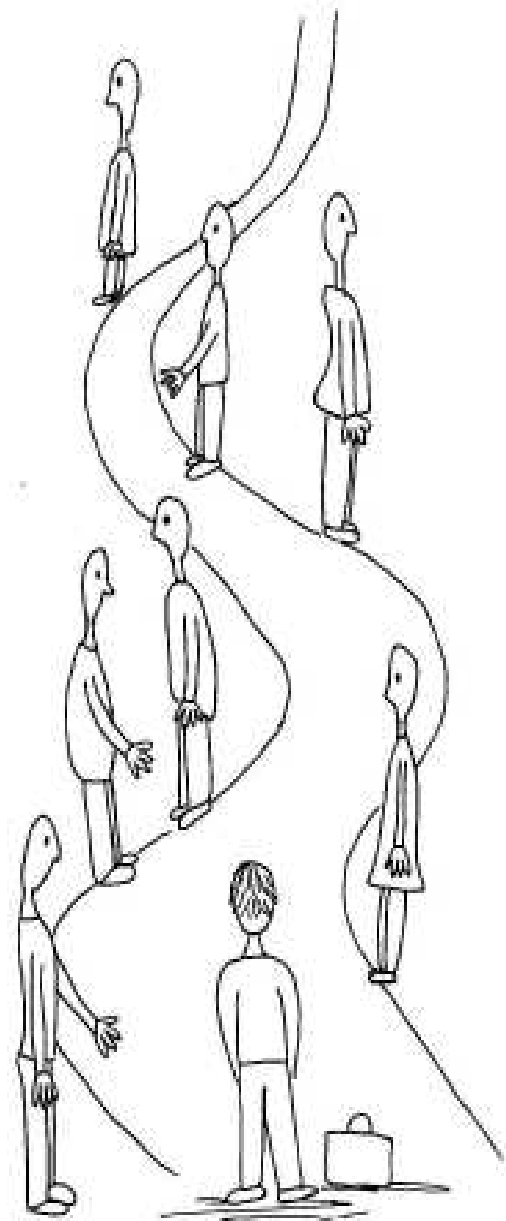


# De achterban ter beschikking

Een verkennend onderzoek naar het betrekken van de sociale contacten van tbs-patiënten bij hun re-integratie



Februari 2010

Eveline M. Hoeben (s1533460)

Scriptie sociologie  
Faculteit GMW, vakgroep sociologie  
Rijksuniversiteit Groningen/ FPC Dr. S. van Mesdag  
Externe begeleider: Dr. M. Spreen  
Interne begeleider: Drs. R.P. van der Horst  
Referent: Dr. R. Veenstra

## Voorwoord

Sinds ik met dit afstudeeronderzoek begon, in januari 2009, zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van FSNA. Het landelijke FSNA implementatieproject is in september 2009 afgerond. Alle projectdeelnemers (maatschappelijk werkers van negen verschillende forensisch psychiatrische centra) bleken zeer enthousiast over de methode. Momenteel is men bezig met het verkrijgen van financiële ondersteuning voor verlenging van het project. In dezelfde periode dat ik begon aan mijn afstudeerstage bij het FPC Dr. S. van Mesdag, startte het project 'Reclassering & FSNA'. Met dit project wilden de reclasseringsorganisaties een standaardprocedure ontwikkelen op basis van FSNA, die bruikbaar is voor reclasseringsmedewerkers. De belangstelling van de reclassering is een eerste stap richting de introductie van FSNA binnen vervolgvoorzieningen.

Gedurende mijn afstudeerstage- en onderzoek heb ik de ontwikkelingen betreffende FSNA met veel interesse gevolgd. Naast introductie in de FSNA-methode en een kijkje achter de schermen van een grootschalig implementatieproject, heb ik veel geleerd over het forensisch psychiatrische werkveld en over de praktische kant van onderzoek. Dat heb ik onder meer te danken aan een goede begeleiding en ondersteuning. In de eerste plaats wil ik daarom Marinus Spreen bedanken, mijn stagebegeleider. Hij heeft mij alle ruimte geboden om zelfstandig dit onderzoek op te zetten, maar stuurde me waar nodig voldoende bij. Ruud van der Horst en René Veenstra wil ik bedanken voor hun waardevolle feedback op de conceptversies van dit verslag. Lydia Pomp, Marlies van den Berg, Swanny Kremer en Erwin Schuringa waren gedurende mijn stage bij het FPC Dr. S. van Mesdag mijn collega's. Ik wil hen bedanken, omdat ze me wegwijs hebben gemaakt binnen deze enorme instelling en omdat ze op diverse manieren hebben bijgedragen aan de vorming en uitvoering van het onderzoek. De patiënten, netwerkleden, interviewers en medewerkers die hebben meegewerkt aan dit onderzoek wil ik bedanken voor hun tijd en inzet. Tot slot wil ik mijn eigen significante anderen bedanken voor hun (sociale) steun gedurende mijn gehele afstudeerperiode. In het bijzonder wil ik daarbij mijn ouders en mijn vriend Helmich noemen, die talloze suggesties hebben gedaan en eindeloos naar mijn verhalen hebben geluisterd.

Er valt nog veel te verbeteren aan de re-integratie van tbs-patiënten in de maatschappij. Hoewel ik natuurlijk bevooroordeeld ben door mijn stage in een FSNA-propagerende omgeving als de onderzoeksafdeling van het FPC Dr. S. van Mesdag, heb ik er vertrouwen in dat FSNA daaraan een bijdrage kan leveren. Tijdens de interviews met vrienden en familieleden van de tbs-patiënten uit dit onderzoek, merkte ik bovendien dat veel van deze contacten zich ongehoord voelden door de kliniek en graag hun verhaal wilden doen. Ook bij de oplossing van dit probleem zie ik een rol voor de FSNA weggelegd. Ik hoop dan ook dat de resultaten uit dit onderzoek niet achter gesloten kastdeuren verdwijnen, maar dat ze worden meegenomen in vervolgonderzoek en op die manier een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en implementatie van FSNA.

Eveline M. Hoeben  
Groningen, 2010

## Samenvatting

Dit onderzoek dient als verkennend onderzoek naar de mogelijkheden voor een toezichtsprogramma op tbs-patiënten tijdens de voorwaardelijke beëindiging van hun dwangverpleging. De verkende mogelijkheden hebben betrekking op de bijdrage die sociale contacten (netwerkliden) van deze patiënten kunnen leveren aan het houden van toezicht en het bieden van ondersteuning tijdens de re-integratie in de maatschappij. De begrippen 'sociale steun' en 'sociale controle' staan hierbij centraal.

Om te onderzoeken in welke mate het betrekken van de netwerkliden van de patiënten bij de re-integratie bijdraagt aan sociale controle, sociale steun en het functioneren van de patiënten, is een quasi-experimentele onderzoeksopzet gebruikt. De voor- en nameting bestaan daarbij uit Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) interviews met patiënten. De interventie bestaat uit FSNA interviews met de significante anderen van acht van de geïnterviewde patiënten (de interventiegroep). De controlegroep bestond uit zeven patiënten waarvan de significante anderen niet zijn geïnterviewd. In totaal participeerden 15 patiënten in het onderzoek. Alle patiënten waren man, omdat er in de kliniek waar het onderzoek plaatsvond alleen mannelijke tbs-patiënten verblijven.

Het interviewen van significante anderen, heeft invloed op drie dingen: 1) de mate waarin patiënten ervaren te worden herinnerd aan hun medicatie door deze netwerkliden, 2) de mate waarin patiënten waarde hechten aan de goedkeuring van hun gedrag en beslissingen door deze netwerkliden en 3) de mate waarin de patiënten willen dat deze netwerkliden op de hoogte zijn van eventuele moeilijkheden. Deze veranderingen in ervaren sociale controle worden niet weerspiegeld in de werkelijk gegeven sociale steun en controle, volgens de netwerkliden. De geïnterviewde netwerkliden lijken wel meer zicht te hebben gekregen op het gedrag van de patiënten door het afnemen van de interviews. Op basis van een kwalitatieve analyse lijken patiënten uit de interventiegroep na de interventie beter te functioneren dan de patiënten uit de controlegroep (gemeten met voorgekomen incidenten en bijzondere voorvallen). Voorafgaand aan de interventie was er geen duidelijk verschil in het functioneren van de twee groepen zichtbaar. Uit dit onderzoek blijkt niet of het verschil in functioneren kan worden toegeschreven aan het verschil in ervaren sociale controle. Met andere woorden: of het verschil in functioneren kan worden toegeschreven aan de interventie.

De onderzoeksresultaten impliceren een mogelijke bijdrage van de netwerkliden van tbs-patiënten aan het houden van toezicht op deze patiënten tijdens hun re-integratie, door middel van sociale controle. De tbs-patiënten lijken beïnvloedbaar te zijn door sociale controle van hun significante anderen. Uit dit onderzoek komt niet naar voren dat patiënten meer sociale steun vanuit hun netwerk gaan ervaren, wanneer de netwerkliden worden betrokken bij de re-integratie van deze patiënten.

## Summary

This research serves as an explorative investigation of the possibilities for a probation programme for forensic psychiatric patients. The explored possibilities involve the possible contribution of social contacts (network members) of the patients to supervision and support during re-integration in society. With this, 'social support' and 'social control' are the most important concepts.

To investigate the extent to which the involvement of network members can contribute to social control, social support and the functioning of forensic psychiatric patients, a non-equivalent control group design has been used. The measurement of experienced social support and social control has been done by Forensic Social Network Analysis (FSNA) interviews with patients. The intervention consisted of FSNA interviews with the significant others of eight of these interviewed patients. The control group was a group of seven patients from which the significant others were not interviewed. There were 15 patients participating in this research. All patients are male, since there are only male inpatients at the institution where the research took place.

Interviewing the significant others, had impact on three things: 1) the extent to which patients experienced to be reminded on their medication by these network members, 2) the extent to which patients valued approval of their acts and decisions by these network members and 3) the extent to which the patients wished the network members to be informed about possible problems. These changes in experienced social control are not reflected in the given social support and social control, according to the interviewed significant others. The interviewed social contacts do seem to have gotten more insight in the behaviour of the patients because of the interviews. Based on qualitative analysis patients in the intervention group seem to function better than the patients in the control group, after interviewing their significant others (measured with incidents and particular events). Preceding the intervention, there was no clear difference between the functioning of the patients within the two groups. This research does not show whether the difference in functioning can be subscribed to the change in experienced social control. In other words: whether the difference in functioning can be subscribed to the intervention.

The research results implicate a possible contribution of the network members of forensic psychiatric patients to supervision on these patients during their re-integration, by means of social control. The forensic psychiatric patients seem to be sensitive to social control from their significant others. This research does not suggest that patients experience more social support from their network, when the network members become more involved in the re-integration of these patients.

