raak je al veel van de strijd kwijt. Ik ben ook een soort bemiddelaar. Een patiënt waar ik me zorgen over maakte heeft gisteren dwangmedicatie gehad. Ik kreeg een telefoontje van het sociaal netwerk dat hij met tien man platgespoten is. Ik ga er naar toe waarbij de patiënt zegt dat hij goed heeft meegewerkt. Ik confronteer de patiënt dan wel ermee dat hij een wat ander verhaal aan zijn netwerk heeft verteld dan hoe het is gegaan.

Het sociaal netwerk kan onenigheid bij de Forensisch Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker neerleggen in plaats van bij de patiënt. De Forensisch Netwerkbegleiter/Forensisch Maatschappelijk Werker kan dan uitleg geven, ook als spreekbuis vanuit het behandelteam. Zo kan de patiënt worden ontzien. Het volgende voorbeeld werd gedeeld:

Een patiënt kwam naar mij toe en vertelde dat zijn zus zo boos is. Ik bied aan om te bellen, de angel eruit te halen. Vaak is het onbegrip, niet goed weten hoe het zit en zorgen hebben over een zoon/broer. Dan geef ik uitleg over de interventies die we hebben gepleegd. Dan is het weg en dat helpt de patiënt.

Best practice

- Maak bij ruzies gebruik van bestaande kennis en theoretische modellen zoals de Gehechtheidstheorie en de Kwetsbaarheidskring in gedrag: Je zegt nu dit, hoe komt dat bij jou over? En wat is het onderliggende gevoel? En hoe reageert de ander hierop? Dat probeer je uit te pluizen. Vaak wordt er alleen maar gereageerd op gedrag. Terwijl een opmerking die je raakt gaat over het intieme gesprek wat je eigenlijk zou moeten voeren. Het gevoel uitleggen waardoor de ander anders kan reageren in plaats van in de valkuil stappen waardoor verwijdering ontstaat.
- Ben je als professional bewust dat wat er gebeurt tussen de patiënt en het sociaal netwerk van invloed is op de relatie tussen de patiënt en de kliniek én tussen de kliniek en het sociaal netwerk.

Rouw / Levend Verlies

Rouw en levend verlies spelen volgens respondenten zowel een rol bij het sociaal netwerk als bij de patiënt. Bijvoorbeeld bij verlies van toekomstperspectief bij oudere patiënten en het verlies van toekomstperspectief vanuit ouders over hun kind. Forensisch Netwerkbegleiters/Forensisch Maatschappelijk Werkers benoemen hierbij het belang van goede communicatie met ouders over hoop en verwachtingen. Ouders overschatten soms de draagkracht van de patiënt. Een Forensisch Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker zegt hierover:

Bijvoorbeeld een jonge patiënt die ooit op de universiteit is gestart maar door zijn psychotische kwetsbaarheid dit niet meer aankan. De patiënt wil loyaal blijven aan zijn

ouders en hen niet teleurstellen. Vaardigheidstrainingen kunnen patiënten helpen om verwachtingen los te laten en dichterbij hun eigen mogelijkheden te komen. Als patiënten daarin gevorderd zijn brengt de Forensisch Netwerkbegeleider/Forensisch Maatschappelijk Werker het sociaal netwerk bij elkaar en ondersteunt de patiënt dit uit te leggen aan het sociaal netwerk.

Rouw en levend verlies kent ook een culturele invloed. Bijvoorbeeld ten aanzien van verwachtingen van het sociaal netwerk voor de toekomst van de patiënt. De oudste zoon uit een islamitisch gezin kan bijvoorbeeld geen gezin stichten vanwege zijn psychiatrische kwetsbaarheid. De familie van deze patiënt accepteert dit niet. De rol van Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker hierin is: erkennen, luisteren en het geven van psycho-educatie.

Er kan ook sprake zijn van rouw als gevolg van geen sociaal netwerk meer hebben, sterfgevallen in het sociaal netwerk of demografisch op grote afstand zitten van het sociaal netwerk. Een patiënt vertelde naar aanleiding van het overlijden van zijn moeder: *Het was van grote waarde dat mijn netwerkbegeleidster mee is gegaan naar de uitvaart van mijn moeder.*

In een gesprek met een respondent waarin gesproken werd over de rol van broers en zussen van de patiënt ten aanzien van rouw en levend verlies werd benoemd dat zij ook rouw en levend verlies kunnen ervaren. Dit vanwege het feit dat hun jeugd al in het teken stond van de zorgen rondom hun broer/zus en zij niet volledig kind hebben kunnen zijn. De rol van hierin van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker is het creëren van bewustwording bij de patiënt.

Best practice

- Sommige patiënten hebben geen sociaal netwerk. Er zijn verschillende manieren om nieuwe sociale contacten aan te gaan. Binnen de Van der Hoeven Kliniek wordt bijvoorbeeld ervaring opgedaan met 'Huisdier op de Voorde' waarin vrijwilligers met hun hond een patiënt bezoeken en er vanuit hier contact is. Ook kan een mentor of curator worden ingeschakeld zodat er iemand buiten de kliniek meedenkt bij de behandeling.

3.4 Invloed van opvattingen / overtuigingen (attitude) professional

In de interviews benoemen de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers regelmatig dat er vanuit vertrouwen wordt gewerkt met de patiënt en diens sociaal netwerk tot het tegendeel bewezen is. Forensisch Netwerkbegeleiders/Forensisch Maatschappelijk Werkers houden elkaar onderling scherp op het 'niet teveel ingezogen raken' in het sociaal netwerk. Dit gebeurt tijdens casuïstiekbesprekingen waarin Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers elkaar bevragen en adviseren.

In de focusgroep werd de wens van een patiënt besproken om al vóór de behandelplanbespreking met het sociaal netwerk hierover in gesprek te gaan. Over het algemeen wordt de inhoud van het behandelplan besproken in het netwerkgesprek/netwerkberaad. Het perspectief van het sociaal netwerk wordt desgewenst wel meegenomen naar de behandelplanbespreking.

Systemische bril

In het boek Systemisch Werken, een relationeel kompas voor hulpverleners geven Savenije et al. (2018) aan de hand van tien belangrijke uitgangspunten uit de systeemtheorie weer hoe de 'systemische bril' eruit ziet. Deze tien uitgangspunten zijn aan alle geïnterviewde professionals voorgelegd met het doel inzicht te krijgen in hoe zij het sociaal netwerk betrekken in de dagelijkse werkp praktijk en welke attitudes hierbij een rol spelen. Hieronder vatten wij de resultaten samen per uitgangspunt.

Ik ga met de patiënt in gesprek over diens gedrag in de verschillende leefwerelden (contexten) van de patiënt (Contextualiseren).

Alle Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars zien deze manier van kijken als onderdeel van hun werk. Omdat zij niet alle patiënten even vaak spreken, ligt dit aspect echter volgens hen meer bij andere disciplines zoals de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker en de groepsleiding.

Voor Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers is contextualiseren iets dat zij in hun dagelijkse werkp praktijk regelmatig doen. Patiënten hebben soms geen oog voor de leefwereld van de familie omdat zij lange tijd los zijn geweest van het maatschappelijk leven. Een patiënt doet bijvoorbeeld een beroep op een zus die zelf een druk leven heeft met eigen problemen en uitdagingen. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker haalt in het gesprek met de patiënt de leefwereld als context van deze zus naar voren om zo de patiënt inzicht te geven in de belastbaarheid van deze zus. Daarnaast kan positief gedrag van de patiënt in een andere context reden zijn om positief gedrag te waarderen (zie onderstaande best practice):

Best practice:

- Heb oog voor de verschillende leefwerelden waar de patiënt zich in begeeft.
- *Ik belde met de kinderen van de overleden broer van een patiënt die heel veel problemen heeft in de kliniek. Van deze kinderen hoorde ik dat de patiënt super zorgzaam en beschermend is naar hen toe. En dan zeg ik tegen de patiënt: Wat goed dat je er zo voor ze bent, dat je ervoor zorgt dat ze op het rechte pad blijven.*

Ik denk hierin in samenhangen (dat meerdere contexten/invloeden meespelen in het verklaren van gedrag, gevoelens en ervaringen).

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars denken bewust in samenhangen, bijvoorbeeld ten behoeve van Transdiagnostisch onderzoek. Het gaat hierbij om de samenhang van gedrag, gevoelens en emoties met zowel het heden als het verleden, bijvoorbeeld ten aanzien van de rol van de patiënt in het gezin van herkomst. Wanneer een zus altijd bepaalde wat de patiënt moest doen, in hoeverre voelt de patiënt dit nog terug in het contact met zijn zus?

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zijn er altijd alert op dat patiënten en het sociaal netwerk verschillend gedrag kunnen laten zien in verschillende contexten. Door gesprekken te faciliteren tussen patiënten en sociaal netwerkliden worden contexten met elkaar in verbinding gebracht. Een andere belangrijke taak is verschillende contexten van de patiënten in beeld brengen tijdens gesprekken met andere disciplines, zoals groepsleiding. Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker zegt hierover:

Er was een bezorgde moeder van een patiënt die dagelijks belde met de afdeling en veel vragen stelde. Deze moeder werd door de groepsleiding irritant gevonden terwijl deze moeder bezorgd was om haar kind. Ik zie het als mijn taak uitleg te geven aan de groepsleiding over wat ik zie gebeuren en het gedrag van moeder te verklaren om verdere wrijving/ruis te voorkomen.

Ik ben mij bewust van de invloed van mijn ideeën, opvattingen en/of uitingen op de patiënt en het sociaal netwerk.

Meerdere Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars zijn zich hier bewust van en maken soms bewust bespreekbaar dat de kliniek anders kijkt dan het sociaal netwerk. Hierbij wordt de invloed van niet-westerse culturen genoemd, bijvoorbeeld ten aanzien van hoe er gekeken wordt naar 'psychisch ziek' zijn.

Ook de rol van trauma wordt benoemd en het belang van het sociaal netwerk blijven betrekken: Ouders hebben het geprobeerd goed te doen, door dit uit te spreken valideer je ouders. Er kan sprake zijn van geen liefde maar wel loyaliteit. Eén respondent zegt hierover: *'Een patiënt kan geen liefde hebben ervaren maar is er wel loyaliteit richting zijn ouders. Sommige patiënten weten niet anders'*. Patiënten uitleg geven over hun ongezonde ontwikkeling is daarin helpend.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als hun taak om binnen de kliniek bewustwording te creëren dat een patiënt en diens sociaal netwerk ook een leven hiervoor hebben gehad. Door collega's bijvoorbeeld te wijzen op het feit dat gedrag altijd ergens vandaan komt. Eén van hen zegt hierover:

Ik zie mijn rol daarin ook om de bewustwording ervan te creëren bij collega's. Bij de groepsleiding bijvoorbeeld. Die zijn zo druk met het hier en nu, het contact met de patiënt. Mijn rol is om hen soms wakker te schudden, patiënt heeft ook een leven hiervoor gehad. Er staat ook een systeem omheen. Een moeder kan bijvoorbeeld heel irritant zijn, maar het is wel zijn moeder. We moeten wel hele zwaarwegende redenen om dit contact te verbieden. Mijn rol is die bewustwording creëren.