# Inhoudsopgave

Voorwoord  
Samenvatting  
Summary  
Inhoudsopgave

Inleiding	1
1.1. Achtergrondinformatie	2
1.2. Werkwijze en doelstellingen	4
1.3. Centrale vraagstelling	4
1.4. Opbouw onderzoeksverslag	5
Theoretisch kader	6
2.1. Algemene theorieën over de invloed van sociale omgeving op ongewenst gedrag	6
2.2. Het belang van het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van tbs-patiënten	7
2.3. Sociale steun en sociale controle	8
2.4. Manieren om netwerkleden bij de behandeling van tbs-patiënten te betrekken	11
Methoden	15
3.1. Onderzoeksetting	15
3.2. Procedure	16
3.3. Meetinstrumenten	18
3.4. Analyse	21
Resultaten	23
4.1. Netwerkleden als toezichthouders	23
4.2. Ervaren sociale controle door de patiënten	25
4.3. Interventie-effect van FSNA op de ervaren sociale steun en sociale controle door patiënten	26
4.4. Interventie-effect van FSNA op de netwerkleden	28
4.5. Interpretatie van sociale steun en sociale controle door netwerkleden en patiënten	30
4.6. Interventie-effect van FSNA op het functioneren van patiënten	32
Conclusie en discussie	34
Literatuurlijst	
Begrippen- en afkortingenlijst	
Bijlage A: Tabellen	
Bijlage B: Vragenlijsten	

# Inleiding

Recidive door terbeschikking gestelde (tbs) patiënten staat de laatste jaren hoog op de politieke agenda. In 2005 werd een tijdelijke parlementaire commissie opgericht om de stand van de forensische zorg te onderzoeken. Na verscheidene incidenten, was de aanleiding voor het oprichten van de commissie een incident waarbij een tbs-patiënt zich tijdens verlof aan het toezicht onttrok en een bejaarde man vermoordde. Deze parlementaire commissie, de commissie Visser, deed in haar eindrapport van 2006 diverse aanbevelingen om de kwaliteit van het Nederlandse tbs-stelsel te verbeteren (Commissie Visser, 2005-2006). Op basis van deze aanbevelingen werden in 2008 beleidsmaatregelen genomen, waaronder het verlengen van de voorwaardelijke beëindiging van dwangverpleging van 3 naar 9 jaar. Om dit negenjarig toezicht zo effectief mogelijk te kunnen invullen, onderzocht het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum (WODC) in opdracht van het Ministerie van Justitie de effectiviteit van toezichtprogramma's (De Kogel & Nagtegaal, 2008). Een toezichtprogramma wordt door De Kogel en Nagtegaal (2008) gedefinieerd als 'een samenhangend geheel aan activiteiten dat gericht is op het extramuraal toezicht houden op het gedrag van de betrokken persoon, met daarin een element van controle, al dan niet in combinatie met begeleiding, zorg en/of behandeling'. Met 'extramuraal toezicht' wordt het toezicht bedoeld dat 'buiten de muren' van de tbs-kliniek op de patiënt wordt gehouden. Het gaat dan om de periode van de tbs-behandeling dat de patiënt meer vrijheden krijgt en meer (onbegeleide) tijd doorbrengt buiten de kliniek.

De Kogel en Nagtegaal (2008) concluderen dat een toezichtsprogramma, gericht op een vermindering van het recidiverisico van een tbs-patiënt, het best zowel re-integratiecomponenten als controlecomponenten kan bevatten. Met andere woorden: een effectief toezichtsprogramma moet zowel toezien op het gedrag van een patiënt als actieve ondersteuning bieden tijdens diens re-integratie. Met 're-integratie' wordt in dit onderzoek gerefereerd aan de terugkeer van tbs-patiënten in de maatschappij, na hun verblijf in een gesloten instelling (bijvoorbeeld een tbs-kliniek).

In dit onderzoek wordt aangenomen dat de netwerkleden van tbs-patiënten een rol kunnen spelen bij het toezicht houden op en het ondersteunen van de patiënt. Met 'netwerkleden' worden de sociale contacten van een tbs-patiënt bedoeld; personen die zich in het sociale netwerk van een patiënt begeven. Hier wordt met 'netwerkleden' gerefereerd aan de niet-institutionele contacten van tbs-patiënten buiten de kliniek. In dit onderzoek wordt verder aangenomen dat een tbs-kliniek steeds minder zicht krijgt op het gedrag van een tbs-patiënt naarmate die verder re-integreert in de maatschappij. De mogelijke rol die netwerkleden kunnen spelen bij de re-integratie van de patiënt, wordt belangrijker naarmate de kliniek die rol minder kan vervullen. Dus, naarmate de kliniek minder zicht krijgt op de patiënt.

Het idee dat netwerkleden kunnen bijdragen aan de re-integratie van een patiënt, wordt ondersteund vanuit de literatuur. Skipworth en Humberstone (2002) signaleren op basis van literatuuronderzoek dat een samenwerking tussen een instelling en het sociale netwerk van haar patiënten voordelig kan zijn voor de re-integratie van deze patiënten. Het sociale netwerk biedt de patiënt ondersteuning en kan daardoor vroegtijdig signaleren wanneer het mis dreigt te gaan met de patiënt. Tegelijkertijd kan het contact met netwerkleden bijdragen aan het behouden van een identiteit. De identiteit van patiënten kan door hun psychische stoornis of hospitalisatie onder druk komen te staan. De Kogel en Nagtegaal (2008) noemen sociale steun en sociale controle als mechanismen die in toezichtsprogramma's bij kunnen dragen aan het terugdringen van het recidiverisico van tbs-patiënten. Bouman, De Ruiter en Schene (2009)

concluderen op basis van hun onderzoek dat een forensische behandeling aandacht moet hebben voor de reductie van risicofactoren en het stimuleren van beschermende factoren op het gebied van sociale bindingen.

Dit onderzoek verkent de mogelijkheden voor een toezichtsprogramma met ‘sociale controle’ als controlecomponent en ‘sociale steun’ als re-integratiecomponent. Het onderzoek bekijkt de mate waarin het betrekken van de netwerkleden van patiënten bij hun re-integratie bijdraagt aan het functioneren van deze patiënten en de mate waarin ze sociale steun en sociale controle ervaren vanuit hun sociale netwerk.

## **§1.1. Achtergrondinformatie**

### **Terbeschikkingstelling**

De strafmaatregel ‘terbeschikkingstelling’ wordt opgelegd aan personen die een ernstig delict hebben gepleegd (een delict waarvan de wettelijke strafdreiging ten minste vier jaar gevangenisstraf is) en die door een psychiatrische stoornis (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar worden verklaard voor hun delict. Voor het opleggen van de maatregel terbeschikkingstelling dient de psychische stoornis in direct verband te staan met het plegen van het delict. De maatregel wordt alleen opgelegd wanneer de algemene veiligheid dat vereist, wat impliceert dat er een groot recidivegevaar bestaat wanneer de persoon niet wordt behandeld (artikelen 37, 37a en 37b Sr). Terbeschikkingstelling is als maatregel ingesteld om de veiligheid van de samenleving te waarborgen. De maatregel draagt op twee manieren bij aan de veiligheid van de samenleving. Enerzijds door de tbs-patiënt middels vrijheidsbeneming (tijdelijk) niet te laten deelnemen aan de maatschappij. Anderzijds door de tbs-patiënt zodanig te behandelen dat zijn recidiverisico voldoende afneemt voor een veilige re-integratie in de samenleving. Door de nadruk op de behandeling, wordt de voorkeur gegeven aan de term ‘tbs-patiënt’ boven de term ‘tbs-gestelde’. De tbs duurt in principe zolang er sprake is van recidivegevaar (artikelen 38d, 38e en 38j Sr). Voor een bepaalde groep tbs-patiënten is terugkeer naar de maatschappij uitgesloten, omdat zij blijvend als delictgevaarlijk worden ingeschat (Commissie Visser, 2005-2006).

Een tbs-behandeling bestaat uit het behandelen van de factoren (waarvan wordt vermoed dat) die invloed hebben op het recidiverisico van een patiënt. Een tbs-behandeling kan worden ingedeeld in drie fasen. In de instroomfase wordt er voor elke patiënt een diagnose en een prognose gesteld. Vervolgens worden gedurende de doorstroomfase diverse therapieën en behandelingen aangeboden, passend bij de diagnose van de patiënt. De uitstroomfase is de laatste fase van de behandeling, waarin een patiënt ofwel wordt voorbereid op re-integratie in de maatschappij (in sommige gevallen gaat dit via een overplaatsing naar een Forensisch Psychiatrische Afdeling), ofwel op het verblijf op een long-stay afdeling.

Ook de re-integratie van een tbs-patiënt in de maatschappij verloopt in fasen. Er zijn vier typen verloop die oplopen in de mate van vrijheid voor de patiënt: begeleid verloop (dergelijke verlopen worden eerst begeleid door een opgeleide beveiligers en in een later stadium door een sociotherapeut), onbegeleid verloop, transmuraal verloop (de patiënt mag buiten de kliniek verblijven of wonen, maar valt nog wel steeds onder het toezicht van de kliniek) en proefverloop (patiënt mag op proef terugkeren naar de samenleving, het toezicht wordt overgedragen aan de reclassering) (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). Hoewel de gefaseerde re-integratie ertoe dient de terugkeer van een tbs-patiënt in de maatschappij zo soepel mogelijk te doen verlopen, vervalt toch een gedeelte van de patiënten opnieuw in ongewenst gedrag. Met ‘ongewenst’ gedrag wordt verwezen naar gedrag dat vanuit de tbs-kliniek als ongewenst wordt geacht. Daaronder valt ‘al het gedrag dat de behandelvoortgang

vertraagt'. Dat kan zowel delinquent (bij wet verboden) gedrag zijn, maar ook (al dan niet intentioneel) overlastgevend gedrag (gedrag dat niet strafbaar is, maar wel overlast veroorzaakt bij andere personen).

Van de tbs-patiënten die tussen 1999 en 2003 in vrijheid zijn gesteld, heeft ongeveer 39 procent recidive<sup>1</sup> gepleegd. Tussen 1999 en 2003 heeft 12 procent van de in vrijheid gestelde tbs-patiënten zeer ernstige recidive<sup>2</sup> gepleegd (Repris WODC-Recidivemonitor, cijfers van 2006).

### **Het belang van de bijdrage van netwerkleden van de re-integratie van tbs-patiënten**

Netwerkleden kunnen op twee manieren een bijdrage leveren aan de re-integratie van tbs-patiënten in de maatschappij. Ten eerste kunnen de netwerkleden waardevolle informatie verstrekken aan hulpverleners (Borgesius, 1994; Geestelijke Gezondheids Zorg [GGZ], 2008; McCann, McKeown & Porter, 1996; Skipworth & Humberstone, 2002) en daarmee in samenwerking met de aanwezige hulpinstelling of justitiële instelling een bijdrage leveren aan het houden van toezicht. Ten tweede kunnen de netwerkleden dienen als sociaal vangnet in de periode dat een patiënt meer vrijheden krijgt en terugkeert in de maatschappij. De netwerkleden kunnen in samenwerking met de aanwezige hulpinstelling of justitiële instelling een bijdrage leveren aan het bieden van ondersteuning.

Bij de genoemde manieren waarop netwerkleden een bijdrage kunnen leveren aan de re-integratie van een tbs-patiënt, wordt uitgegaan van de beschermende werking van het sociale netwerk van een tbs-patiënt. Het sociale netwerk wordt gezien als een buffer tegen stress en vervelende gebeurtenissen en als sociaal vangnet voor het geven van steun. Vanuit een ander uitgangspunt wordt de rol van de netwerkleden van een tbs-patiënt vooral gezien als risicovol. Dan wordt rekening gehouden met de mogelijk negatieve invloed die netwerkleden van tbs-patiënten hebben op de voortgang van de behandeling. Het is bijvoorbeeld risicovol wanneer netwerkleden (openlijk) de behandeling door de kliniek afkeuren of adviezen geven aan de patiënt die het behandelbeleid van de kliniek tegenspreken. Dit kan een negatieve invloed hebben op de motivatie van een patiënt om mee te werken aan de behandeling. De netwerkleden kunnen ook een negatieve invloed hebben op het gedrag van de patiënt, wanneer er conflicten bestaan tussen de patiënt en diens netwerkleden (Pomp, 2005).

Het belang van het meewegen van eventuele sociale invloed op gedrag van tbs-patiënten, wordt erkend door enkele gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. De Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30) (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002) weegt onder andere de factoren 'sociale en relationele vaardigheden' en 'sociale steun en netwerk' mee in de risicotaxatie. De Historical Clinical and Risk-management scales-20 (HCR-20) (Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) weegt onder meer 'instabiliteit van relaties' mee in de taxatie. Ook het instrument Forensisch Psychiatrische Profielen-40 (FP-40) (Brand, 2001) bevat factoren die betrekking hebben op de sociale omgeving.

### **Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek**

Dit onderzoek is gebaseerd op het uitgangspunt dat netwerkleden een beschermende werking kunnen hebben en kunnen bijdragen aan de re-integratie van een tbs-patiënt. Het is een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van een toezichtsprogramma voor tbs-patiënten, met als controlecomponent 'sociale controle' en als rehabilitatiecomponent 'sociale

---

<sup>1</sup> Recidive verwijst naar nieuw justitiecontact naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten.

<sup>2</sup> Zeer ernstige recidive verwijst naar nieuw justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens 8 jaar.



steun.' Er is tot dusver weinig onderzoek gedaan naar de mogelijke invloed van het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van een tbs-patiënt op het verloop van zijn re-integratie. Ook (meer algemeen) naar de invloed van de sociale omgeving op het gedrag van tbs-patiënten is weinig onderzoek gedaan.

De maatschappelijke bijdrage van dit onderzoek bestaat uit een eerste aanzet tot een toezichtsprogramma gebaseerd op informele sociale factoren (sociale controle en sociale steun). Het onderzoek levert een bijdrage aan de kennis over mogelijkheden om de re-integratie van tbs-patiënten effectiever te laten verlopen. Recidive van tbs-patiënten heeft namelijk grote consequenties. Naast emotionele, fysieke en materiële schade voor het slachtoffer en andere directe betrokkenen, heeft het een negatieve invloed op het veiligheidsgevoel van de rest van de samenleving. Ook heeft recidive economische consequenties: wanneer een patiënt recidiveert, wordt zijn re-integratie vertraagd. De financiële kosten van een verlengd verblijf in een tbs-kliniek worden gedragen door de samenleving (Oppelaar & Wittebrood, 2006).

## §1.2. Werkwijze en doelstellingen

De focus in dit onderzoek ligt op de uitstroomfase van de behandeling van een tbs-patiënt, omdat het onderzoek de mogelijkheden van een extramuraal toezichtsprogramma verkent.

Om de netwerkleden van een tbs-patiënt te betrekken bij zijn re-integratie, wordt Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) toegepast. FSNA is een methode die ter aanvulling op de bestaande risicotaxatie-instrumenten informatie geeft over de structuur van het sociale netwerk van een tbs-patiënt en over de inschatting die netwerkleden maken van het recidiverisico van een patiënt. Voor het uitvoeren van FSNA worden zowel de tbs-patiënt als zijn netwerkleden geïnterviewd. *De achterliggende gedachte van dit onderzoek is dat het interviewen van een tbs-patiënt en zijn netwerkleden op zichzelf een interventie is. Er wordt verwacht dat deze interventie positieve invloed heeft op het functioneren van de tbs-patiënt en op de mate waarin de patiënt sociale steun en sociale controle ervaart door de geïnterviewde netwerkleden.*

De specifieke doelstelling van dit onderzoek is het empirisch onderzoeken van de mate waarin netwerkleden van tbs-patiënten kunnen bijdragen aan de re-integratie van deze patiënten. De algemene doelen van dit onderzoek hebben betrekking op het leveren van een bijdrage aan de kennis over:

- Mogelijkheden tot toezicht op re-integrerende tbs-patiënten;
- De mate waarin netwerkleden invloed hebben op het functioneren van (re-integrerende) tbs-patiënten;
- Toepassingsmogelijkheden van Forensische Sociale Netwerk Analyse.

## §1.3. Centrale vraagstelling

In deze scriptie wordt de volgende probleemstelling onderzocht:

**In hoeverre draagt het betrekken van netwerkleden in de re-integratiefase van de behandeling van een tbs-patiënt middels sociale steun en sociale controle bij aan een voorspoedige re-integratie van de tbs-patiënt in de maatschappij?**

De probleemstelling wordt beantwoord aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre kan het uitvoeren van een FSNA in de uitstroomfase van de behandeling van een tbs-patiënt bijdragen aan een grotere betrokkenheid van de netwerkleden van een tbs-patiënt bij zijn re-integratie in de maatschappij?
- Op welke wijze kan een grotere betrokkenheid van de netwerkleden van een tbs-patiënt bij zijn re-integratie bijdragen aan (de kans op) een voorspoedige re-integratie van de tbs-patiënt in de maatschappij?

## **§1.4. Opbouw onderzoeksverslag**

In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, wordt ingegaan op de theoretische achtergrond van het betrekken van netwerkleden bij de re-integratie van tbs-patiënten. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verbanden die in de literatuur worden gelegd tussen ongewenst gedrag (van forensisch psychiatrische patiënten) enerzijds en sociale invloed anderzijds. Er wordt uitgebreid ingegaan op de wijze waarop sociale steun en sociale controle van invloed kunnen zijn op (ongewenst) gedrag. Verder wordt een theorie gepresenteerd over de wijze waarop FSNA kan bijdragen aan het betrekken van netwerkleden bij de re-integratie van tbs-patiënten. Op basis van de literatuur worden in dit hoofdstuk drie hypothesen geformuleerd. In het methodenhoofdstuk wordt vervolgens een quasi-experimentele onderzoeksopzet geïntroduceerd om te onderzoeken in hoeverre het interviewen van tbs-patiënten en hun netwerkleden positieve invloed heeft op het functioneren van de patiënten en de door hen ervaren sociale steun en sociale controle. In het resultatenhoofdstuk worden de bevindingen van de hypothesetoetsing gepresenteerd. De bevindingen worden daarna in het laatste hoofdstuk, 'conclusie en discussie', geëvalueerd en vertaald naar praktische implicaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

# Theoretisch kader

## §2.1. Algemene theorieën over de invloed van sociale omgeving op ongewenst gedrag

Het uitgangspunt van dit onderzoek is dat netwerkliden kunnen bijdragen aan een voorspoedige re-integratie van tbs-patiënten. Met een ‘voorspoedige re-integratie’ wordt bedoeld dat de patiënten weinig ongewenst gedrag laten zien en dat de kans op ongewenst gedrag in de toekomst klein wordt geacht. Om het genoemde uitgangspunt van dit onderzoek te beargumenteren, volgt eerst een overzicht van de theorieën die als voornaamste basis worden beschouwd voor de huidige assumpties over de invloed van (directe) sociale omgeving op ongewenst gedrag. Dit zijn de sociale bindingen theorie van Hirschi (1969), de theorie over sociale spanningen van Merton (1968) en Agnew (1992) en de differentiële associatie theorie van Sutherland (1939) en Burgess en Akers (1966).

*De sociale bindingen theorie* van Hirschi (1969) stelt dat, wanneer personen meer gehecht zijn aan andere personen in de conventionele samenleving, zij meer zullen geloven in de waarden van de conventionele samenleving. Daardoor investeren ze meer in en zijn ze meer betrokken bij de conventionele activiteiten, waardoor het minder waarschijnlijk is dat ze zich afwijkend (of ongewenst) zullen gedragen. Wanneer individuen minder gehecht zijn aan andere mensen, wanneer ze met andere woorden ‘minder goed geïntegreerd zijn in groepsrelaties,’ zullen ze meer geneigd zijn om enkel op zichzelf te vertrouwen en hun eigen regels te erkennen, wat resulteert in gedrag dat afwijkt van de norm (Chriss, 2007; Kierkus & Baer, 2002).

*De sociale spanningen theorie* stelt dat onbereikte doelen stress en negatieve emoties opwekken. Die ‘spanningen’ kunnen zich uiten in ongewenst gedrag. Dit gedrag ontstaat ofwel door correcties op de negatieve emoties vanuit het sociale netwerk, ofwel als methode voor het reduceren van stress en het zoeken van wraak (Agnew, 2001). Agnew (1992) definieert spanningen als ‘relaties waarin anderen het individu niet behandelen zoals het zou willen worden behandeld.’ Deze definitie blijft dus heel dicht bij het sociale netwerk als stressfactor. Andere wetenschappers hebben spanningen genoemd die minder te maken hebben met sociale interactie. De meeste spanningen die leiden tot ongewenst gedrag zijn in te delen onder de volgende categorieën:

1. Het verliezen van als positief ervaren stimuli (bijvoorbeeld het wegvallen van een vriendschap, het overlijden van een partner)
2. De aanwezigheid van als negatief ervaren stimuli (bijvoorbeeld ervaren beledigingen of krenkingen)
3. Ervaren doelenblokkade (het mislukken van het bereiken van doelen op een legale wijze) (Agnew, 2001)

De sociale spanningen theorie is erg verweven met de ideeën over ‘coping,’ het omgaan met stress. De theorie sluit goed aan op ideeën over het sociale netwerk als ‘buffer’ tegen stress, wanneer er sprake is van negatieve gebeurtenissen (Cohen & Wills, 1985)

In zijn *differentiële associatie theorie* beargumenteert Sutherland (1939) dat personen die door bewuste selectie of door andere redenen veel worden blootgesteld aan delinquent gedragingen, daarbij behorende eigenschappen aanleren. De theorie richt zich daarmee specifiek op strafbaar gesteld gedrag en in mindere mate op ‘algemeen ongewenst’ gedrag. Volgens Sutherland wordt delinquent gedrag aangeleerd door sociale interactie. Het aanleren van delinquent gedrag omvat aan de ene kant technieken voor het begaan van criminaliteit en

aan de andere kant de richting van motieven, drijfveren, rationele verklaringen en opinies. De richting van motieven en drijfveren wordt aangeleerd via in de groep geldende positieve of negatieve waarderingen van legale codes. Wanneer het overtreden van legale codes als positief wordt gewaardeerd, is het waarschijnlijker dat een persoon zich delinquent gaat gedragen. Het proces van differentiële associatie varieert met de frequentie, duur, belangrijkheid en intensiteit van de sociale interactie (Burgess & Akers, 1966; Warr, 2002).

## **§2.2. Het belang van het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van tbs-patiënten**

Voor de verdere beargumentering van het uitgangspunt van dit onderzoek (netwerkleden kunnen bijdragen aan een voorspoedige re-integratie van patiënten), worden in deze paragraaf vier redenen aangevoerd voor het betrekken van de netwerkleden van tbs-patiënten bij hun behandeling. In het verdere onderzoek wordt vooral ingegaan op de derde en vierde reden, omdat deze betrekking hebben op de re-integratie periode van een tbs-behandeling. De eerste twee redenen zijn algemener en van toepassing op de gehele behandeling.

De eerste reden voor het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van tbs-patiënten is het gevaar dat personen, die lange tijd intramuraal (in een gesloten instelling) behandeld worden, vervreemden van hun netwerkleden. Door een psychische stoornis ontstaat er een discrepantie tussen wat een persoon kan waarmaken in zijn sociale relaties en wat zijn netwerkleden van hem verwachten. Op den duur verwacht het sociale netwerk van een persoon met een psychische stoornis helemaal niets meer, waarna deze sociale contacten afbrokkelen. Dit staat ook wel bekend als het Social Breakdown Syndrome (Gruenberg, 1967). Dit syndroom kan zowel binnen als buiten een instelling plaatsvinden, maar het wordt verergerd door hospitalisatie. Hospitalisatie is een proces waarbij personen zich anders gaan gedragen door een (langdurig) verblijf in een instelling (Goffman, 1994). Wanneer zowel sprake is van het Social Breakdown Syndrome als van hospitalisatie worden 'gewone' informele relaties vervangen door relaties met hulpverleners en medepatiënten (Baars, 1994). Het Social Breakdown Syndrome kan bij tbs-patiënten door onthechting van de maatschappij (sociale bindingen theorie) of door een toegenomen associatie met medepatiënten (differentiële associatie theorie) leiden tot ongewenst gedrag. Tbs-patiënten verblijven vaak voor lange tijd in een kliniek. Het is daarom van belang dat zij worden aangemoedigd en ondersteund bij het maken van nieuwe contacten en het onderhouden van oude contacten.