Zij zijn zich sterk bewust van de invloed van eigen ideeën, opvattingen en/of uitgingen op de patiënt en het sociaal netwerk. Een respondent wijst op het belang van onderwijs:

Je bent eigenlijk continue aan het reflecteren. Is dit risicovol gedrag of irritant gedrag, waarom triggert dit mij? Er zou wat dat betreft op de opleiding veel eerder gestart moeten worden met supervisie in plaats van in het derde jaar.

Best practice:

- Het is belangrijk dat je je als professional bewust bent van het feit of gedrag enkel irritant of daadwerkelijk risicoverhogend is. Om vervolgens jezelf de vraag te stellen wat dit over jou zegt. Hiervoor is het belangrijk om als professional ruimte te hebben/krijgen voor intervisie/supervisie.

Ik verrijk met de patiënt diens levensverhaal door de patiënt vanuit andere perspectieven te laten vertellen (circulaire vragen).

Meerdere Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars proberen patiënten inzicht te geven in de verschillende perspectieven door gesprekken te voeren waarbij zij een ervaring op een andere manier proberen te belichten (als een soort mediator/bruggenbouwer). Twee respondenten benoemen dat dit meer iets is voor de systeemtherapeut.

Alle Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers herkennen zich in het verrijken van het levensverhaal van de patiënt. Zij vragen de patiënt om de situatie vanuit iemand uit het sociaal netwerk te bezien: wat zou die denken of zeggen? (*circulaire vragen*). Om ook zicht in wederkerigheid te krijgen: patiënt vraagt bijvoorbeeld eerlijkheid vanuit zijn partner, dan is het ook belangrijk dat hij zelf eerlijk is.

Best Practice:

- Een Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker stelt tijdens een netwerkbijeenkomst de vraag aan het sociaal netwerk: Wie heeft hier nou het meest last van gehad? Het sociaal netwerk denkt hier gezamenlijk hardop over na wat helpend is, in het leren kennen van elkaars perspectieven.

Het lukt mij meerzijdig partijdig te zijn.

De meeste Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars herkennen het meerzijdig partijdig zijn in hun dagelijkse werkpraktijk. Meerzijdige partijdigheid is inherent aan hun functie waarin er verschillende partijen en belangen een rol spelen. De hoofdbehandelaar gaat met meerdere sociaal netwerkleden in gesprek en kiest niet voor een bepaald persoon. Uitgangspunt is dat er begrip is voor alle betrokkenen. De hoofdbehandelaar probeert alle perspectieven bij elkaar te brengen, begrip te tonen en uitleg te geven. In systeemtherapie en in het werk van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker komt dit nog sterker naar voren.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers geven aan dat zij constant meerzijdig partijdig moeten zijn. Dit wordt als een belangrijke taak ervaren en wordt soms als een uitdaging ervaren. Niet ieder sociaal netwerklid is bijvoorbeeld even mondig. Over het algemeen geldt dat hoe meer mensen er betrokken zijn, hoe moeilijker het is om meerzijdig partijdig te zijn. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers worden weleens heen en weer geslingerd tussen de belangen van de patiënt, het sociaal netwerk en de behandelaren. In onderling overleg toetsen zij regelmatig bij elkaar in hoeverre het lukt om meerzijdig partijdig te zijn. Valkuilen zijn onder andere 'voor het karretje gespannen worden' en gemanipuleerd worden.

Het zich bewegen tussen de verschillende belangen van kliniek, patiënt en sociaal netwerk geeft een enkele professional, met de taak het sociaal netwerk te begeleiden, weleens het gevoel er alleen voor te staan. Een andere respondent benoemt juist dat dit onderdeel is van de rol t.a.v. meerzijdig partijdig zijn, waarin je meerstemmigheid toelaat maar onderaan de streep altijd uitdraagt wat het multidisciplinaire behandelteam.

Ik ben mij ervan bewust dat relaties aan verandering onderhevig zijn.

Alle respondenten beamen dit. Nieuw gedrag oefenen is onderdeel van de behandeling. Juist omdat de patiënt verandert door de behandeling moet het netwerk dit ook mee ervaren. Dit kan spanning opleveren: soms verandert de patiënt sterk maar blijft het netwerk hetzelfde. Een patiënt zegt hierover: *'Ik ga terug naar dat huis, daar komen gevoelens van vroeger terug. Maar ik ben verder, en mijn netwerk niet'*. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als een belangrijke taak om het sociaal netwerk mee te nemen in de veranderingen die de patiënt doormaakt.

Ik focus mij op steunbronnen (familie, vrienden, werk) omdat dit inzicht geeft in wat beschermend en ondersteunend werkt.

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars focussen zich name op sociaal netwerkleden die steunend en beschermend zijn. Voor patiënten is nieuwe steunende sociaal netwerkleden verkrijgen vaak moeilijk. Daarbij is het belangrijk: richten op wat er wél goed gaat, al zijn het kleine dingen. Aanhaken bij krachten, zo snel mogelijk in het behandeltraject. Vanuit competentiegericht werken moeten ontwikkelingstaken en vaardigheden in evenwicht blijven met risicofactoren en steunbronnen.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers ervaren het als hun taak om zich te focussen op wat goed gaat en helpend is in relatie tot het sociaal netwerk. Ook in het geval er geen sociaal netwerk is: de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker luistert, is nieuwsgierig, vraagt door, is onbevooroordeeld, neemt een niet-wetende positie in:

Heeft iemand écht niemand meer omdat iedereen dood is of er is er afstand genomen door het sociaal netwerk of heeft de patiënt afstand genomen? De patiënt had wel netwerk maar had er geen contact meer mee. Je moet goed luisteren, nieuwsgierig zijn, doorvragen, onbevooroordeeld zijn en de niet-wetende-positie innemen.

Ik zet het sociaal netwerk van de patiënt in ter vergroting van de veerkracht van de patiënt.

Meerdere Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars benoemen dat het oefenen van nieuw gedrag kan bijdragen aan veerkracht bij zowel de patiënt als bij het sociaal netwerk. Hierin ontstaat wederkerigheid. Aandacht voor zingeving (betekenisgeving) is hierin belangrijk. Een bekende valkuil is het ontstaan van eenrichtingsverkeer tussen het sociaal netwerk en de patiënt waarin het sociaal netwerk geeft en de patiënt ontvangt. De patiënt mag namelijk óók weer wat gaan betekenen voor diens sociaal netwerk waardoor er wederkerigheid ontstaat. Eén respondent vertelt over een patiënt en diens moeder:

Bijvoorbeeld, gisteren was een patiënt jarig tijdens het netwerkberaad, dat was mooi. Zo kon de moeder toch even zingen voor haar zoon, en zoon had een cake gebakken op de afdeling. Dat vind ik hele positieve punten. Het geeft doorzettingsvermogen, ze willen er samen aan werken om het contact beter te krijgen ondanks alle problemen.

Bij positieve invloed van het contact wordt het verlof gestimuleerd. Een kritisch punt wat door een Hoofd Behandeling / Hoofdbehandelaar gedeeld wordt is dat het sociaal netwerk het sociaal netwerk moet blijven, en geen forensische taak moet overnemen. Een andere respondent geeft aan dat als sociaal netwerk minder ondersteunend/beschermend is en de relatie stand houdt vanuit een loyaliteitsgevoel dat het dan juist een appél op de veerkracht doet:

Dan heb je bijvoorbeeld een moeder die steeds de patiënt (haar zoon) belt met frustraties en spanningen. Deze moeder legt alles neer bij haar zoon. Zoon kan dit niet hebben.

Daarvan zeggen we dat het niet het probleem is van de patiënt maar van zijn moeder. De patiënt bevindt zich hier in een onmachtige positie. Soms proberen we dan ook om bepaalde contacten te vermijden. Maar waar enigszins contact mogelijk is en dan doen we dat zeker.

De Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers gaan zoals eerder beschreven in op wat er goed gaat naast het delict en de ziekte en hoe dat kan worden uitvergroot. Belangrijk uitgangspunt voor hen is het behouden van de verbinding tussen de patiënt en diens sociaal netwerk, ondanks dat er veel gebeurd is.

Ik zie de begeleiding aan de patiënt en het sociaal netwerk als co-constructie.

Savenije et al. (2018) stellen dat de professional verschillende perspectieven op het probleem betreft en deze in dialoog bespreekbaar maakt, zonder de expertrol op zich te nemen. Meerdere Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars vinden het belangrijk om hun expertrol flexibel in te zetten. Zij hebben hun forensische expertise, en deze expertise heeft het sociaal netwerk niet. Eén respondent benoemt dat het hun taak is om de perspectieven van het netwerk te verruimen zodat zij de problematiek rondom de patiënt beter begrijpen. Daarnaast heeft het sociaal netwerk hun eigen expertise, namelijk kennis over de patient. Erkennen van dit familie-inzicht is belangrijk en hiermee wordt gewerkt aan gelijkwaardigheid. Het streven naar een gelijkwaardige samenwerking met het sociaal netwerk brengt echter uitdagingen met zich mee, met name vanwege het gedwongen kader waarin de kliniek beslissingsbevoegdheid heeft. Alle Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers geven aan zorgvuldig om te gaan met het innemen van hun expertrol en zetten deze het liefst zo min mogelijk in. Ze benadrukken naast de patiënt en het sociaal netwerk te staan, in plaats van erboven.

Best practice:

- Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers erkennen de expertrol van sociaal netwerkliden. Het sociaal netwerk kent de patiënt al lang en heeft vaak veel meegemaakt met de patiënt. Hen erkennen in hun expertrol draagt bij aan het werken vanuit een zekere gelijkwaardigheid wat positief is voor de samenwerking. Een belangrijke basishouding van de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers is het sociaal netwerk als volwaardige gesprekspartner zien, ook als het contact moeizaam verloopt.

Ik moedig de patiënt aan om bij een negatieve invloed van het sociaal netwerk eigen keuzes te maken (autonomie) waardoor de patiënt beter bestand leert te zijn tegen deze negatieve beïnvloeding.

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars moedigen zowel de patiënt als het sociaal netwerk hierin aan. Enkele respondenten benoemen dat dit met voorzichtigheid gepaard gaat. Het liefst komt de patiënt zelf tot het inzicht dat contact niet helpend is. Daarbij is multidisciplinaire

afstemming belangrijk: Hoe kan het sociaal netwerk bewust gemaakt worden van de negatieve invloed? Of, hoe kan de patiënt gestimuleerd worden na te denken over in hoeverre de contacten prettig zijn? Zo kan hierin gezamenlijk opgetrokken worden.

Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers benoemen de negatieve invloed van het sociaal netwerk bij de patiënt en stimuleren de patiënt om zelf tot inzicht hieromtrent te komen. Zij moedigen patiënten aan eigen keuzes te maken t.a.v. negatieve invloeden vanuit het sociaal netwerk en vanuit medepatiënten die ook tot het sociaal netwerk kunnen gaan behoren.

Soms is aanmoedigen niet voldoende en wordt er ingegrepen, bijvoorbeeld door een contactverbod in te stellen. Ook het sociaal netwerk wordt door de Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers gestimuleerd om tot inzichten te komen over het belang van het niet negatief beïnvloeden van de patiënt. Soms betekent dat ook dat het sociaal netwerk gemotiveerd wordt de patiënt wat meer los te laten. Multidisciplinair samenwerken is hierin belangrijk omdat hierin meerdere perspectieven op tafel komen en er dan een gezamenlijk standpunt ingenomen kan worden.

Patiënten benoemen het aangeleerd krijgen van emotionele vaardigheden vanuit verschillende disciplines zoals de grens van de ander uitvragen, eigen grenzen herkennen en erkennen als belangrijk. Hierdoor leren zij rekening te houden met zichzelf en de ander.

Best Practices:

- Het inzicht geven aan de patiënt start al bij wanneer de patiënt een (nieuw) contact indient. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker bespreekt deze (nieuwe) contacten en kijkt naar de risico's hierin. De patiënt wordt vervolgens gestimuleerd zelf na te denken over wat Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker opmerkt in het contact:

Ik probeer de patiënt zelf te laten nadenken over iets wat ik opmerk in het contact. Wil je dit wel? Wil ik de keuze maken om met deze personen door te gaan? Of is het misschien verstandiger voor mij om... Je gaat het dan bewerken. Het komt niet vaak voor dat ik bezoek moet weigeren.

- Ten aanzien van iets zelf laten ervaren door de patiënt:

Er was een patiënt die de wens had een relatie te krijgen maar snel van slag is. Heel onzeker is. Dan is het zaak dit proces gedoseerd te begeleiden. Het team zei dat het kansloos was bij deze man. Aan de andere kant; dit is een menselijke behoefte en het hoort bij het leven. Laat hem er dan zelf maar tegenaan lopen. Dat is ook gebeurd. Hij kwam zelf tot de conclusie dat het veel te zwaar voor hem was, de spanning ontregelde hem bijna. Er stond een afspraakje gepland, ik zou meegaan maar zover is het niet eens gekomen. Hij heeft zelf de stekker eruit getrokken.

Spanningsveld hoge mate beveiliging en betrekken sociaal netwerk

Hoofden Behandeling / Hoofdbehandelaars geven aan soms wel wat meer speelruimte te willen hebben in het betrekken van het sociaal netwerk, maar dat dit niet altijd kan omdat de veiligheid nu eenmaal voorop staat. Het is balanceren tussen veiligheid en herstel, ruimte geven en op de rem trappen. Het betrekken van kinderen is vaak lastig. Kun je bijvoorbeeld kinderen op bezoek laten komen op een afdeling waar pedoseksuelen rondlopen? Dat is niet wenselijk. Dit spanningsveld wordt minder ervaren bij transmuraal werken.

Ook Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers ervaren dit spanningsveld. Het sociaal netwerk weet soms niet goed hoe het werkt in een tbs-kliniek en hebben verwachtingen die niet passen bij de regels in de kliniek. Wensen en verwachtingen van sociaal netwerkleden botsen soms met het gedwongen kader van de forensische zorg. Het sociaal netwerk verwacht bijvoorbeeld dat de patiënt aanwezig is bij familiegelegenheden, omdat de omgeving niet op de hoogte is van de tbs-maatregel. Op die manier wordt de indruk gewekt dat er geen sprake is van een dergelijke maatregel. Ervaring van professionals leert dat dit vaak dit te maken heeft met gevoelens als gevolg van schaamte en taboe waar aandacht voor dient te zijn.

Patiënten benoemen dat de regels behorend bij het hoge beveiligingsniveau ten aanzien van het contact met het sociaal netwerk wennen is. Deze regels kunnen belemmerend zijn in het contact.

In de focusgroepen is gesproken over het spanningsveld tussen beheersing en repressie. Dit is elke dag onderwerp van gesprek. Een deelnemer van de focusgroep zei hierover: *‘Wat we doen en wat we denken dat goed is staan soms ver van elkaar af’*. Dan moeten we samen op zoek naar het gezamenlijke doel. Zo benoemt een deelnemer het belang van een warm/prettig welkom heten wanneer het sociaal netwerk zich meldt bij de portier. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als hun taak portiers hierop te wijzen. Ten aanzien van balanceren tussen beheersgericht en herstelgericht werken wordt onderstaand voorbeeld gedeeld:

Een patiënt zou naar het afzwemmen van zijn dochter gaan maar dit mocht niet meer omdat hij zijn voorwaarden overtreden had. Zijn dochter kan er niets aan doen en wordt

in die zin gestraft voor iets wat haar vader heeft gedaan. Ze zal gaan afzwemmen, wat een bijzonder moment is, zonder de aanwezigheid van haar vader. Als Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker ga ik het gesprek in het behandelteam aan en pleit ik voor het belang van het kind. Met het resultaat dat hij toch, samen met mij, naar het afzwemmen is gegaan.

Best practice

- Als professionals binnen de kliniek blijven zoeken naar gezamenlijke doelen en belangen. Bijvoorbeeld door contact te hebben met de ontvangende portiers / beveiliging. Sociaal netwerk dat op bezoek komt kan ook door hen op een prettige/warme manier welkom geheten worden. Dat is niet alleen de raak van de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker.

4. Conclusies

In dit onderzoek is verkend hoe professionals in de forensische klinische zorg het sociaal netwerk van patiënten een positie geven in de behandeling.

Een online vragenlijst diende als globale verkenning, gevolgd door semigestructureerde interviews met vijf Hoofden Behandeling/Hoofdbehandelaars, vijf Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers en vijf patiënten. Twee focusgroepen verdiepten en verrijkten de resultaten. De geïntegreerde onderzoeksresultaten leverden 'best practices' op voor een handreiking met inspiratie voor de Forensische Zorg. Hieronder volgen de belangrijkste conclusies per deelvraag gevolgd door een algemene conclusie.

Deelconclusie 1: Hoe brengen professionals de aard en de kwaliteit van het sociaal netwerk van patiënten in kaart en hoe wordt dit vervolgens geduid en besproken met patiënten?

Het in kaart brengen van het sociaal netwerk gebeurt vroeg in het behandeltraject van de patiënt. Het uitgangspunt is dat de patiënt alle sociale contacten bespreekt met de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker. Bij voorkeur wordt er een huisbezoek afgelegd of wordt het sociaal netwerk uitgenodigd in de kliniek in een ruimte met een huiselijke sfeer. Het sociaal netwerk wordt op diverse manieren in kaart gebracht. Sommige professionals zouden hier graag meer uniformiteit in zien, wat bij zou kunnen dragen aan betere overdracht en het borgen van informatie in het EPD. Er wordt geen standaard netwerkinventarisatie-instrument gebruikt. Wanneer er wel voor een instrument gekozen wordt, wordt het Genogram het meest genoemd naast de netwerkkaart of een andere vorm van visueel maken van het sociaal netwerk. Narratief werken, waarin het verhaal wat de patiënt zelf vertelt het uitgangspunt vormt, wordt als belangrijk bevonden. Het dossier wordt hierbij als aanvulling gebruikt.

Er is aandacht voor risico's die het contact tussen patiënt en het sociaal netwerk met zich meebrengt. Hier is geen specifiek risicotaxatie-instrument voor. Er wordt een risico-inschatting ten aanzien van het sociaal netwerk gemaakt door de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker op basis van het dossier en ervaringen in het contact. Er wordt gesproken over kennismaken vanwege de negatieve connotatie van het woord screenen. Het betreft een beschrijvende inschatting van mogelijke risico's waarbij perspectieven vanuit verschillende disciplines binnen de kliniek samen worden gebracht met dossierinformatie en de uitkomsten van de gestandaardiseerde risicotaxatie met minimaal de HCR-20^{V3} (of HKTR). Vaak worden ook aanvullende instrumenten gebruikt zoals de SAPROF, een specifiek instrument voor zeden en aanvullend een apart instrument voor vrouwen. Belangrijk uitgangspunt hierin is wat het gedrag van het heden en verleden leert ten aanzien van veiligheid. Hierin is tevens aandacht

voor belangen van slachtoffers, al dan niet in het sociaal netwerk. Daarbij is het oefenen van gedrag (vallen en opstaan), binnen veilige kaders, belangrijk. Dit maakt dat het inschatten van risico's een continu proces is waarbij de Forensisch Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker ten aanzien van het sociaal netwerk een belangrijke rol heeft.

Na het in kaart brengen staat het bespreken van de relaties tussen de patiënt en het sociaal netwerk centraal. Hierbij is aandacht voor ruis in de communicatie als gevolg van emoties onderliggend aan de thema's schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, ruzie en levend verlies welke allemaal herkend worden in de praktijk. Ervaring leert dat er (veel) onuitgesproken gevoelens en ervaringen zijn die samenwerking tussen de patiënt, het sociaal netwerk en de kliniek in de weg kunnen staan. Forensisch Netwerkbegleiters / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het als hun taak hier aandacht voor te hebben door dit bespreekbaar te maken en hierin te interveniëren. Hierin wordt onder andere het en begrenzen van gedrag genoemd. Aanvullende scholing, bijvoorbeeld in gesprekstechnieken passend bij de thema's, is wenselijk. Het is een uitdaging om binnen de gehele multidisciplinaire breedte van de kliniek de invloed van deze thema's op gedrag te zien en te begrijpen. Het thema zingeving wordt als aanvulling genoemd. Naast dat het van belang is dat het sociaal netwerk iets voor de patiënt doet, is het ook belangrijk dat de patiënt weer iets voor het netwerk mag gaan betekenen waardoor er wederkerigheid in de relatie ontstaat.

Deelconclusie 2: Welke opvattingen/overtuigingen (attitudes) van professionals liggen ten grondslag aan het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?

Een gedeelde overtuiging is dat het sociaal netwerk zo vroeg mogelijk in het behandeltraject wordt betrokken. Er wordt daarbij gewerkt vanuit gelijkwaardigheid. Er is vertrouwen, tot het tegendeel bewezen is. In de praktijk betekent dit dat sociale contacten niet snel geweigerd worden. Belangrijker is te kijken naar hoe het contact zo veilig mogelijk georganiseerd kan worden. Ten aanzien van de rol van het dossier versus narratief werken spelen er verschillende opvattingen. Sommige professionals lezen bewust het dossier bij het in kaart brengen niet door voordat er met de patiënt gesproken wordt, anderen doen dit juist wel.