De tweede reden om netwerkleden van een (forensisch) psychiatrische patiënt te betrekken bij zijn behandeling, is het belang van deze netwerkleden. Uit verschillende onderzoeken binnen de geestelijke gezondheidszorg is gebleken dat met name familieleden het prettig vinden om te worden betrokken bij de behandeling. Familie en vrienden hebben vaak behoefte aan informatie over het ziektebeeld van hun naaste, om zijn gedrag in een bredere context te kunnen plaatsen. Daarnaast willen ze graag op de hoogte worden gehouden van de behandeling en vinden ze het prettig wanneer hun rol als steunverlenend contact wordt erkend (Borgesius, 1994; GGZ, 2008; McCann e.a., 1996; Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008; Van Meekeren & De Jong, 1999). Het is in het belang van de netwerkleden om hen voor te bereiden op de terugkomst van een tbs-patiënt door hen te betrekken bij deze re-integratie in de maatschappij. Door de netwerkleden voldoende te informeren over de stoornis en mogelijke risicofactoren van de patiënt, kunnen ze het individu beter ondersteunen en weten ze beter waar ze aan toe zijn wanneer de patiënt terugkeert (McCann e.a., 1996; Skipworth & Humberstone, 2002).

De derde reden voor het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van een (forensisch) psychiatrische patiënt, is dat netwerkleden informatie kunnen verstrekken aan de

hulpverleners (GGZ, 2008; McCann e.a., 1996; Skipworth & Humberstone, 2002). De kennis van familieleden en vrienden over de patiënt, geeft de hulpverlener inzicht in welke behandeling voor de individuele patiënt werkt en welke niet. Het betrekken van netwerkleden kan daarmee zorgen voor een meer individuele aanpak tijdens de behandeling (Borgesius, 1994). Inzicht in de sociale omgeving van een patiënt is een manier om zicht te krijgen op mogelijke bronnen van steun en opvang en op het delictscenario van een patiënt, wat weer inzicht kan geven in wat voor deze patiënt risicovolle toekomstige situaties zijn. Ook hebben netwerkleden een signaalfunctie. Ze staan dicht bij de patiënt en kunnen daardoor tijdig gedrag signaleren dat tot een terugval kan leiden (McCann e.a., 1996). Informatie vanuit de netwerkleden kan verder een indruk geven van eventuele spanningsbronnen in de directe omgeving van de patiënt (Bem & Funder, 1978; Pomp, 2005; Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007; Spreen, Pomp & Vermeulen, 2006). Deze spanningsbronnen kunnen worden geïnterpreteerd als vervelende gebeurtenissen in de relatiesfeer (Agnew, 1992), maar ook als netwerkleden met deviante kenmerken. Netwerkleden met ‘deviante kenmerken’ houden er bijvoorbeeld ideeën op na, die niet stroken met het beleid van de kliniek, of worden gekenmerkt door risicofactoren zoals een justitieel verleden (Hilterman, 1999; Pomp, 2005; Pomp e.a., 2007; Spreen e.a., 2006). Netwerkleden met deviante kenmerken kunnen worden gedefinieerd als ‘personen waarvan contact met een tbs-patiënt door de kliniek als ongewenst wordt beschouwd’.

De vierde reden voor het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van een (forensisch) psychiatrische patiënt heeft vooral betrekking op de laatste fase van de behandeling: de periode waarin de patiënt weer terugkeert in de maatschappij. Het is voor patiënten vaak moeilijk om na hun (voorwaardelijke) vrijlating hun draai te vinden in de maatschappij. Ze moeten een woning inrichten, werk zoeken en omgaan met de maatschappelijke veroordeling waartegen ze nog werden beschermd binnen de muren van de kliniek. Dit is een geleidelijk proces, waarbij de reclassering en de kliniek zoveel mogelijk begeleiding geven. Toch heeft die begeleiding bepaalde grenzen (3RO [3 Reclasserings Organisaties], 2009). Het betrekken van de netwerkleden van de patiënt bij diens behandeling kan zorgen voor een betere voorbereiding van het sociale vangnet op de re-integratie van de patiënt.

In de volgende paragraaf wordt uiteengezet hoe sociale controle (derde reden) en sociale steun (vierde reden) vanuit de netwerkleden van invloed kan zijn op (ongewenst) gedrag van patiënten tijdens hun re-integratie.

## §2.3. Sociale steun en sociale controle

### Sociale steun

Sociale steun kan zeer algemeen worden opgevat als ‘een kwaliteit van interactie die onwelbevinden voorkomt, vermindert, of welbevinden bevordert’ (Schrameijer, 1990, p.25). ‘Sociale steun’ is een paraplueterm voor de (positieve) effecten van interacties op een bepaald individu. Dit kan heel rationeel worden bekeken, door sociale contacten te zien als bronnen van materiële steun en informatie (sociaal kapitaal). Sociale steun hoeft echter niet te verwijzen naar concrete hulp, maar kan ook ‘empathie’ of ‘affectie’ omvatten (Schrameijer, 1990). Iets specifieker kan sociale steun worden opgevat als ‘de verstrekking van affectieve of materiële bronnen’ (Cullen, Wright & Chamlin, 1999).

De invloed van sociale steun op ongewenst gedrag kan worden verklaard met de sociale spanningen theorie. Deze theorie stelt dat onbereikte doelen stress en negatieve emoties opleveren, die zich kunnen uiten in criminaliteit en ander ongewenst gedrag. Vanuit

de literatuur zijn twee manieren aan te wijzen waarop sociale steun kan bijdragen aan het verkleinen van de kans op stress en daarmee aan het verkleinen van de kans op ongewenst gedrag:

1. Volgens de Sociale Productie Functie-theorie van Lindenberg (1996, 2001) en de sociaal kapitaal theorie (onder andere uitgewerkt door Coleman, 1990) kan sociale steun bijdragen aan doelenrealisatie. Pomp (2005) beargumenteert aan de hand van de Sociale Productie Functie theorie dat een tbs-patiënt andere mensen nodig heeft om de doelen 'status', 'gedragsbevestiging' en 'affectie' in zijn leven te realiseren (Pomp, 2005). De theorie over sociaal kapitaal ziet de bijdrage van sociale relaties aan het bereiken van doelen breder. De sociaal kapitaal theorie stelt dat een persoon beter in staat is een verscheidenheid aan doelen te behalen naarmate hij meer sociaal kapitaal bezit, mits hij het sociale kapitaal herkent en het kan benutten (Coleman, 1990). Doordat sociale steun kan bijdragen aan doelenrealisatie, zijn er minder onbereikte doelen die stress opleveren en die zonder sociale steun mogelijk op illegale wijze waren vervuld (Colvin, Cullen & Vander Ven, 2002).

2. Volgens de buffering-hypothese kan sociale steun als buffer fungeren in het geval van spanningen, waardoor deze minder snel leiden tot stress. Ten eerste kan de wetenschap dat anderen klaarstaan om te helpen het individu een positiever gevoel geven over zijn vermogen de situatie het hoofd te bieden. Ten tweede kan de affectie van anderen van invloed zijn op het neurologische systeem, waardoor personen minder stress ervaren dan ze anders zouden doen (Cohen & Wills, 1985).

Over de invloed van sociale steun op ongewenst gedrag van forensisch psychiatrische patiënten bestaat voor zover bekend geen literatuur. Er bestaan echter wel onderzoeken die het verband tussen 'sociale steun' en 'stress,' of tussen 'sociale steun' en 'functioneren' voor niet-delinquente psychiatrische patiënten bevestigen (Lenior, Dingemans, Linszen, De Haan & Schene, 2001; Van Dam-Baggen, Huiskes & Kraaimaat, 1990). In dit onderzoek wordt daarom aangenomen dat de psychische stoornissen niet zodanig van invloed zijn op het vermogen om sociale steun te ervaren dat ze een dergelijk verband neutraliseren. Wanneer het verband tussen sociale steun en stress overeind blijft bij aanwezigheid van psychische stoornissen, kan er voorzichtig vanuit worden gegaan dat ook het verband tussen sociale steun en ongewenst gedrag (dat gemedieerd wordt door stress) nog steeds opgaat bij een populatie van personen met psychische stoornissen.

## **Sociale controle**

De belangrijkste gedachte achter de controlebenadering is dat ongewenst gedrag kan worden verklaard vanuit mechanismen die het menselijk gedrag controleren. De centrale vraag is daarbij niet waarom personen de heersende regels overtreden, maar waarom zij zich daaraan houden (Hirschi, 1969). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen formele en informele controle op gedrag. Formele controle wordt uitgeoefend door officiële instanties. Informele controle omvat de controle die door de rest van de samenleving wordt uitgeoefend. De informele vorm van controle wordt ook wel aangeduid met 'sociale controle'. Een ruime definitie van sociale controle (en tevens de definitie die in dit onderzoek is gehanteerd) is de volgende: 'Registratie van en reactie op normafwijkend of juist normbevestigend gedrag, waarbij de reactie op het gedrag positiever is naarmate het gedrag meer conformeert aan de geldende normen' (Chriss, 2007; Cullen e.a., 1999; Innes, 2003).

Al eerder in dit onderzoeksverslag werd uiteengezet dat het betrekken van netwerkleiden waardevolle informatie kan opleveren voor de hulpverleners. Bijvoorbeeld informatie over het gedrag van tbs-patiënten in situaties waar de kliniek geen zicht op heeft. Dit is een manier om informele controle (vanuit de netwerkleiden) te vertalen naar formele controle (vanuit de kliniek). De invloed van controle op gedrag loopt in dat geval via sancties.

Het is echter ook mogelijk dat informele sociale controle vanuit netwerkliden een directe invloed uitoefent op het gedrag van patiënten. De invloed op het gedrag loopt dan via een proces van zelfregulering en de wens om bepaalde doelen na te streven. Dit proces wordt toegelicht in de ‘goal-framing’ theorie (Lindenberg, 2001; 2008). De goal framing theorie onderscheidt drie doelen die aan de basis liggen van menselijk handelen. Het eerste doel is het hedonische doel, waarbij wordt gestreefd naar een korte-termijn verbetering van het gevoel van een persoon. Het tweede doel is het winstgerichte doel (vertaling van ‘gain’), waarbij wordt gestreefd naar een verbetering of uitbreiding van de bronnen van een persoon. Het derde doel is het normatieve doel, waarbij wordt gestreefd naar gedrag dat past binnen een bepaalde sociale context. Wanneer één van deze doelen geactiveerd wordt, brengt dit allerlei processen teweeg. Het gaat dan bijvoorbeeld om processen voor het verwerken van informatie, processen die gedachten en gevoelens doen ontstaan en processen die de evaluatie van gebeurtenissen beïnvloeden. Een doelenkader (‘goal-frame’) bevat zowel het geactiveerde doel als de cognitieve processen die dit geactiveerde doel teweeg brengt. In een proces van zelfregulering worden de drie doelen op elkaar afgestemd. De zelfregulering wordt bemoeilijkt doordat externe prikkels voortdurend op een persoon inwerken. Deze prikkels activeren een bepaald doel en dringen de andere doelen naar de achtergrond. Volgens de goal framing theorie bepaalt dit geheel van externe prikkels, doelenactivatie en zelfregulering het gedrag van een persoon in een bepaalde situatie.

Voor dit onderzoek is het normatieve doel interessant. Activering van dit doel brengt cognitieve processen op gang waarbij personen gevoelig raken voor normen binnen een bepaalde context. Met andere woorden: activering van het normatieve doel maakt dat mensen zich meer willen gedragen op een wijze die goedkeuring van hun sociale omgeving uitlokt. Sociale controle activeert het normatieve doelenkader van een persoon. Sociale controle vanuit significante anderen doet dit nog veel meer (Lindenberg, 2008). De significante anderen van een persoon zijn de netwerkliden die tot de belangrijkste contacten in het leven van die persoon behoren. Ze vormen de kern van het sociale netwerk. De meeste mensen (in Nederland) hebben acht significante anderen (Meeuwesen, 2006). De opinies en normen van significante anderen wegen voor de meeste personen zwaar mee bij het tot stand komen van gedrag (Lindenberg, 2008). Wanneer de sociale controle vanuit significante anderen het normatieve doel van een tbs-patiënt activeert, kan dit het gedrag van die patiënt gunstig beïnvloeden. Hierbij is het van belang dat de significante anderen dezelfde definitie van ‘gewenst gedrag’ hanteren als de kliniek. Anders kan de sociale controle van de significante anderen een averechts effect hebben. Uit onderzoek blijkt dat de kans op ongewenst gedrag kleiner is, naarmate mensen meer gehecht zijn aan netwerkliden die dergelijk gedrag afkeuren. Zo tonen Veenstra, Lindenberg, Tinga en Ormel (in press) aan dat de kans op spijbelgedrag afneemt wanneer jongeren een hechtere band hebben met hun ouders en docenten. Paternoster, Saltzman, Waldo en Chiricos (1983) vonden dat sociale afkeuring van delinquent gedrag een negatieve invloed had op dergelijk gedrag. Omgekeerd is het mogelijk dat sociale goedkeuring van ongewenst gedrag dergelijk gedrag juist stimuleert.

De goal framing theorie en de theorieën over sociale controle zijn ontwikkeld op basis van onderzoek in niet-psychiatrische populaties. Het is aannemelijk dat het gedrag van personen met een psychische stoornis op een andere manier tot stand komt of beïnvloed wordt. Er is echter geen literatuur bekend over de invloed van sociale controle of de invloed van de activering van bepaalde doelen door sociale factoren op de cognities van personen met een psychische stoornis. Om die reden toetst dit onderzoek in hoeverre de theorie opgaat voor tbs-patiënten. Dat gebeurt aan de hand van de volgende hypothese:

*Hypothese 1: Naarmate de door de tbs-patiënt ervaren sociale controle door significante anderen toeneemt, zal hij meer waarde hechten aan de beoordeling van zijn gedrag door die significante anderen.*

## **§2.4. Manieren om netwerkleden bij de behandeling van tbs-patiënten te betrekken**

In de vorige paragrafen is het belang van het betrekken van netwerkleden bij de behandeling van tbs-patiënten onderstreept en is uiteengezet op welke manier sociale steun en sociale controle invloed kunnen hebben op gedrag. In deze paragraaf worden methoden beschreven om de netwerkleden te betrekken bij de behandeling van een tbs-patiënt.

Werkwijzen in de forensische psychiatrie waarbij netwerkleden actief worden betrokken, richten zich op de wisselwerking tussen individuele en omgevingsfactoren bij delictgedrag (Van Arum, 2008). Dergelijke werkwijzen kunnen zich ofwel richten op verandering van het netwerk van patiënten, ofwel op de ontwikkeling van de sterke kanten van het netwerk van een patiënt (Van de Beek, 1991). Bij werkwijzen voor het *veranderen van het externe netwerk* van een patiënt, valt bijvoorbeeld te denken aan het maatjesproject van Humanitas en het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag. In dit project worden een vrijwilliger en een tbs-patiënt aan elkaar gekoppeld om samen activiteiten te ondernemen (Gezocht: maatje voor terbeschikkinggestelde, 2009). Werkwijzen die het netwerk van een patiënt willen veranderen, richten zich op het uitbreiden van het netwerk of op het inperken van eventuele deviante contacten.

In dit onderzoek wordt echter onderzocht in hoeverre *bestaande* relaties kunnen bijdragen aan de re-integratie van een tbs-patiënt. Dit vraagt om een werkwijze waarbij bestaande netwerkleden zodanig worden gestimuleerd, dat de door hen gegeven sociale steun en uitgeoefende sociale controle toeneemt. In een dergelijke benadering worden de netwerkleden van een tbs-patiënt gezien als mogelijke bondgenoten van de kliniek met sterke kanten die ontwikkeld en ingezet kunnen worden. De sociale omgeving wordt dan geïnterpreteerd als een beschermende factor (Van Arum, 2008).

De begrippen ‘beschermende factor’ en ‘risicofactor’ komen vanuit de gestructureerde risicotaxatie. Risicotaxatie is een onderdeel van de tbs-behandeling, waarbij problemen in het functioneren van een tbs-patiënt in kaart worden gebracht, waarna gekeken wordt of die probleemgebieden van invloed zijn op het recidiverisico. Bij gestructureerde risicotaxatie worden criminogene factoren tegen elkaar afgewogen om het recidiverisico te bepalen. Criminogene factoren zijn factoren waarvan empirisch is aangetoond dat zij gerelateerd zijn aan delinquent gedrag (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). Criminogene factoren kunnen worden onderverdeeld in beschermende factoren en risicofactoren<sup>3</sup>. Risicofactoren worden gedefinieerd als factoren die mogelijk een negatieve invloed hebben op het gedrag. Het gaat dan bijvoorbeeld om instabiliteit van relaties, problemen met middelengebruik en impulsiviteit. Beschermende factoren hebben een mogelijke positieve invloed op het gedrag. Voorbeelden van beschermende factoren in een forensisch psychiatrische context zijn: een hechte band met prosociale anderen, acceptatie van de steun van de behandelaren en structuur

---

<sup>3</sup> Daarnaast kunnen criminogene factoren worden onderverdeeld in statische en dynamische factoren. Statische factoren zijn criminogene factoren die niet kunnen veranderen of maar in één richting veranderbaar zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om de delictgeschiedenis van een patiënt. Dynamische factoren zijn voor een deel, bijvoorbeeld door gedragsinterventie, veranderbaar. Het gaat dan bijvoorbeeld om ‘druggebruik’, of ‘cognitieve vaardigheden’ (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008).



in het dagelijks leven (Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005; Vogel, De Ruiter & Bouman, 2007).<sup>4</sup>

De meeste vormen van behandelingen, waarbij de sociale omgeving als beschermende factor wordt geïnterpreteerd en gestimuleerd, zijn onder te brengen bij het begrip 'systeemtherapie.' Systeemtherapie is een vorm van psychotherapie, die zich onderscheidt van andere vormen, omdat het niet enkel gericht is op één individu. Systeemtherapeuten houden zich onder meer bezig met interpersoonlijk gedrag, communicatiepatronen en betekenisverlening (Van Lawick, 1998). In de praktijk houdt systeemtherapie in, dat de therapeut sessies houdt met meerdere personen uit hetzelfde netwerk (Stam, 2009<sup>5</sup>; Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie, 2009). Systeemtherapie wordt de laatste jaren steeds minder toegepast in de Nederlandse tbs-klinieken. Het nadeel van systeemtherapie is dat het veel tijd en investering vraagt van zowel de netwerkleden als de behandelaren (Stam, 2009).

Een andere, meer recent ontwikkelde, methode voor het betrekken van de netwerkleden van een tbs-patiënt bij diens behandeling is Forensisch Sociale Netwerk Analyse.

### **Forensische Sociale Netwerk Analyse**

Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) is ontwikkeld als instrument voor maatschappelijk werkers in de forensische psychiatrie. Dit instrument is bedoeld ter aanvulling op bestaande methoden voor het beoordelen van het recidiverisico van tbs-patiënten. Het doel van een FSNA is het, middels sociale netwerk analyse, verzamelen van informatie over de rol die het netwerk speelt bij ongewenst gedrag van een tbs-patiënt. Om dit te bereiken worden het delictnetwerk (sociale netwerk van een patiënt ten tijde van het tbs-delict), het huidige netwerk (sociale netwerk van een patiënt ten tijde van het FSNA onderzoek, wanneer deze in een kliniek verblijft) en het terugkeernetwerk (het toekomstige sociale netwerk van een patiënt, wanneer hij weer terugkeert naar de maatschappij) van een tbs-patiënt in kaart gebracht. Dat gebeurt aan de hand van dossieronderzoek, interviews met tbs-patiënten en interviews met hun netwerkleden (Pomp, 2005; Pomp & Bogaerts, 2008; Pomp e.a, 2007; Spreen e.a., 2006).

Door het delictnetwerk van een tbs-patiënt te vergelijken met het huidige netwerk van een patiënt, wordt informatie verkregen over de rol die het netwerk speelde bij het tot stand komen van delictgedrag van de patiënt. Een hoge mate van overeenkomst tussen deze netwerken impliceert dat de patiënt nog op dezelfde manier mensen om zich heen verzamelt als hij deed ten tijde van het delict. De informatie over het huidige netwerk, bijvoorbeeld de structuur van het netwerk en de functies binnen het netwerk, geeft verder veel inzicht in mogelijke spanningsbronnen, bronnen van steun en de aanwezigheid van deviante contacten. Naast informatie *over* het netwerk van een patiënt, verzamelt FSNA ook informatie *vanuit* het netwerk. Netwerkleden hebben veel inzicht in het gedrag van een patiënt. Zij kunnen aanvullende informatie geven over de patiënt, zeker wanneer die geneigd is om binnen de kliniek sociaal gewenst gedrag te laten zien (Pomp, 2005; Pomp & Bogaerts, 2008; Pomp e.a., 2007; Spreen e.a., 2006).

---

4 Beschermende factoren worden niet in alle gestructureerde risicotaxaties meegenomen, de meeste risicotaxaties gaan enkel uit van risicofactoren. Risicotaxatie instrumenten die wel beschermende factoren meenemen zijn bijvoorbeeld de SAPROF (Vogel e.a., 2007) en De WaagSchaal (Van Horn, Eisenberg & Wilpert, 2008)

5 Gerbrand Stam is systeemtherapeut in het FPC Dr. S. van Mesdag. Met hem is een interview gehouden op 04-02-2009.

Het is de bedoeling dat FSNA zowel een bijdrage levert aan het in kaart brengen van de rol van het netwerk bij ongewenst gedrag, als aan het verbeteren en versterken van de invloed van het bestaande netwerk van een tbs-patiënt op diens gedrag. Aangenomen dat er tijdens de uitvoering van FSNA sprake is van het zogenaamde Hawthorne effect en 'priming' met significante anderen, kan FSNA van invloed zijn op het gedrag van zowel een patiënt als diens (geïnterviewde) netwerkleden.

### **Invloed van FSNA op gedrag door het Hawthorne effect en priming met significante anderen**

Een belangrijk bijverschijnsel in gedragsonderzoek is bekend als het 'Hawthorne effect.' Dit effect, dat meestal gezien wordt als methodologische fout, is vernoemd naar de locatie waar in de jaren 1920 verschillende experimenten werden gedaan naar arbeidsproductiviteit. Uit deze experimenten kwam naar voren dat het niet de onafhankelijke variabelen waren die het gedrag van de onderzoekssubjecten beïnvloedden, maar dat de experimenten zelf een gedragsverandering teweeg brachten. De kerngedachte van het Hawthorne effect is, dat het gedrag van proefpersonen verandert gedurende een experiment, enkel vanwege de uitvoering van dat experiment (Brannigan & Zwerman, 2001; Jones, 1992; Machol, 1975). Het Hawthorne effect is omstreden, omdat er weinig empirisch bewijs voor is (Jones, 1992). Toch wordt in veel (gedrags)onderzoeken rekening gehouden met een mogelijke vertekening van de resultaten door een dergelijk effect.

Smith, Clarke en Pease (2002) wijzen erop dat het Hawthorne effect niet als probleem hoeft te worden behandeld, maar ook een oplossing kan zijn. Wanneer enkel het voornemen tot verandering van de omstandigheden kan leiden tot gedragsverandering, kan alleen het voornemen tot de invoering van een preventiemethode al zorgen voor een afname van criminaliteit. Gottfredson (1996) wees al eerder op het nut van het Hawthorne effect voor onderzoekers en beleidsmakers die gedrag willen beïnvloeden. Door het Hawthorne effect kan mogelijk alleen het verzamelen van informatie over en vanuit het sociale netwerk van een tbs-patiënt (middels FSNA) al bijdragen aan risicobeheersing.

In dit onderzoek wordt ervan uitgegaan dat de sociale steun en sociale controle van de significante anderen op de patiënt toeneemt, wanneer deze personen door de kliniek worden benaderd voor het beoordelen van het gedrag van de tbs-patiënt. De hypothese is dat de netwerkleden zich meer betrokken gaan voelen bij de behandeling van de tbs-patiënt, wanneer ze geconfronteerd worden met risicofactoren en manieren waarop ze kunnen bijdragen aan een betere re-integratie. Aangenomen wordt dat dit effect versterkt wanneer de kliniek meldt dat over enkele maanden opnieuw contact wordt opgenomen met de benaderde netwerkleden. Het benaderen van de netwerkleden is dan op zichzelf een interventie: het gedrag van de significante anderen verandert er door, ze gaan meer letten op het gedrag van de patiënt en zullen een sterkere normatieve reactie geven op dit gedrag.