Over de stelling aangaande een 'antisociaal' netwerk bestaan onder professionals verschillende overtuigingen. Zo kan een 'antisociaal' netwerk naast negatieve invloed ook steunend zijn. Het ontzeggen van contact met een 'antisociaal' netwerk kan eenzaamheid van de patiënt teweegbrengen wat niet helpend is. Als je het sociaal netwerk niet kan laten veranderen, dan is het aan de patiënt om te veranderen. De term 'antisociaal netwerk' wordt gezien als een normatief begrip waarbij professionals zich bewust moeten zijn van de invloed van hun eigen normen en waarden. Daarbij kan de aanname dat een 'antisociaal' netwerk per definitie verkeerde intenties heeft belemmerend werken.

De rol van het sociaal netwerk in risicomanagement is belangrijk. Wel is men zich bewust van de vraag in hoeverre de kliniek het sociaal netwerk niet in een ingewikkelde positie brengt door hen als risicosignaleerder te zien. Moet het sociaal netwerk juist niet ontzorgd worden? En wat doet de rol van risicosignaleerder met gevoelens van loyaliteit? Een gedeelde overtuiging is dat de kliniek eindverantwoordelijk is en de patiënt eigen verantwoordelijkheid draagt voor diens gedrag. Visie van de Van der Hoeven Kliniek en De Rooyse Wissel is dat transparantie ten aanzien van het delict en de risico's richting het sociaal netwerk. Dit betreft maatwerk waarin gekeken wordt wie wat moet weten om de rol als risicosignaleerder goed te kunnen uitvoeren.

Kijken door een systemische bril wordt als vanzelfsprekend ervaren al is aanvullende scholing wenselijk. Vooral wanneer professionals niet systemisch geschoold zijn. Er worden uitdagingen ervaren op het gebied van meerzijdig partijdig zijn. De patiënt, de kliniek, de professional en het sociaal netwerk kunnen verschillende belangen hebben die met elkaar in conflict kunnen zijn. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers ervaren dat dit betekent dat er gebalanceerd wordt tussen beheers- en herstelgericht werken. Reflectie op het eigen handelen en de invloed van eigen normen en waarden dienen aandacht te krijgen. Collegiale consultatie, ook vanuit buiten het team, is hierin belangrijk.

Ten aanzien van het positioneren van de functie Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker worden verschillende punten gedeeld. Zo is er de behoefte om meer initiatief te nemen de groep in Nederland om uitleg te geven over tbs. Bijvoorbeeld over hoe verloop van patiënten tot stand komt. Binnen de kliniek zien Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers het als een uitdaging om zichzelf vanuit hun functie steviger te positioneren waardoor de stem van het sociaal netwerk en de patiënt meer ruimte krijgt.

Deelconclusie 3: Wat zijn werkzame en belemmerende factoren in het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?

Werkzame factoren

Ten aanzien van werkzame factoren in het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten worden verschillende punten benoemd. De inzet van een Forensisch Netwerkbegeleider of Forensisch Maatschappelijk Werker met ruime beschikbaarheid in uren vormt een werkzame factor, doordat deze professional tijd kan investeren in het opbouwen van relaties met zowel de patiënt als diens sociaal netwerk. Op huisbezoek gaan en een huiselijke sfeer neerzetten in de kliniek zijn daarbij helpend. Deze tijd en aandacht wordt gewaardeerd door patiënten en hun sociaal netwerk die zich hierdoor gezien en gehoord voelen.

Naast beschikbare tijd benadrukken Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers dat het werkzaam is als je toegankelijk, onbevooroordeeld en transparant bent, je gelijkwaardig opstelt, en in staat bent verschillende stemmen (ook die van het slachtoffer) te laten doorklinken. Patiënten ervaren een grote drive vanuit Forensisch

Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers om alles wat er speelt tussen patiënt, sociaal netwerk en kliniek bespreekbaar te maken. Ruis in de communicatie en onderliggende emoties dienen besproken te worden. De Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk werker wordt hierin gezien als facilitator, mediator en vertaler. Ook uitleg geven over en het oefenen van nieuw gedrag, het geven van psycho-educatie over het ziektebeeld en tbs en het creëren van heldere communicatielijnen tussen sociaal netwerk, patiënt en kliniek worden als werkzaam ervaren.

Patiënten ervaren dat positieve sociale contacten gestimuleerd worden door de kliniek. Binnen de kliniek wordt de samenwerking tussen Hoofd Behandeling / Hoofd Behandelaar, Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker en afdelingshoofd als prettig ervaren. Het is hierin helpend dat er afdelingsgebonden gewerkt wordt. Dit betekent dat zij vast onderdeel zijn van het behandelteam op de afdeling wat de samenwerking verstevigt. Binnen deze samenwerking wordt veelvuldig met elkaar afgestemd wat helpt in het eenduidig zijn in visie richting patiënt en sociaal netwerk. Patiënten ervaren het als prettig dat er rondom risicosignalering duidelijke afspraken gemaakt worden met hun sociaal netwerk. Forensisch Netwerkbegeleiders / Forensisch Maatschappelijk Werkers zien het daarbij als werkzaam dat hier afspraken over gemaakt worden wanneer de patiënt in een goede periode zit omdat in een mindere periode het sociaal netwerk op afstand kan worden gezet door de patiënt.

Belemmerende factoren

Ten aanzien van belemmeringen die men ervaart in het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling zijn verschillende belemmeringen gedeeld.

Op *team- en organisatieniveau* werkt het belemmerend dat er niet altijd voldoende erkenning is voor het belang van het betrekken van het sociaal netwerk. Wanneer een patiënt in crisis is buiten kantoor tijden is het van belang dat het sociaal netwerk betrokken kan zijn, ook als de Forensisch Netwerkbegeleider / Forensisch Maatschappelijk Werker er niet is. Personeelstekort binnen forensische instellingen maakt dat begeleid verloop niet altijd kan plaatsvinden waardoor contact met het sociaal netwerk soms minder vaak kan plaatsvinden dan wenselijk. Er is niet altijd sprake van een goede overdracht ten aanzien van het sociaal netwerk vanuit andere klinieken en/of penitentiaire inrichtingen.

Op het niveau van *de professional* wordt het als belemmerend ervaren dat er een stigma op hun functie kan zitten vanuit ervaringen van de patiënt en het sociaal netwerk ten aanzien van eerdere ervaringen met professionals. Hoge werkdruk maakt dat professionals meer reactief dan proactief werken waarin er bijvoorbeeld ook in periodes wanneer het goed gaat met de patiënt er contact is met het sociaal netwerk. Het bewegen tussen verschillende belangen (patiënt, sociaal netwerk en kliniek) kan ingewikkeld zijn. Het sociaal netwerk heeft bijvoorbeeld irreële verwachtingen ten aanzien van de behandeling (bijvoorbeeld als gevolg van beperkt (cognitief) inzicht) of gaat mee in waanideeën van de patiënt (samen tegen het systeem). Het ontbreken

van toestemming van de patiënt en de daarbij behorende privacywetgeving kan het positioneren van het sociaal netwerk in de weg staan.

Patiënten ervaren de stap van penitentiaire inrichting naar de tbs-kliniek als groot. In de tbs-behandeling is het sociaal netwerk onderdeel van de behandeling wat betekent dat alle contacten overlegd moeten worden. Spontaan contact leggen kan niet altijd en enkele patiënten ervaren de duur tot dat het sociaal netwerk gescreend is als lang. Verloftijd wordt niet altijd als voldoende ervaren voor het opbouwen van een band met het sociaal netwerk waarbij specifiek de vaderrol en de hechtingsrelatie met kinderen benoemd is. Andere, wat meer praktische belemmeringen die door patiënten zijn genoemd zijn: beperkte telefoonmogelijkheden op de kamer, gebrek aan tussentijdse informatievoorziening aan het sociaal netwerk en moeilijkheden voor het sociaal netwerk om bepaalde spullen zoals boodschappen naar de patiënt te sturen.

Algemene conclusie

Een professional met een specifieke focus op het sociaal netwerk en slachtoffers⁸ blijkt belangrijk om het sociaal netwerk een duidelijke positie te geven in de behandeling. In de Van Der Hoeven Kliniek is dit de Forensisch Netwerkbegleiter en in De Rooyse Wissel is dit de Forensisch Maatschappelijk Werker. Zij werken nauw samen met de Hoofd Behandeling / Hoofdbehandelaar. Deze specifieke functies maken het mogelijk dat er veel tijd en aandacht naar het sociaal netwerk en de patiënt gaat. In dit onderzoek komen enkele belangrijke overtuigingen van deze professionals naar voren. Het sociaal netwerk moet zo vroeg mogelijk samen met de patiënt in kaart worden gebracht. Kennismaking vindt bij voorkeur plaats tijdens huisbezoeken of in de huiselijke sfeer van de kliniek. Sociaal netwerkleden worden in principe niet geweigerd. Er wordt gewerkt vanuit vertrouwen tot het tegendeel bewezen is. Patiënten oefenen (nieuw) gedrag met hun sociaal netwerk, binnen een veilig kader. Een gedeelde overtuiging is dat dit met vallen en opstaan gaat. De professionals hebben hierbij aandacht voor loyaliteit en zingeving. Waar het sociaal netwerk vaak al lange tijd iets heeft betekent voor de patiënt, mag de patiënt nu ook weer iets gaan betekenen voor het sociaal netwerk. Dit wordt ook wel werken aan wederkerigheid genoemd.

Specifieke aandacht voor het sociaal netwerk in de behandeling is niet vanzelfsprekend binnen het forensisch werkveld. Patiënten en diens sociaal netwerk hebben vaak al een lange hulpverleningsgeschiedenis waarin (negatieve) ervaringen kunnen zorgen voor een belemmerend stigma op professionals in de Forensische Zorg. Investeren in contact, mogelijk gemaakt door een specifiek hiervoor gecreëerde functie, is helpend.

De rol van Forensische Netwerkbegleiter / Forensisch Maatschappelijk Werker wordt gezien als eerste aanspreekpunt, facilitator, mediator en vertaler (bijv. door psycho-educatie). In die zin zijn zij de brug tussen het sociaal netwerk en de kliniek en ondersteunen zij de patiënt zich hierin te bewegen. Zij kijken systemisch wat maakt dat zij oog hebben voor het gedrag achter het

⁸ al dan niet onderdeel van het sociaal netwerk

gedrag van de patiënt en het sociaal netwerk en hoe dit doorwerkt in de interactie. Meerzijdig partijdig zijn kan, gezien verschillende belangen, lastig zijn waardoor verwijdering kan ontstaan tussen patiënt, sociaal netwerk (met oog voor slachtofferbelangen) en de kliniek. Het blijkt een uitdaging om te balanceren tussen beheersgericht- en herstelgericht handelen vanuit een kliniek breed gedragen visie op systemisch werken. Hier is nog winst in te behalen. Ook uitdagingen die voortkomen uit een tekort aan personeel en privacywetgeving worden in de praktijk herkend. Er blijkt geen sprake te zijn van uniformiteit in werkwijze, er is sprake van maatwerk waarbij het verhaal van de patiënt leidend is. Elke professional doet dit een eigen manier waarbij men zich bewust is van de invloed van eigen normen en waarden waarbij de functiegroep elkaar zowel intern als extern (Landelijk Netwerkbegeleidersoverleg) actief opzoekt om casuïstiek te bespreken, te reflecteren en ervaringen uit te wisselen. Vormgeven van een goede overdracht wanneer een patiënt vanuit de PI of vanuit een andere kliniek komt behoeft verbetering.

5. Discussie

Beperkingen van het onderzoek

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt in hoe professionals binnen de forensische klinische zorg het sociaal netwerk van patiënten positie geven in de behandeling zijn er enkele beperkingen aan dit onderzoek.

Een belangrijke beperking van het vragenlijstonderzoek betreft de wijze van dataverzameling. De vragenlijst is online verspreid via LinkedIn en contactpersonen. Hierdoor is het mogelijk dat met name professionals met een sterke betrokkenheid bij het onderwerp zich aangesproken voelden om deel te nemen, wat de representativiteit van de resultaten beperkt. Daarnaast is de respons afkomstig van een relatief beperkt aantal instellingen, waarbij het merendeel van de deelnemers afkomstig is van slechts twee organisaties. Dit kan leiden tot een vertekening van de bevindingen, omdat werkwijzen en visies per instelling kunnen verschillen. De oververtegenwoordiging van hoger opgeleide professionals (92% HBO en WO) kan leiden tot een bias in de resultaten, omdat de ervaringen en perspectieven van lager opgeleide medewerkers (8% MBO) mogelijk onderbelicht blijven. Verschillen in de uitkomsten van de vragenlijst hangen waarschijnlijk samen met verschillen in de functies van de respondenten. Door de relatief kleine aantallen respondenten per functiegroep, was het niet mogelijk om op een betrouwbare wijze aparte analyses hiervoor uit te voeren.

Respondenten van de interviews en focusgroepen konden zichzelf aanmelden voor dit onderzoek. Mogelijk werden zij gemotiveerd door hun interesse en enthousiasme rondom het positie geven van het sociaal netwerk. Dit maakt het geschetste beeld mogelijk positiever dan wanneer er respondenten hadden deelgenomen die minder geïnteresseerd en gemotiveerd zijn. Daarbij staan de betrokken instellingen (Van der Hoeven Kliniek en De Rooyse Wissel) erom bekend dat zij, gezien de functie welke zich specifiek richt op het sociaal netwerk, inmiddels veel ervaring hebben in het positie geven van het sociaal netwerk. De bevindingen zijn daardoor niet direct generaliseerbaar naar andere regio's of instellingen.

Het perspectief van de patiënten is meegenomen in het onderzoek maar komt minder duidelijk naar voren dan die van professionals. De topiclijst van de patiënten is afgeleid van de topiclijst van de professional. In de interviews was merkbaar dat sommige topics wat abstract waren. Het stond in die zin verder van de leef- en beleavingswereld van de patiënten af waardoor antwoorden meer aan de oppervlakte bleven. Dit gold overigens niet voor de vragen rondom wat (belemmerend) werkt in het betrekken van het sociaal netwerk.

Het gebruik van kwalitatieve interviews kan leiden tot subjectieve interpretaties van de gegevens. Hoewel er maatregelen zijn genomen om de betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen, blijft er een risico op interpretatiebias. Er is regelmatig overleg geweest tussen de onderzoekers. De derde onderzoeker, die wat meer op afstand was van het onderzoek, heeft regelmatig meegekeken en meegedacht wat bij heeft bijgedragen aan een zorgvuldig verlopen verzamelings- en analyseproces.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ten aanzien van vervolgonderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gegeven:

- Huidig onderzoek biedt geen inzicht in het perspectief van het sociaal netwerk van patiënten over de mate waarin zij ervaren positie te krijgen in de behandeling van de patiënt. Indirect hebben enkele patiënten hier wel over verteld maar het is de moeite waard om meer zicht te krijgen op het perspectief van het sociaal netwerk.
- Er is nog onvoldoende zicht op hoe de impact van het delict, de tbs-maatregel en de psychiatrische ziekte van de patiënt doorwerkt in de samenwerking tussen de patiënt, het sociaal netwerk en de professionals in de kliniek. Dit vraagt om zicht op de impact van het delict, de tbs-maatregel en de psychiatrische ziekte op de persoon (intrapersoonlijk) en de invloed hiervan op de onderlinge samenwerking (interpersoonlijk). Deze behoefte wordt versterkt door de uitkomst van huidig onderzoek waaruit blijkt dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor emoties achter het gedrag van de patiënt, het sociaal netwerk en professionals.

Implicaties voor de praktijk

Huidig onderzoeksrapport is vertaald in een praktische online handreiking voor de praktijk.

Referenties

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2024). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Anderson Publishing Co.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. Brunner/Mazel.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Farmer, M. (2017). *The importance of strengthening prisoners' family ties to prevent reoffending and reduce intergenerational crime*. London: Ministry of Justice. Geraadpleegd via <https://www.gov.uk/government/publications/importance-of-strengthening-prisoners-family-ties-to-prevent-reoffending-and-reduce-intergenerational-crime>
- GGZ Standaarden (2024.). Forensisch klinische zorg: Introductie. GGZ Standaarden. Geraadpleegd via [1. Introductie - Forensisch klinische zorg | GGZ Standaarden](#)
- Hsieh, H.H. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. Doi:10.1177/1049732305276687
- Kruijswijk, W., Van der Veer, M., Brink, C., Calis, W., Van de Maat, J. & Redeker, J. (2014). Kennis en aanpak van sociale vraagstukken. Movisie, Vilans. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/publicatie/aan-slag-sociale-netwerken>
- Savenije, A., Van Lawick, J., & Reijmers, E. (2018). *Systemisch werken: een relationeel kompas voor hulpverleners* (tweede editie). De Tijdstroom.
- Scheinkman, M., CSW, & Dekoven Fishbane, A., Ph. D. (2007). De kwetsbaarheidscyclus: werken met impasses in parentherapie. In Peter van Houten (Vert.), *Gezinstherapie Wereldwijd* (Vol. 18, pp. 241–271). <https://academievoorervaringsgerichtwerken.nl/wp-content/uploads/2022/04/Scheinkman-kwetsbaarheidscyclus.pdf>
- Senneseth, M., Pollak, C., Urheim, R., Logan, C., & Palmstierna, T. (2022). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: Systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*, 8(1), e17. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1068>
- Tsang, H. W. H., Pearson, V., & Yuen, C. H. (2002). Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(1), 25-32. <https://doi.org/10.1097/00004356-200203000-00004>

Van de Weijer, S., & Spapens, A. (2019). Intergenerationele overdracht en criminele families:

Introductie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 61(2), 119-131.

<https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2019061002001>

Wester, F.P.J. & Peters, V.A.M. (2004). Kwalitatieve analyse: Uitgangspunten en procedures.

Bussum: Coutinho.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W. W. Norton.

1. Vragenlijst

1 Welkom bij het onderzoek 'De netwerkgerichte professional in de forensische zorg' *Tussenpagina*

Dit onderzoek gaat over het betrekken en benutten van het sociaal netwerk van forensisch psychiatrische patiënten. We willen weten hoe professionals binnen de forensische klinische zorg het sociaal netwerk positie geven in de behandeling van patiënten en welke opvattingen hierbij een rol spelen.

Deze vragenlijst is bedoeld voor professionals werkzaam binnen een FPC, FPK en/of FPA die nabij de patiënt staan zoals netwerkbegeleiders, systeemwerkers, sociotherapeuten, groepsleiders en behandelaren. We willen zowel horen van professionals die het sociaal netwerk als vanzelfsprekend positie geven, als van professionals bij wie dit minder vanzelfsprekend is.

Deze vragenlijst is een eerste inventarisatie op het thema waarna we middels interviews en een focusgroep dieper op het thema in gaan. De resultaten worden samengevat in een beknopt rapport. Op basis van de resultaten ontwikkelen we samen met de beroepspraktijk een handreiking met handvatten voor professionals in de gehele forensische klinische zorg, gericht op wat werkt in het positie geven van het sociaal

netwerk in de klinische behandeling van patiënten. De resultaten en de handreiking worden eind 2024 gepubliceerd.

Het kost je ongeveer 10 minuten om de vragenlijst in te vullen. We verzamelen en verwerken je antwoorden anoniem. Onder alle deelnemers verloten we 10 Bol.com kadobonnen t.w.v. 25 euro.

Fijn dat je mee doet!

- | | | |
|----------|---|------------------------|
| 2 | Ik geef toestemming voor het anoniem verzamelen, gebruiken en bewaren van mijn ingevulde antwoorden uitsluitend voor het doel van dit onderzoek. | <i>Single-response</i> |
|----------|---|------------------------|

[Label: INFORMED_CONSENT]

- ☐ Ja. Door deze optie te selecteren ga je door met de vragen.
- ☐ Nee. Door deze optie te selecteren beëindig je de vragenlijst. [**>> Vraag -1. Einde onderzoek**]

- | | | |
|----------|------------------------------------|------------------------|
| 3 | Wat is je genderidentiteit? | <i>Single-response</i> |
|----------|------------------------------------|------------------------|

[Label: GENDER]

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders
- ☐ Zeg ik liever niet

4 **Wat is je leeftijd?**
Vul een getal in jaren in

Open (klein)

[Label: LEEFTIJD]

5 **Wat is je opleidingsachtergrond?**

Single-response

[Label: OPLEIDING]

- ☐ Wetenschappelijk Onderwijs
- ☐ Hoger Beroepsonderwijs (HBO)
- ☐ Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO)
- ☐ Zeg ik liever niet
- ☐ Anders, namelijk:

6

Hoe lang ben je werkzaam in de forensische zorg?
Rond af naar hele jaren

Open (klein)

7

Bij welk type instelling ben je werkzaam?

Multi-response

[Minimaal aantal vinkjes: 1]

- ☐ Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)
- ☐ Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)
- ☐ Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)
- ☐ Anders, namelijk...

8

Voor welke organisatie ben je werkzaam?
Deze informatie helpt ons om een beeld te krijgen van de mensen die met deze vragenlijst worden bereikt. Het doel van het onderzoek is niet om organisaties met elkaar te vergelijken.