Naast invloed op het gedrag van netwerkleden, kan het uitvoeren van FSNA mogelijk ook van invloed zijn op het gedrag van patiënten. Onderzoek heeft aangetoond dat het mogelijk is om het normatieve doelenkader van een persoon te activeren door significante anderen bij hem onder de aandacht te brengen. Deze 'priming' met significante anderen benadrukt de psychologische aanwezigheid van deze anderen, wat voldoende is om het gedrag van een persoon te beïnvloeden (Baldwin & Holmes, 1987; Shah, 2003a; 2003b). Door het interviewen van tbs-patiënten over hun significante anderen, wordt de aandacht van de patiënten gevestigd op deze significante anderen. In dit onderzoek wordt verwacht dat de psychologische aanwezigheid van deze significante anderen en de invloed van deze psychologische aanwezigheid op de activering van het normatieve doelenkader versterkt door het interviewen van de netwerkleden. Op die wijze zou de uitvoering van FSNA (het

interviewen van een patiënt en zijn significante anderen) invloed hebben op het gedrag van de patiënten: de patiënten worden 'geprimed' met de psychologische aanwezigheid van hun significante anderen, waardoor hun normatieve doelenkader wordt geactiveerd en ze meer geneigd zijn om gedrag te vertonen dat door deze significante anderen wordt goedgekeurd.

FSNA zou er via het Hawthorne effect en de activering van het normatieve doel van patiënten middels 'priming' met significante anderen toe kunnen leiden dat patiënten zich meer bewust zijn van de sociale controle en sociale steun vanuit hun significante anderen. Of hier inderdaad sprake van is, wordt onderzocht aan de hand van de volgende hypothesen:

*Hypothese 2: De door de tbs-patiënt ervaren sociale controle neemt toe doordat zijn significante anderen worden geïnterviewd.*

*Hypothese 3: De door de tbs-patiënt ervaren sociale steun neemt toe doordat zijn significante anderen worden geïnterviewd.*

# Methodenhoofdstuk

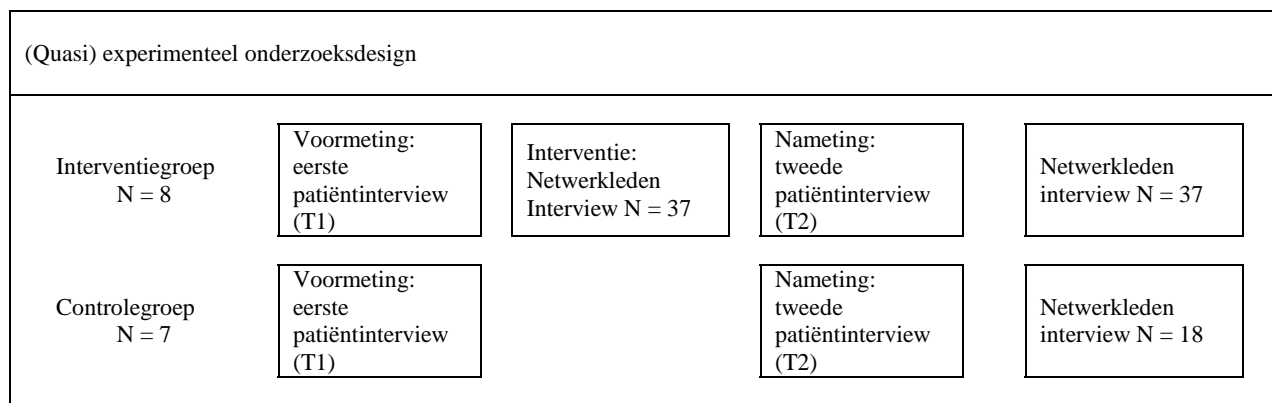
## §3.1. Onderzoekssetting

De onderzoekssetting van dit onderzoek wordt gevormd door het FPC Dr. S. van Mesdag. In het onderzoek zijn alleen afdelingen meegenomen waar patiënten verblijven die in de uitstroomfase van hun behandeling zitten richting een re-integratie in de maatschappij. Per juli 2009 verbleven 94 mannelijke patiënten op uitstroomafdelingen in het FPC Dr. S. van Mesdag, waarvan 70 patiënten op re-integratieafdelingen. De overige 14 patiënten verbleven op afdelingen waar ze werden voorbereid op een long-stay verblijf. Het FPC Dr. S. van Mesdag behandelt geen vrouwelijke patiënten. De gemiddelde leeftijd van de tbs-patiënten op de re-integratieafdelingen was per juli 2009 43 jaar en deze patiënten verbleven gemiddeld 8 jaar in de kliniek (Bron: gegevens van de patiëntadministratie FPC Van Mesdag van 15-07-2009).

De onderzoekspopulatie kenmerkt zich door de mogelijkheid om haar netwerkleden te zien in omstandigheden waar de kliniek geen zicht op heeft. De volgende exclusie- en inclusiecriteria zijn gehanteerd voor het definiëren van de onderzoekspopulatie: 1) De patiënten verbleven in februari 2009 (met het starten van dit onderzoek) op een re-integratieafdeling van het FPC Dr. S. van Mesdag. 2) De patiënten hadden in februari 2009 verloven voor onbegeleid contact met netwerkleden. 3) De patiënten hadden in februari 2009 nog enig contact met (hun mentor in) de kliniek. Transmurale patiënten vielen dus wel binnen de inclusiecriteria, mits ze nog contact hadden met de (mentor in de) kliniek. Om patiënten te selecteren die aan de genoemde criteria voldeden, zijn de behandelcoördinatoren van de re-integratieafdelingen van de uitstroom in het FPC Dr. S. van Mesdag benaderd. Zij noemden in totaal 26 patiënten. Van de gehele groep patiënten die aan de criteria voldeed, zijn uiteindelijk 18 patiënten benaderd voor dit onderzoek. Tegelijk met dit onderzoek, startte namelijk nog een ander onderzoek naar de toepassingsmogelijkheden van FSNA op de uitstroomafdelingen van het FPC Dr. S. van Mesdag. Om de patiënten en netwerkleden niet dubbel te belasten, is ervoor gekozen om vijf patiënten niet te includeren in dit onderzoek. Die patiënten zijn wel geïncludeerd in het andere onderzoek. Drie andere patiënten konden ook niet worden geïncludeerd in dit onderzoek, om uiteenlopende redenen. In tabel 1 van bijlage A staan de redenen om bepaalde patiënten niet mee te nemen in het onderzoek. Van de benaderde patiënten weigerden twee personen deelname en haakte één patiënt na het eerste interview af. Als redenen voor het weigeren van medewerking, gaven de patiënten op dat ze het onderzoek niet nodig vonden, omdat de kliniek alles al wist over hun netwerkleden, dat ze geen proefkonijn wensten te zijn of dat ze het moeilijk vonden om over hun (oude) contacten te praten. De 15 patiënten die behoren tot de onderzoeksgroep, zijn over het algemeen een goede doorsnede van de 26 patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek. De groepen verschillen alleen op basis van leeftijd: de patiënten in de onderzoeksgroep zijn jonger dan de patiënten die niet zijn geïncludeerd in het onderzoek. Bij het maken van de vergelijking is verder gekeken naar nationaliteit, type verlov en type delict. Meer specifieke informatie over deze vergelijking staat in tabel 2 van bijlage A.

### §3.2. Procedure

Om te toetsen of het interviewen van de patiënten en hun netwerkleden invloed heeft op de ervaren sociale steun en sociale controle door de patiënten, is een quasi-experimentele onderzoeksofzet gehanteerd. De voor- en nameting bestaan daarbij uit de interviews met de patiënten. Tijdens deze interviews is gevraagd naar ervaren sociale steun en sociale controle. De interventie is het interviewen van de significante anderen van patiënten. Om een interventiegroep (een groep waarbij de interventie wel is uitgevoerd) en een controlegroep (een groep waarbij de interventie niet is uitgevoerd) te creëren, zijn van sommige patiënten de significante anderen tussen de voor- en nameting niet geïnterviewd en van andere patiënten wel. Vanuit ethische overwegingen (de controlegroep mag geen interventie worden ontzegd), zijn de significante anderen van de controlegroep benaderd na de nameting. Om te controleren voor eventuele veranderingen bij de netwerkleden, zijn ook de significante anderen van de interventiegroep nogmaals geïnterviewd na de nameting. Figuur 1 geeft de onderzoeksofzet weer.



Figuur 1: onderzoeksofzet

N = Aantal respondenten

T1 = voormeting, T2 = nameting

Tussen de interventie en de nameting zat bij de interventiegroep een periode van gemiddeld 4,5 maand. De gemiddelde tijd tussen de voor- en nameting was bij zowel de interventiegroep als de controlegroep 5 maanden (22 weken). Volgens Jones (1992) zou het Hawthorne effect zich al binnen drie maanden moeten ontwikkelen. Systeemtherapeuten gaan ervan uit dat het 'gedachtenproces' van inleving in de ander en begrip voor de netwerkleden al binnen drie maanden redelijk op gang moet zijn gekomen. Zij maken afspraken om de twee maanden (Stam, 2009). Met een gemiddelde periode van 4,5 maand tussen de interventie en de nameting moet een eventueel effect van de interventie al zijn opgetreden.

De interventiegroep van het onderzoek bestaat uit acht patiënten. De controlegroep bestaat uit zeven patiënten. Vanwege praktische redenen (bij de interventie moeten er netwerkleden kunnen worden benaderd) zijn er voor de indeling van patiënten in de interventiegroep of controlegroep aanvullende criteria opgesteld, de inclusiecriteria voor de interventiegroep: 1) De netwerkleden beheersen de Nederlandse taal enigszins. 2) De behandelaren en maatschappelijk werkers gaan akkoord met het benaderen van deze netwerkleden. 3) De netwerkleden zijn externe contacten, dat houdt in dat ze niet in dezelfde psychiatrische instelling verblijven als de patiënt. 4) De patiënten geven toestemming voor het benaderen van de netwerkleden.

Vanwege de inclusiecriteria voor de interventiegroep konden twee patiënten niet in de interventiegroep worden ingedeeld. De andere patiënten zijn willekeurig over de groepen

verdeeld. Aangezien de groepen niet (geheel) op toevalsbasis zijn samengesteld, heeft het onderzoek een quasi-experimenteel onderzoeksdesign in plaats van een experimenteel onderzoeksdesign.

De inclusiecriteria van de interventiegroep kunnen een vertekend beeld geven van het effect van de interventie. Uit tabel 1 blijkt echter niet dat de interventiegroep een grotere mate van medewerking heeft laten zien. De controlegroep en interventiegroep zijn vergelijkbaar qua type verlof, verblijfsduur in de kliniek, aantal significante anderen per patiënt en de mate van medewerking aan dit onderzoek. De groepen verschillen in leeftijd, de patiënten uit de controlegroep zijn ouder dan de patiënten uit de interventiegroep. Voor 'nationaliteit' en 'type delict' konden geen vergelijkende toetsen worden uitgevoerd, maar op het oog lijken de interventie- en controlegroep vergelijkbaar voor deze punten. Meer specifieke informatie over de vergelijking staat in tabel 1.