Open (klein)

[Label: ORGANISATIE]

9 **Wat is de naam van je functie?**

Open (klein)

[Label: FUNCTIE]

10 **Hoe lang ben je werkzaam in deze functie?**
Rond af naar hele jaren

Open (klein)

11 **Wanneer leg jij voor het eerst
contact met het sociaal netwerk
van een patiënt?**
Meerdere antwoorden mogelijk

Multi-response

[Minimaal aantal vinkjes: 1]

☐

Voor dat de patiënt wordt opgenomen

- ☐ Vlak na opname van de patiënt
- ☐ In de loop van het behandeltraject
- ☐ Anders, namelijk:

12 Hoe breng jij het sociaal netwerk in kaart?

Tabel(single response)

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
1. Het in kaart brengen van het sociaal netwerk doe ik in gesprek met de patiënt.	☐	☐	☐	☐
2. Het in kaart brengen van het sociaal netwerk doe ik op basis van het dossier.	☐	☐	☐	☐

13

Tabel(single response)

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
3. Voor het in kaart brengen van het sociaal netwerk maak ik gebruik van een instrument zoals een Genogram, Ecogram,	☐	☐	☐	☐

Netwerkcirkel van Lensink, etc.				
---------------------------------	--	--	--	--

- 14** Je geeft aan dat je (soms, vaak of altijd) een instrument gebruikt bij het in kaart brengen van het sociaal netwerk. Welk(e) instrument(en) gebruik je? *Multi-response*
- Meerdere antwoorden mogelijk

[Minimaal aantal vinkjes: 1]

- ☐ Genogram
- ☐ Forensische sociale netwerkanalyse (FSNA)
- ☐ Ecogram
- ☐ Netwerkcirkel van Lensink
- ☐ Een ander instrument, namelijk:

- 15** Na het in kaart brengen van het sociaal netwerk kan ook de aard en kwaliteit van de relaties worden geduid. *Tabel(single response)*
- In hoeverre besteed jij hierbij aandacht aan de volgende aspecten?

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
1. Het in kaart brengen van feiten zoals verwantschap,	☐	☐	☐	☐

gebeurtenissen en jaartallen, woonplaatsen en beroepen				
2. De beleving (emoties en gevoelens zoals verdriet, geluk) van deze feiten en de impact hiervan op de patiënt	☐	☐	☐	☐
3. De invloed van deze feiten op de interactie tussen sociaal netwerkliden (zoals communicatiepatronen, subsystemen en systeemregels)	☐	☐	☐	☐
4. De balans in het sociaal netwerk tussen 'geven en nemen' in de relaties	☐	☐	☐	☐
5. De belangen van het slachtoffer en/of nabestaanden die zich in het sociaal netwerk van de patiënt bevinden	☐	☐	☐	☐
6. Loyaliteitsconflicten in het sociaal netwerk	☐	☐	☐	☐

16 Kun je je antwoord(en) toelichten?*Open (groot)***17 De volgende vragen gaan over het positie geven van het sociaal netwerk.***Tabel(single response)*

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
1. In hoeverre betrek jij familieleden van patiënten bij de behandeling?	☐	☐	☐	☐
2. In hoeverre betrek jij overige sociaal netwerkliden van patiënten bij de behandeling?	☐	☐	☐	☐

18 Hoe betrek jij sociaal netwerkliden bij de behandeling?*Multi-response*

Meerdere antwoorden mogelijk

[Minimaal aantal vinkjes: 1]

- ☐ Psycho-educatie
- ☐ Systeemtherapeutische interventies
- ☐ Individuele ondersteuning van een sociaal netwerklid
- ☐ Familiebijeenkomsten / familiedagen
- ☐ Bezoek aan familie / bijwonen van belangrijke momenten
- ☐ Anders, namelijk:

19 Kun je jouw antwoord toelichten en/of een voorbeeld geven?

Open (groot)

20 In hoeverre ga jij een werkrelatie aan met sociaal netwerkleden?

Single-response

Met een werkrelatie bedoelen we dat je regelmatig contact hebt, oog hebt voor wat sociaal netwerkleden willen en dit perspectief meeneemt in de behandeling van de patiënt.

- ☐ Nooit
- ☐ Soms

- ☐ Vaak
- ☐ Altijd

21 Ik vind het binnen mijn functie vanzelfsprekend om het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling.

Single-response

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens

22 In hoeverre ben jij tevreden over de mate waarin het jou lukt om het sociaal netwerk positie te geven in de behandeling?

Slider

Heel
ontevreden

Heel
tevreden

23 Er kunnen verschillende redenen zijn om het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling. Wat zijn voor jou belangrijke

Slider

redenen?

Geef bij de volgende vragen aan in hoeverre jij de genoemde redenen belangrijk vindt.

1. Het versterken van het sociaal netwerk rondom de patiënt.

Niet
belangrijk

Heel
belangrijk

24

2. Het benutten van het sociaal netwerk voor het geven van steun aan de patiënt.

Slider

Niet
belangrijk

Belangrijk

25

3. Het benutten van het sociaal netwerk t.b.v. zingeving voor de patiënt.

Slider

Niet
belangrijk

Belangrijk

26

4. Positief beïnvloeden van de interactie tussen de patiënt en diens sociaal netwerkleden.

Slider

Niet
belangrijk

Heel
belangrijk

27

5. Ondersteunen en adviseren van het sociaal netwerk.

Slider

Niet
belangrijk

Heel
belangrijk

28

6. Het sociaal netwerk benutten als informatieverstrekker, bijvoorbeeld voor het signaleren van risico's.

Slider

Niet
belangrijk

Heel
belangrijk

29 Zijn er voor jou nog een andere redenen om het sociaal netwerk te betrekken?

Single-response

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk:

30 Ik zie het als mijn taak om het sociaal netwerk te ondersteunen bij het signaleren van risicovol gedrag.

Single-response

- ☐ Helemaal oneens [[>> Vraag 32](#)]
- ☐ Oneens [[>> Vraag 32](#)]
- ☐ Neutraal [[>> Vraag 32](#)]
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens

31 Jij ziet het als jouw taak om het sociaal netwerk te ondersteunen bij het signaleren van risicovol gedrag.

Open (groot)

Kun je een voorbeeld geven hoe jij dit doet?

32 Forensische professionals kunnen verschillende belemmeringen ervaren bij het positie geven van het sociaal netwerk. In hoeverre ervaar jij de volgende belemmeringen?

Tabel(single response)

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
1. Belemmeringen vanuit de patiënt (bijvoorbeeld: de patiënt geeft geen toestemming)	☐	☐	☐	☐
2. Belemmeringen vanuit het sociaal netwerk (bijvoorbeeld: het sociaal netwerk heeft een negatieve invloed)	☐	☐	☐	☐
3. Belemmeringen vanuit jouzelf (bijvoorbeeld: je mist bepaalde kennis en/of vaardigheden)	☐	☐	☐	☐
4. Belemmeringen	☐	☐	☐	☐

vanuit jouw team en/of organisatie (bijvoorbeeld: tijd en ruimte of verschillen in taakopvatting)				
--	--	--	--	--

33 Kun je jouw antwoord(en) toelichten?

Open (groot)

34 Liever geen netwerk dan een antisociaal netwerk.

Single-response

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Neutraal
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens

35 Kun je jouw antwoord toelichten?

Open (groot)

-
- 36** We zijn bijna aan het einde van de vragenlijst. *Open (klein)*
Om tot een inspirerende handreiking te komen zijn wij op zoek naar professionals die ‘best practices’ willen delen in een focusgroep. Wil je hieraan meedoen?
- Laat dan hieronder je e-mailadres achter. Je anonimiteit wordt hierbij gewaarborgd. De onderzoeker scheidt jouw e-mailadres van de onderzoeksresultaten.
- Indien je hier geen interesse in hebt, kun je direct op Volgende klikken.

-
- 37** Tot slot, onder alle deelnemers verloten we 10 Bol.com kadobonnen t.w.v. 25 euro. *Open (klein)*
- Wil je hier kans op maken? Laat dan hieronder je e-mailadres achter.
- Je anonimiteit wordt hierbij gewaarborgd. De onderzoeker scheidt jouw e-mailadres van de onderzoeksresultaten.
- Indien je hier geen interesse in hebt, kun je

direct op Volgende klikken. De vragenlijst wordt dan afgesloten en je antwoorden worden verzonden.

2. Flyer oproep deelname online vragenlijst

Forensische zorgprofessional, laat je horen in het onderzoek 'De netwerkgerichte professional'!

Wat houdt dit onderzoek in?

Vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader (Hogeschool Utrecht) is onderzoek gestart naar hoe het sociaal netwerk positie krijgt in de behandeling van patiënten in de forensische zorg. We willen weten hoe professionals binnen de forensische klinische zorg het sociaal netwerk positie geven in de behandeling van patiënten en welke opvattingen hierbij een rol spelen.

Waarom willen we dit weten?

Dat het sociaal netwerk betrekken belangrijk is in de forensische zorg is bekend. Over hoe professionals hier vorm aan geven is minder bekend. Dit terwijl er al wel een hoop gebeurt in de praktijk. Dit onderzoek wil woorden geven aan deze ervaringen en op basis hiervan toewerken naar een handleiding met best practices. Voor en met de praktijk!

We willen jou horen!

Ben jij werkzaam binnen een FPC, FPK en/of FPA en sta je nabij de patient? Dan horen we graag jouw stem! We willen zowel horen van professionals die het sociaal netwerk vanuit hun functie als vanzelfsprekend positie geven, als van professionals bij wie dit minder vanzelfsprekend is.

Wat houdt het in?

Zou je de vragenlijst willen invullen? Dit kan via onderstaande QR-code. Scan de code met een mobiele telefoon of tablet en de vragenlijst komt in beeld. Dit kost ongeveer 5-10 minuten van jouw tijd. De vragenlijst wordt anoniem ingevuld.

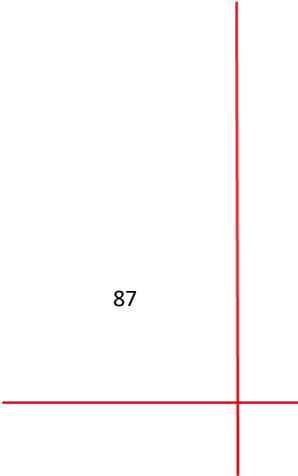
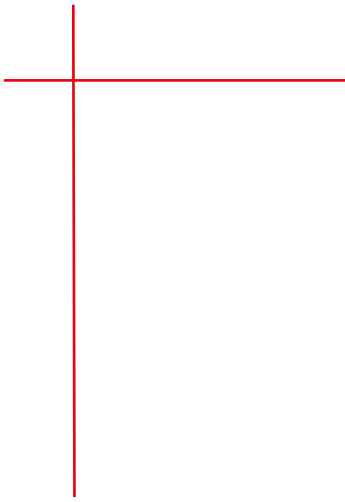


Wat doen we voor jou?

Jouw inzet draagt rechtstreeks bij aan de ontwikkeling van een handleiding voor het forensische werkveld. Daarom verloot wij 10 cadeaubonnen (t.w.v. 25 euro) onder de deelnemers.

Succes met invullen, we kijken uit naar jouw input!

Namens het projectteam: Marieke Cirkel, Sylvana Robbers en Vivienne de Vogel
Meer weten? Neem contact op: marieke.cirkel@hu.nl / 06-34333777



3. Topiclijst Professionals

Deelvragen onderzoek:

1. Hoe brengen professionals de aard en de kwaliteit van het sociaal netwerk van patiënten in kaart en hoe wordt dit vervolgens geduid en besproken met patiënten?
2. Welke opvattingen/overtuigingen (attitude) van professionals liggen ten grondslag aan het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?
3. Wat zijn werkzame en belemmerende factoren in het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?

Respondentnummer: Datum interview: Duur interview: Interviewer:

Algemeen (5 min)	
Gender	
Leeftijd	
Hoe lang ben je werkzaam in het forensische domein?	
Wat is jouw functie?	
Hoe lang ben je werkzaam in deze functie?	
Met welke doelgroep werk je (problematiek)	
Welke rol vervul jij vanuit jouw functie t.a.v. het sociaal netwerk van patiënten? (Taakopvatting)	
In welke mate ben jij hier tevreden over?	
In kaart brengen netwerk (D1) (5 min)	
Gebruik jij een instrument of bepaalde methodiek bij het in kaart brengen van het sociaal netwerk van de patiënt in kaart?	
Hoe vraag je de gewenste informatie uit bij de patiënt? <i>(vaste vragen behorend bij instrument/methodiek of eigen vragen)</i>	

Welke rol speelt het dossier van de patiënt hierin een rol?	
Duiden en bespreken (D2) (15 min)	
Hoe weeg je de kwaliteit van het netwerk?	
<i>Denk hierbij aan: onderdeel van instrument – eigen oordeel – multidisciplinair oordeel.</i>	
In hoeverre heb jij, ten aanzien van het sociaal netwerk en de patiënt, aandacht voor	
<i>(zowel vragen naar 'of' ze dit doen & hoe ze dit doen):</i>	
Schuld	
Schaamte	
Stigma	
Trauma	
Trots	
Taboe	
Ruzie	

Rouw	
Levend Verlies	
Hoe weeg jij de risico's in het sociaal netwerk van de patiënt?	
Hoe bespreek jij de uitkomst met de patiënt?	
In welke mate ben je tevreden over het duiden van de aard en de kwaliteit van het netwerk?	
Opvattingen/overtuigingen D2 (15 min)	
Systemische bril Aan de hand van wat de theorie schrijft over systemisch kijken wil ik je de volgende stellingen voorleggen en jou vragen erop te reageren: Let op: De stellingen leg je op papier voor aan de respondent. <i>(Zowel vragen naar 'of' ze dit doen & hoe ze dit doen):</i>	
Ik ga met de patiënt in gesprek over diens gedrag in de verschillende leefwerelden (contexten) van de patiënt <i>(Contextualiseren)</i>	
Ik denk hierin in samenhangen (dat meerdere contexten/invloeden meespelen in het verklaren van gedrag, gevoelens en ervaringen).	
Ik ben mij bewust van de invloed van mijn idee-en, opvattingen en/of uitingen op de patiënt en het sociaal netwerk.	

Ik verrijk met de patiënt diens levensverhaal door de patiënt vanuit andere perspectieven te laten vertellen (<i>circulaire vragen</i>).	
Het lukt mij meerzijdig partijdig te zijn. <i>(Het horen van alle stemmen van betrokkenen zonder iemand uit te sluiten of partij te kiezen)</i>	
Ik ben mij ervan bewust dat relaties aan verandering onderhevig zijn.	
Ik focus mij op steunbronnen (familie, vrienden, werk) omdat dit inzicht geeft in wat beschermend en ondersteunend werkt.	
Ik zet het sociaal netwerk van de patiënt in ter vergroting van de veerkracht van de patiënt.	
Ik zie de begeleiding aan de patiënt en het sociaal netwerk als co-constructie. <i>(Als professional open staan voor verschillende perspectieven zonder de expertrol op zich te nemen).</i>	
Ik moedig de patiënt aan om bij een negatieve invloed van het sociaal netwerk eigen keuzes te maken (autonomie) waardoor de patiënt beter bestand leert te zijn tegen deze negatieve beïnvloeding.	
Uit de online vragenlijst komt naar voren dat er verdeeldheid is over de vraag in hoeverre professionals het als hun taak zien het sociaal netwerk te begeleiden in hun rol als risicosignaleerder(s). Hoe is dit voor jou?	
In hoeverre geef jij psycho-educatie aan het sociaal netwerk? En in welke vorm?	

In hoeverre ben je tevreden over het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten vanuit jouw functie? Verklaar nader.	
Waar ligt voor het werkveld de uitdaging ten aanzien van het positie geven van het sociaal netwerk in de behandeling van patiënten?	
Werkzame factoren D3 (10 min)	
Wat zie je vanuit jouw functie als belangrijke elementen ten aanzien van wat werkt in het betrekken/samenwerken met het sociaal netwerk van de patiënt?	
Belemmerende factoren D3	
Wat zie je vanuit jouw functie als belangrijke elementen ten aanzien van wat belemmerend werkt in het betrekken/samenwerken met het sociaal netwerk van de patiënt Aanstippen uit vragenlijst: - Belemmeringen vanuit team/organisatie, sociaal netwerk & patiënt) scoren relatief hoog).	
In hoeverre ervaar jij een spanningsveld tussen het belang van het betrekken van het sociaal netwerk en het verblijf/werken in een zeer gesloten inrichting met een hoge mate van beveiliging?	
Overig	

4. Topiclijst Patiënten

Respondentnummer: Datum interview: Duur interview: Interviewer:

Wanneer ik spreek van 'professional' kunnen dit meerdere functies zijn. Ik doel over het algemeen op de netwerkbegeleider/forensisch maatschappelijk werker/systeemtherapeutisch werker. Even zelf duiden welke term passend is.

Intro: Goed uitleggen de focus van dit interview is op wat de professional doet. Niet zozeer ingaan om het levensverhaal van de patiënt.

Algemeen	
Gender	
Leeftijd	
Hoe lang verblijf je al in de kliniek?	
In kaart brengen netwerk (D1)	
Op welke manier is jouw sociaal netwerk (met jou) in kaart gebracht?	
In hoeverre heb je gesproken over hoe het gaat tussen jou en jouw sociaal netwerk? Waar ging de aandacht naar uit?	
Wat vond je hierin fijn en/of wat heb je hierin gemist?	
Duiden en bespreken (D2)	
Hoe is de kwaliteit (hoe goed dit contact is voor jou) van jouw sociaal netwerk met jou besproken? Dit gaat zowel over de positieve invloed als de negatieve invloed van jouw sociaal netwerk.	
Als je kijkt naar deze positieve en negatieve invloed vanuit het sociaal netwerk. Wat zijn hierin de belangrijkste krachten/zorgen*?	

<i>*In het achterhoofd houden: Schuld, Schaamte, Stigma, Trauma, Trots, Taboe, Ruzie, Rouw, Levend Verlies.</i>	
In hoeverre ben jij door de professional meegenomen bij het in kaart brengen van de risico's van jouw sociaal netwerk?	
Zijn er mensen die aan jou kunnen zien dat het niet goed met je gaat en dan hulp voor jou inschakelen?	
Opvattingen/overtuigingen D2	
Hoe tevreden ben jij over de mate waarin jouw sociaal netwerk betrokken wordt in jouw behandeling?	
In de kliniek vindt men het belangrijk om het sociaal netwerk te betrekken tijdens de behandeling. Waar merk jij dit aan?	
In hoeverre ervaar jij verschillen in het betrekken van het sociaal netwerk door de verschillende professionals die in de kliniek werken?	
Wat zijn onderwerpen van gesprek tussen jou en professionals wanneer het gaat over jouw sociaal netwerk* ?	
<i>*In het achterhoofd houden: Schuld, Schaamte, Stigma, Trauma, Trots, Taboe, Ruzie, Rouw, Levend Verlies</i>	
Als ik jouw sociaal netwerk zou vragen waar zij in contact met jou en de kliniek behoefte aan zouden hebben, wat zouden zij dan zeggen?	
Wat zou jij graag anders willen zien in het betrekken van het sociaal netwerk van patiënten in de kliniek?	
Werkzame factoren D3	

Waar ben je trots op / blij mee ten aanzien van wat er is gebeurd tussen jou en jouw sociaal netwerk ten tijde van de behandeling in de kliniek? En wat was de rol hierbij van de professional?	
Belemmerende factoren D3	
Waar ben je minder tevreden over? Wat zou hierin kunnen veranderen?	
Hoe is het voor jou om contact te hebben met jouw sociaal netwerk nu je verblijft in een zeer gesloten inrichting met een hoge mate van beveiliging?	

5. Data Management Plan

Formulier datamanagementplan

Dit formulier is bedoeld voor het opstellen van een datamanagementplan, op basis van de datamanagementparagraaf die u eerder bij uw aanvraag hebt ingediend. NWO verwacht dat u eventueel commentaar van referenten en/of de commissie op de datamanagementparagraaf in dit datamanagementplan verwerkt.

Wat wordt door NWO beschouwd als onderzoeksdata?

Onderzoeksdata vormen het bewijs dat onderliggend is aan het antwoord op onderzoeksvragen, en kunnen worden gebruikt om bevindingen uit onderzoek te valideren. Data kunnen kwantitatieve informatie of kwalitatieve uitspraken zijn, verzameld door onderzoekers door middel van experimenten, observaties, modellen, interviews of andere methoden, of informatie afgeleid van bestaand wetenschappelijk bewijs.

Fysieke objecten, zoals wetenschappelijke of archeologische collecties, fysieke kunstwerken of biobanken vallen niet binnen de definitie van onderzoeksdata zoals die wordt gehanteerd in het datamanagement beleid van NWO. Digitale informatie die wordt verkregen door het analyseren van dergelijke objecten wordt wel als onderzoeksdata beschouwd.

Software valt ook niet onder deze definitie van onderzoeksdata. NWO erkent dat software (algoritmen, scripts, en code die ontwikkeld is door onderzoekers gedurende hun werk) noodzakelijk kan zijn om toegang te krijgen tot data en deze te interpreteren. In dergelijke gevallen dient het datamanagementplan te beschrijven hoe deze software beschikbaar gemaakt zal worden (zie vraag 5.6).

Informatie en invulinstructies voor dit formulier

Dit formulier is opgezet in overeenstemming met de "[Core Requirements for Data Management Plans](#)" van Science Europe.

U wordt verzocht het ingevulde formulier binnen vier maanden na toekenning van de financiering in te dienen. Het datamanagementplan wordt door NWO zo snel mogelijk beoordeeld. Indien nodig roept NWO voor beoordeling de hulp in van (data-)experts uit uw wetenschapsgebied. Zodra het datamanagementplan is goedgekeurd, kan het project van start gaan. NWO beveelt aan het datamanagementplan in de loop van het onderzoek bij te stellen als daar aanleiding toe is.