Tabel 1 Vergelijking tussen interventiegroep en controlegroep voor: leeftijd, nationaliteit, type verlof, type delict, verblijfsduur in de kliniek, aantal significante anderen per patiënt en de mate van medewerking aan het onderzoek. Resultaten uit de Wilcoxon signed sum toets

Variabele	Kenmerk	Patiënten uit de interventiegroep			Patiënten uit de controlegroep			Wilcoxon signed sums		
		N	%	M	N	%	M	T	Z	Effect grootte (Cliff's delta)
<b>Leeftijd</b>		8	100	33 jaar	7	100	43 jaar	41,5	-2,61**	-0,09
<b>Nationaliteit<sup>1</sup></b>	Niet Nederlandse nationaliteit	2	25		2	29				
	Nederlandse nationaliteit	6	75		5	71				
<b>Type verlof</b>								55,5	-0,10	0,02
	Onbegeleid verlof	1	13		1	14				
	Transmuraal verlof	7	87		6	86				
<b>Type delict<sup>1 2</sup></b>	Levensdelict	2	25		2	29				
	Geweldsdelict	6	75		3	43				
	Seksueel delict	2	25		1	14				
	Vermogens delict									
	Brandstichting	0	0		2	29				
	Delicten jegens bekende personen	8	100		4	57				
	Delicten jegens onbekende personen	3	38		5	71				
<b>Verblijfsduur in de kliniek</b>		8	100	8 jaar	7	100	9 jaar	56,0	-0,00	0,05
<b>Aantal significante anderen per patiënt</b>		8	100	6	7	100	5	46,5	1,16	0,05
<b>Mate van medewerking aan het onderzoek</b>								52,0	1,07	0,02
	Volledige medewerking	8	100		5	57				
	Volledige medewerking, netwerkleden kunnen niet benaderd worden vanwege criteria	0	0		1	14				
	Medewerking aan het interview, maar geen toestemming voor het benaderen van netwerkleden	0	0		1	29				

\* p<0,10 \*\* p < 0,05 bij enkelzijdige toetsing

<sup>1</sup> Voor 'nationaliteit' en 'type delict' konden geen vergelijkende toetsen worden uitgevoerd, vanwege het nominale meetniveau van de variabelen en de kleine N.

<sup>2</sup> Sommige patiënten hebben meerdere typen delicten gepleegd

N = aantal patiënten met een dergelijk kenmerk

M = gemiddelde

Middels dossieronderzoek en FSNA-interviews met 15 tbs-patiënten zijn de vroegere en huidige netwerkleden van de patiënten in kaart gebracht. Na afloop van de patiëntinterviews is aan de patiënten toestemming gevraagd voor het benaderen van de netwerkleden die in het interview naar voren kwamen als significante anderen. Een voorwaarde was daarbij dat de patiënten in het laatste half jaar voor het interview ten minste één keer contact hadden gehad met de betreffende netwerkleden. In totaal noemde de groep van 15 patiënten 82 significante anderen. Daarvan zijn 63 personen telefonisch benaderd voor het onderzoek. Van deze 63 netwerkleden konden er bij 14 netwerkleden geen (complete) interviews worden afgenomen. Zie tabel 3 van bijlage A voor de redenen dat netwerkleden niet zijn benaderd, of dat er geen (complete) interviews konden worden afgenomen.

De eerste sessie telefonische interviews met de netwerkleden (in de periode tussen de voor- en nameting) werd afgenomen door acht studenten in het laatste jaar van een duale opleiding tot maatschappelijk werker aan de Hanzehogeschool Groningen. De tweede sessie telefonische interviews (na de nameting) werd afgenomen door zes studenten Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan Stenden Hogeschool Leeuwarden. Zij zaten in het derde of vierde jaar van de opleiding.

Over elke patiënt uit de onderzoeksgroep is schriftelijk een vragenlijst ingevuld door een sociotherapeut. In de meeste gevallen betrof dit de mentor van de patiënt, in alle gevallen ging het om een sociotherapeut die de betreffende patiënt goed kende.

### **§3.3. Meetinstrumenten**

#### **Vragenlijsten**

##### ***Vragenlijst patiënten***

De vragenlijst die voor het patiëntinterview werd gebruikt, is gebaseerd op het standaard FSNA interview, maar aangepast voor dit onderzoek. De gebruikte vragenlijst is korter dan de vragenlijst van het gebruikelijke FSNA interview. Een 'gewoon' FSNA interview gaat dieper in op contacten uit het verleden, het heden en de toekomst, besteedt meer aandacht aan de kenmerken van de netwerkleden en aan de aard van de relatie met vroegere contacten. Het doel van de vragenlijst die in dit onderzoek werd gebruikt, is het in kaart brengen van de huidige significante anderen van de patiënten. De gebruikte vragenlijsten voor de patiënteninterviews tijdens de voor- en nameting zijn terug te vinden in bijlage B.

##### ***Vragenlijst mentoren en netwerkleden***

Voor de telefonische interviews met de netwerkleden is een vragenlijst ontwikkeld, waarmee de beoordeling van het gedrag van patiënten door hun netwerkleden gestructureerd in kaart wordt gebracht. De vragen uit het netwerkledeninterview zijn daarvoor gebaseerd op de Klinische items (K-items) uit de HKT-30. De HKT-30 is een gestructureerd risicotaxatie instrument, dat het recidiverisico van tbs-patiënten schat aan de hand van Historische criminogene factoren (de levensgeschiedenis en delictgeschiedenis van de patiënt), Klinische criminogene factoren (factoren die spelen ten tijde van de behandeling) en Toekomstige criminogene factoren. Omdat met dit onderzoek wordt gezocht naar een verandering op korte termijn, is de netwerkleden gevraagd om de K-items te scoren. Deze items hebben betrekking op het huidige gedrag van de patiënt. De volgende K-items zijn gebruikt voor deze vragenlijst: middelengebruik (K03), impulsiviteit (K04), vijandigheid (K06), sociale en relationele vaardigheden (K07), zelfredzaamheid (K08), attitude ten opzichte van de

behandeling (K10), seksuele preoccupatie (K12) en copingvaardigheden (K13). De overige K-items, probleeminzicht (K01), psychotische symptomen (K02), empathie (K05), acculturatieproblematiek (K09) en verantwoordelijkheid voor het delict (K11) zijn niet meegenomen in de vragenlijst, omdat werd verwacht dat de netwerklede onvoldoende inzicht hadden in de inlevingswereld van de patiënt om deze items te scoren (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). Het item 'manipulatie' is ook opgenomen in de vragenlijst. Dit item is geen K-item uit de HKT-30, maar aan de vragenlijst toegevoegd omdat het een goede voorspeller blijkt van het recidiverisico van de patiënt<sup>6</sup>.

De K-items uit de HKT-30 zijn voor de ontwikkeling van FSNA vragenlijsten door de onderzoeksafdeling van het FPC Dr. S. van Mesdag omgezet in vragen die toegankelijk zijn voor netwerklede. De vragen uit het netwerkledeinterview zijn dan ook afkomstig uit de FSNA vragenlijst voor netwerklede. De vragenlijst is wel aangepast en ingekort voor dit onderzoek. In tabel 4 van bijlage A staan de K-items, de bijbehorende formulering van de vragen uit het netwerkledeinterview en de afkortingen van de K-items die in het methodenhoofdstuk en resultatenhoofdstuk worden gehanteerd.

Naast de vragen die zijn gebaseerd op de K-items uit de HKT-30, bevat de vragenlijst voor het netwerkledeinterview ook vragen over de relatie van het netwerklid met de patiënt en vragen over de sociale steun die het netwerklid geeft aan de patiënt. Ook deze vragen zijn gebaseerd op of gehaald uit de FSNA interviews. De vragenlijst voor de mentoren lijkt sterk op de vragenlijst voor de netwerklede. De gebruikte vragenlijsten voor de netwerklede en mentoren staan in bijlage B.

## **Operationalisatie van de afhankelijke variabelen**

### ***Ervaren sociale steun, ervaren sociale controle en waarde beoordeling gedrag***

De afhankelijke variabelen 'ervaren sociale steun', 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag' zijn tot stand gekomen op basis van vragen die aan de patiënten zijn gesteld. Aan de patiënt werden per netwerklid zeven vragen gesteld over dit netwerklid. Vervolgens werden aan de patiënt twee stellingen over dit netwerklid voorgelegd. De volgorde bij de afname van deze vragen en stellingen was dus per netwerklid en niet per vraag.

'Ervaren sociale steun' is een index, bestaande uit de indicatoren 'frequentie van contact', 'ontvangen raad en advies', 'ontvangen praktische steun' en 'ontvangen financiële steun'. De indicatoren 'praktische steun' en 'financiële steun' zijn 0,5 keer meegewogen, de andere twee indicatoren 1 keer. Op die manier zijn de indicatoren 'financiële steun' en 'praktische steun' samen even zwaar meegewogen als de andere twee indicatoren afzonderlijk. Dit komt overeen met de operationalisatie van 'sociale steun' van Lin en Ensel (1999) die stellen dat sociale steun kan worden onderverdeeld in enerzijds instrumentele steun (indicatoren 'praktische steun' en 'financiële steun' in dit onderzoek) en anderzijds emotionele steun (indicator 'raad en advies').

'Ervaren sociale controle' is een index die bestaat uit de volgende (ongewogen) indicatoren: 'ervaren belangstelling', 'initiatief tot contact vanuit het netwerklid' en 'ervaren herinnering aan medicatie'.

Met de variabele 'waarde beoordeling gedrag' wordt de mate uitgedrukt waarin de patiënt belang hecht aan de beoordeling van zijn gedrag door de significante anderen. Deze variabele is een index, bestaand uit de (ongewogen) indicatoren 'belang van goedkeuring van gedrag' en 'wens dat netwerklede op de hoogte zijn van moeilijkheden'.

---

<sup>6</sup> Dit blijkt uit onderzoek voor het ontwikkelen van het Patiënt Volg Systeem in het FPC Dr. S. van Mesdag (De Baets, 2008).



De specifieke formulering van de stellingen en vragen is terug te vinden in de vragenlijsten van de patiëntinterviews, in bijlage B. De verdelingen van de indices en afzonderlijke indicatoren zijn terug te vinden in tabel 5 van bijlage A.

### ***Functioneren van de patiënt***

Het functioneren van patiënten wordt in de forensische psychiatrie uitgedrukt in de kans dat de patiënten recidive zullen plegen. Wanneer het recidiverisico van een patiënt afneemt, ‘functioneert’ hij beter. Het is niet mogelijk om in een korte onderzoeksperiode een vergelijking te maken tussen de interventiegroep en controlegroep op basis van ‘echte’ recidivecijfers. Het is wel mogelijk om het functioneren van de patiënten te beoordelen en te vergelijken op basis van de mate waarin ze zich aan de voorwaarden van de kliniek hebben gehouden. Verder is het mogelijk om bij een beoordeling en vergelijking van functioneren te letten op bijzondere voorvallen of incidenten waarbij de patiënten (delictgerelateerd) risicovol gedrag lieten zien. Daarbij valt te denken aan gewelddadig gedrag jegens het personeel of medepatiënten. Schending van voorwaarden en het veroorzaken van incidenten wordt ook wel ‘technische recidive’ genoemd (De Kogel & Nagtegaal, 2008).

De invloed van de interventie (het betrekken van netwerkleden bij de re-integratie van patiënten) op het functioneren van deze patiënten is alleen middels kwalitatieve analyse onderzocht. De manier waarop het functioneren in kaart is gebracht leende zich namelijk niet voor kwantitatief onderzoek. Het functioneren van de patiënten is in dit onderzoek in kaart gebracht met geregistreerde regimewijzigingen (terugplaatsingen of inperkingen van verloven) en geregistreerde incidenten en bijzondere voorvallen. De regimewijzigingen zijn geregistreerd door de patiëntenadministratie van het FPC Dr. S. van Mesdag. De geregistreerde regimewijzigingen zijn opgenomen in het patiëntendossier en daarmee toegankelijk voor (de meeste) medewerkers van de kliniek. De geregistreerde incidenten en bijzondere voorvallen zijn in kaart gebracht met behulp van dagrapportages van de sociotherapeuten. Sociotherapeuten houden per dag schriftelijk de bijzondere voorvallen, incidenten, gemoedstoestand en opvallende uitspraken van de patiënten op hun afdeling bij. Deze schriftelijke rapportage wordt aangeduid met de ‘dagrapportage’. Voor het in kaart brengen van de incidenten en bijzondere voorvallen is verder gebruik gemaakt van het MIP/MAG registratiesysteem in het FPC Dr. S. van Mesdag. MIP/MAG is een afkorting van Melding Incidenten Patiëntenzorg/ Melding Agressieve Gebeurtenissen. In het MIP/MAG registratiesysteem wordt door de direct leidinggevende van de zorgafdeling melding gemaakt van incidenten die betrekking hebben op: a.) medicatiefouten/ prik-, bijt –krabincidenten, b.) beveiligings- en/of procedurefouten, gijzeling, ontvluchting, c.) bejegening- en/of zorgfouten, d.) agressie/automutilatie en/of suïcide(poging)/ brandstichting, e.) overige fouten of incidenten. Bij het doornemen van de incidenten uit de MIP/MAG registratie is alleen gekeken naar fouten of incidenten waarbij patiënten schuld hadden (dus geen fouten van de kliniek) en die signalen waren voor het functioneren van de patiënten. Bij sommige meldingen was er sprake van vergeten medicatie. Dit is niet genoteerd wanneer het eenmalig voor kwam en de patiënt binnen de kliniek bekend stond als medicatietrouw.