Het is de bedoeling dat u dit plan opstelt in samenspraak met het *datamanagement support staff* van uw eigen instelling⁹. NWO adviseert onderzoekers met klem om deze ondersteuning in een vroeg stadium te vragen. Plannen die niet zijn overlegd met een van de datamanagers / datastewards van uw instelling worden niet geaccepteerd.

Het ingevulde formulier moet worden ingediend via het online aanvraagstelsel [ISAAC](#). De hoofdaanvrager moet het datamanagementplan indienen onder zijn/haar eigen ISAAC-account. Datamanagementplannen die niet via ISAAC worden ingediend, worden niet in behandeling genomen.

We adviseren u met klem om dit plan in te vullen via [DMP-online](#), een webtool van het Digital Curation Centre, die u stapsgewijs door het invulproces van dit formulier heen helpt. Via DMP-online kan het plan eenvoudig gedeeld worden met de RDM support staff van uw instelling. Een aantal instellingen in Nederland heeft een eigen versie van de tool waarbij u zich kunt aanmelden met uw inloggegevens van uw instelling. Via de tool krijgt u extra begeleiding en uitleg. Aan het einde kan een pdf van het plan worden gedownload voor indiening via ISAAC.

0 Algemene informatie		
0.1	Naam aanvrager en projectnummer	Marieke Cirkel, projectleider verbonden aan het lectoraat Werken in Justitieel Kader (Hogeschool Utrecht).
0.2	Naam van de datamanager / datasteward die bij de opstelling van dit plan is geraadpleegd	Agnetha Fruijtier
	Datum van overleg met datamanagementpersoneel	1 februari 2024

⁹ Kennisinstellingen beschikken over professionele ondersteuning voor research data management. Een lijst van contactpersonen is te vinden op de [RDM in Nederland](#) website van LCRDM.

1	Welke data worden verzameld of geproduceerd, en welke bestaande data worden hergebruikt?	
1.1	Gaat u bestaande data hergebruiken voor dit onderzoek? Zo ja: Licht toe welke bestaande data u gaat hergebruiken en onder welke gebruiksvoorwaarden.	☐ Ja ☒ Nee
1.2	Als er nieuwe data worden geproduceerd: beschrijf de data die naar verwachting zullen voortkomen uit uw onderzoek, inclusief het formaat en de omvang van de data die worden verzameld of geproduceerd.	Het onderzoek levert kwalitatieve data op in de vorm van: ▪ Video-opnames (Teams) of audio-opnames (MP3) van 15 interviews (5 behandelaren, 5 netwerkbegeleiders en 5 cliënten). Audio-opname van 2 focusgroepen (MP3). ▪ Microsoft Forms vragenlijst + analyse (Word) ▪ 15 interviewverslagen (Word) ▪ 2 verslagen focusgroepen (Word) ▪ Data worden geanalyseerd in Atlas.ti, daar wordt de codering opgeslagen.
1.3	Hoeveel dataopslag is er in totaal nodig voor uw project?	☐ 0 – 10 GB ☒ 10 – 100 GB ☐ 100 – 1000 GB ☐ > 1000 GB
2	Welke metadata en documentatie worden meegeleverd met de data?	

2.1 Geef aan op welke manier de data gedocumenteerd / beschreven wordt.	De data worden gedocumenteerd in de digitale beveiligde omgeving van de Hogeschool Utrecht te weten: Researchdrive. Sommige data kan beschikbaar worden gesteld voor derden zoals interviewlijsten, interviewinstructies, codeerschema's en overwegingen. Data afkomstig uit interviews, vragenlijst en focusgroepen is in principe niet openbaar ten behoeve van de privacy van respondenten. Overkoepelende informatie (leeftijd popuatie, gemiddelde leeftijd, tijdspanne, regio's etc.) worden als metadata vastgelegd. Doel is om te publiceren in de vorm van een handreiking waarin Best Practices worden gedeeld.
2.2 Geef aan welke metadata toegepast worden aan de hand waarvan anderen de data kunnen identificeren en vinden.	Op basis van de verzamelde data besluiten we op een later moment welke metadatastandaard het meest geschikt is voor de data, DublinCore of DDI, en zullen deze standaard dan hanteren voor de data.

3	Hoe worden data en metadata opgeslagen en geback-upt tijdens het onderzoek?
3.1 Beschrijf waar de data en metadata worden opgeslagen en geback-upt tijdens het project.	☒ Netwerkopslag voor onderzoekdata bij de instelling ☐ Overig (licht toe)

Toelichting:

De data worden opgeslagen in de veilige opslagvoorziening voor onderzoeksdata van Hogeschool Utrecht, HU Research Drive.

HU Research Drive wordt gehost door SURFsara. De opslag vindt plaats in Nederland. Onderzoekers kunnen binnen deze omgeving met elkaar samenwerken (Virtual Research Environment). Datastewards dragen bij aan de continuïteit van toegang tot project- en onderzoeksdata en aan een veilige opslag en uitwisseling. De omgeving voldoet aan ISO27001 (de standaard voor informatiebeveiliging) en het "Juridisch Normenkader Cloud Services Hoger Onderwijs", en is AVG-compliant. Automatisch worden elke 24 uur back-ups gemaakt op 2 andere servers in Nederland.

3.2 Hoe worden de beveiliging en bescherming van gevoelige data tijdens het onderzoek geregeld?

- ☐ Niet van toepassing (geen gevoelige data)
- ☒ Standaard veiligheidsmaatregelen van de netwerkopslag voor onderzoeksdata bij de instelling
- ☐ Extra veiligheidsmaatregelen (licht toe)

Toelichting:

Tekstuele gegevens worden gepseudonimiseerd opgeslagen als Word, PDF of Excel file.

Alle gegevens worden opgeslagen op de beveiligde omgeving in HU Research Drive en op HU-laptops in mappen met een koppeling naar OneDrive.

Alleen de onderzoekers zullen in dit onderzoek toegang krijgen tot persoonsgevoelig materiaal.

4	Hoe gaat u om met de verwerking van persoonsgegevens en intellectuele eigendomsrechten?
4.1 Gaat u persoonsgegevens verwerken en/of opslaan tijdens uw project? Zo ja, hoe wordt gewaarborgd dat de wetgeving en de regelgeving (van uw instelling) op het gebied van persoonsgegevens worden nageleefd?	☒ Ja ☐ Nee Voorafgaand aan de interviews ondertekenen de deelnemers een informed consent voor het gepseudonimiseerd verwerken van hun gegevens. Sleutelbestanden in het kader van pseudonimisatie zijn niet van toepassing. Wel wordt in een aparte Excelfile bijgehouden welke personen bij welke organisaties zijn geïnterviewd, wat de status is van elke informed consent, status van toestemming transcript etc. Het onderzoek is AVG-plichtig en voldoet aan de AVG-richtlijnen zoals door de HU beschreven, en aan de Nederlandse gedragscode Wetenschappelijke Integriteit.
4.2 Hoe worden eigendom van de data en intellectuele eigendomsrechten voor de data beheerd?	Eigenaren van de data zijn onderzoekers Marieke Cirkel, Sylvana Robbert en lector Vivienne de Vogel werkzaam bij Hogeschool Utrecht. Deze onderzoekers hebben ook toegang tot Researchdrive en dus de data. Projectleider Marieke Cirkel kan als enige toestemming geven aan personen die toegang willen tot Researchdrive

5	Hoe en wanneer worden data voor langere tijd gedeeld en bewaard?
5.1	Hoe worden data geselecteerd om voor langere tijd te worden bewaard? ☒ Alle data uit het project worden minimaal 10 jaar bewaard ☐ Overig (licht toe)
Toelichting:	Alle documentatie zal worden opgeslagen op de HU Research Drive. Datastewards van de HU waarborgen hier een veilige en gestructureerde opslag van de data, en continuïteit van toegang tot de data.
5.2 Zijn er redenen (op het gebied van wetgeving, intellectuele eigendom, privacy of veiligheid) om de toegang tot de data te beperken wanneer deze openbaar zijn gemaakt, om te beperken welke data openbaar worden gemaakt, of om een deel van de data niet openbaar te maken? Zo ja, licht toe.	☒ Ja ☐ Nee Verzamelde data in dit onderzoek zijn beperkt geschikt voor anonimiseren, en om die reden zal het beperkt geschikt zijn voor het beschikbaar stellen van de data voor hergebruik. Er zal gekeken worden of bepaalde datasets wél geschikt zijn voor hergebruik zoals interviewlijsten, codeerschema's en wegingsmomenten. Na afloop van het project zal om daarom geëvalueerd worden of, en welke data mogelijk beschikbaar gesteld kan worden op basis van bovenstaande overwegingen.

5.3 Welke data worden beschikbaar gesteld voor hergebruik? Toelichting:	☐ Alle data uit het project worden vrij beschikbaar gesteld ☒ Overig (licht toe) Zie bovenstaand. Dit zal op een later moment overwogen worden.
5.4 Wanneer komen de data beschikbaar voor hergebruik en hoe lang zullen ze beschikbaar zijn? Toelichting:	☐ Data beschikbaar na verschijnen publicatie ☒ Data beschikbaar na afronding van het project ☐ Data beschikbaar na afronding van het project (onder embargo) Dit geldt alleen voor de data die na evaluatie geschikt worden geacht voor hergebruik. Data die geschikt worden geacht voor hergebruik zal beschikbaar worden gemaakt in een online repository (HU DataverseNL). Daarmee blijft de gepubliceerde (meta) data in principe altijd beschikbaar.
5.5 In welke repository worden de data gearhiveerd en beschikbaar gesteld voor hergebruik, en onder welke licentie?	Voor het duurzaam bewaren en toegang tot de onderzoeksgegevens na het onderzoek wordt een Archief omgeving ontwikkeld bij de HU in Researchdrive. De bewaartermijn is (minimaal) 10 jaar. Zie beschreven overweging voor beschikbaar stellen van data in een repository onder 5.2. Indien (meta)data beschikbaar zullen worden gesteld, zal hier een DOI

	voor aangemaakt worden via HU bibliotheek of de gekozen Digital Repository.
5.6 Beschrijf uw strategie voor het publiceren van de analysesoftware die in dit project wordt ontwikkeld.	Niet van toepassing. Geef aan hoe deze tools/software beschikbaar worden gesteld. Houd rekening met de duurzaamheid van de software die nodig is om de data te benaderen en te interpreteren. Bekijk de Vijf aanbevelingen voor FAIR Software.

6	Datamanagementkosten	
6.1	Welke middelen (bijvoorbeeld financiële middelen en tijd) worden ingezet voor datamanagement en om te zorgen dat de data vindbaar, toegankelijk, interoperabel en herbruikbaar zijn, oftewel: FAIR (findable, accessible, interoperable en reusable)?	Alle genoemde kosten zijn gedekt door de HU.



KSI_HU



SOCIALEINNOVATIE@HU.NL



BIT.LY/AANMELDENKSI