Voor de kwalitatieve analyse van de invloed van FSNA op het functioneren van patiënten, is het functioneren van de patiënten in kaart gebracht voor de onderzoeksperiode (tussen de voor- en nameting) en de periode daaraan voorafgaand (voor de voormeting). Tussen de voormeting en nameting zat bij zowel de controle- als de interventiegroep gemiddeld 22 weken. Deze periode is dan ook aangehouden als maat van de ‘onderzoeksperiode.’ Er is voor gekozen om voor alle patiënten 22 weken te nemen als onderzoeksperiode, in plaats van de periode tussen het eerste en tweede interview, omdat een verschil in periode mogelijk een vertekend beeld geeft van het verschil in functioneren van de

patiënten. Het functioneren van de patiënten is daarom in kaart gebracht voor de periodes '22 weken voor het eerste patiëntinterview' (voorafgaande periode) en '22 weken na het eerste patiëntinterview' (onderzoekperiode).

Bij het doornemen van de dagrapportages, geregistreerde regimewijzigingen en MIP/MAG registratie zijn de volgende incidenten en voorvallen genoteerd:

- Bewuste afwijking van verlofdoelen door patiënten, zonder dat zij dit vooraf hadden gemeld aan de medewerkers van de kliniek of de Regionale Instelling van Beschermd Wonen (RIBW) waar ze op dat moment verbleven. Hierbij is genoteerd of de patiënt de afwijking van verlofdoelen uit zichzelf opbiechtte, of dat hij werd 'gesnapt'.
- Aanvaringen van patiënten met (één van) hun medepatiënten of het personeel van de Mesdag of de RIBW. Dit is alleen genoteerd indien een patiënt de ander uitschold, bedreigde met fysiek geweld, of wanneer hij een dreigende houding aannam (bijvoorbeeld vuisten ballen, dicht op de ander gaan staan en dergelijke)
- Het voor de kliniek of de RIBW verzwijgen van bepaalde incidenten of gedragingen waarvan de patiënten redelijkerwijs konden aannemen dat ze het hadden moeten melden. Het ging dan bijvoorbeeld om het gebruiken van alcohol of drugs. Hierbij is genoteerd of de patiënt het incident of de gedraging uit zichzelf opbiechtte, of dat hij werd 'gesnapt'.
- Gebeurtenissen waarbij sprake was van terugplaatsing of (tijdelijke) intrekking van het verlof van patiënten.
- Gebeurtenissen of incidenten op het werk van de patiënten die door de werkgever of een andere contactpersoon zijn gerapporteerd aan de sociotherapeuten van de afdeling. Hierbij werden alle incidenten en gebeurtenissen genoteerd die een indicatie gaven van negatief functioneren van de patiënten.
- Overige intentionele fouten of regelovertradingen van patiënten.

### §3.4. Analyse

Voor de kwantitatieve analyse is gebruik gemaakt van SPSS 17.0. De afhankelijke variabelen voldeden onvoldoende aan de normaliteitseisen van parametrische toetsen. Er zijn drie soorten transformaties uitgeprobeerd op de verdeling van de variabelen: logaritmische transformatie, gekwadraterde transformatie en omgekeerd evenredige transformatie. Echter, ook na de transformaties week de verdeling van de afhankelijke variabelen teveel af van de normale verdeling. Daarom is er gebruik gemaakt van non-parametrische toetsen. Voor het onderzoeken van de samenhang tussen de variabelen zijn Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënten (Rho) berekend. De mate waarin bepaalde variabelen verschilden tussen twee tijdstippen of tussen twee groepen is geanalyseerd met respectievelijk de Wilcoxon signed rank toets en de Wilcoxon signed sum toets. Voor deze toetsen is de berekende effectgrootte uitgedrukt in de (non-parametrische maat) Cliff's delta (Cliff, 1993).

Om te bepalen in hoeverre netwerkliden het gedrag van patiënten kunnen beoordelen, is de onderlinge overeenstemming onderzocht in de antwoorden van de netwerkliden op vragen naar de K-items uit de HKT-30. Daarbij is aangenomen dat een hogere mate van overeenstemming in antwoorden een grotere mate van zicht op gedrag indiceerde. Immers, wanneer de netwerkliden weinig zicht hebben op het gedrag van de patiënt berust een overeenstemming van scoring van de K-items op toeval. De overeenstemming in de antwoorden is uitgedrukt in de Gower en Legendre index (GL-index) (Gower & Legendre,

1986). Wanneer deze GL-index significant is bij een bepaald aantal beoordelaars van gedrag, is de kans zeer klein dat de gevonden overeenstemming berust op toeval (Spreen, Timmerman, Ter Horst & Schuringa, geaccepteerd). Het bepalen of de GL-indices al dan niet een significante grootte hebben, is gebeurd aan de hand van het artikel van Spreen e.a. (geaccepteerd). Zij hebben voor verschillende aantallen beoordelaars berekend hoe hoog een GL-index moet zijn om significant hoog te zijn bij significantieniveaus van 0,05 en 0,1.

De aannames die betrekking hebben op het functioneren van de patiënten zijn (zoals al eerder werd genoemd) kwalitatief onderzocht. De dagrapportages, geregistreerde regimewijzigingen en MIP/MAG registraties zijn doorgenomen door drie mensen: twee promovendi die zijn verbonden aan de onderzoeksafdeling van het FPC Dr. S. van Mesdag en de onderzoeker zelf. De promovendi hebben deze registraties 'blind' doorgenomen, zij hadden alleen een lijst met patiëntnamen en data ter beschikking. In tegenstelling tot de onderzoeker, wisten de promovendi niet welke patiënten in de interventiegroep en welke patiënten in de controlegroep waren ingedeeld. Ook was hen onbekend wanneer de 'onderzoekperiode' (vanaf het eerste patiëntinterview) inging. Door alleen de incidenten en voorvallen te gebruiken die door alle drie de onderzoekers zijn genoteerd of waarover consensus kon worden bereikt, is geprobeerd om de objectiviteit van deze kwalitatieve analyse zoveel mogelijk te garanderen. Na het in kaart brengen van de incidenten en voorvallen is een vergelijking gemaakt tussen de controlegroep en de interventiegroep in de onderzoeksperiode en de periode daaraan voorafgaand.

# Resultaten

## §4.1. Netwerklede als toezichthouders

Om te onderzoeken of de geïnterviewde netwerklede zicht hebben op het gedrag van de patiënten, is gekeken naar de mate van overeenstemming over de klinische items (K-items) uit de HKT-30 met betrekking tot de patiënt. De mate van overeenstemming tussen de netwerklede is uitgedrukt in de GL-index en af te lezen uit tabel 2. Tabel 2 geeft alleen de gemiddelden weer. De GL-indices zijn per patiënt berekend (in de tabellen 6 en 7 van bijlage A staan de indices per patiënt) en vervolgens is overal het gemiddelde van genomen. De gemiddelde GL-index van bijvoorbeeld het item ‘manipulatie’ drukt de gemiddelde overeenstemming uit in de beoordeling van gemiddeld 4,8 netwerklede per patiënt voor 10 patiënten tijdens het eerste interview en gemiddeld 5 netwerklede per patiënt voor 6 patiënten tijdens het tweede interview.

De overeenstemming in de beoordeling van het gedrag van de patiënten door de netwerklede is voor alle K-items vrij hoog. Voor bijvoorbeeld het item ‘financiële zelfredzaamheid’ schommelt de overeenstemming in de beoordeling door de netwerklede uitgedrukt in een GL-index tussen 0,76 en 0,85. De overeenstemming is significant hoog voor beide groepen en beide interviews.

Voorzichtig kan op basis van de hoge GL-indices voor alle items worden aangenomen dat de netwerklede van de patiënten uit deze onderzoeksgroep zicht hebben op het gedrag van de patiënten.

*Tabel 2 Overeenstemming in de beoordeling van het gedrag van de patiënt door netwerklede, uitgedrukt in GL-indices. Beoordeling van het gedrag op basis van de klinische items uit de HKT-30. Gemiddeld aantal beoordelende netwerklede tussen haakjes. De interpretatie van de GL-index (al dan niet significante overeenstemming) vond plaats aan de hand van Spreen e.a. (geaccepteerd)*

	Eerste interview totaal (interventiegroep en controlegroep)		Eerste interview interventiegroep		Eerste interview controlegroep		Tweede interview interventiegroep	
	Gem. GL-index (Gem. aantal netwerklede per patiënt)	N	Gem. GL-index (Gem. aantal netwerklede per patiënt)	N	Gem. GL-index (Gem. aantal netwerklede per patiënt)	N	Gem. GL-index (Gem. aantal netwerklede per patiënt)	N
<b>K-items</b>								
Attitude behandeling	0,69 (4,2)	10	0,69 (4,3)	6	0,70 (4,0)	4	0,77* (4,8)	5
Attitude medicatie	0,87** (4,8)	6	0,96** (4,8)	5	0,40 (5,0)	1	0,92** (3,7)	3
Impulsief	0,79* (4,9)	10	0,83** (5,5)	6	0,73 (4,0)	4	0,80* (4,7)	6
Vijandig	0,80* (4,7)	10	0,83** (5,3)	6	0,74 (3,8)	4	0,76* (4,8)	6
Manipulatie	0,90** (4,8)	10	0,94** (5,3)	6	0,86** (4,0)	4	0,90** (5,0)	6
Z dagelijks	0,84** (4,8)	10	0,78** (5,3)	6	0,92** (4,0)	4	0,85** (5,0)	6
Z financieel	0,80* (4,3)	8	0,85** (4,5)	4	0,76* (4,0)	4	0,79* (4,2)	5
Coping	0,64 (4,2)	10	0,70 (4,3)	6	0,55 (4,0)	4	0,70 (3,7)	6
Sociaal	0,91** (4,4)	9	0,93** (5,2)	5	0,89** (3,5)	4	0,87** (4,5)	6

Seksueel	0,94** (4,4)	5	1,00** (4,7)	3	0,85** (4,0)	2	0,96** (3,5)	4
Middelen gebruik A	0,74 (4,4)	7	0,80* (4,5)	4	0,65 (4,3)	3	0,83** (3,0)	5
Middelen gebruik SD	0,84** (4,8)	4	0,95** (5,0)	2	0,73 (4,5)	2	1,00** (3,0)	2
Middelen gebruik HD	0,71 (4,3)	4	0,88** (6,0)	1	0,65 (3,7)	3	1,00** (3,0)	2
Middelen gebruik G	0,73 (4,0)	2	1,00** (4,0)	1	0,46 (4,0)	1	1,00** (3,0)	1
<b>Overige vragen</b>								
Behandeling nodig volgens netwerklid	0,73 (4,6)	10	0,75* (5,0)	6	0,69 (4,0)	4	0,77* (5,4)	5
Vertrouwen in delictvrije toekomst	0,85** (4,7)	10	0,87** (5,2)	6	0,81* (4,0)	4	0,86** (5,0)	6

\*  $p < 0,10$  \*\*  $p < 0,05$  bij enkelzijdige toetsing

N = aantal patiënten waarover de gemiddelde GL-index en gemiddelde aantal netwerkleden zijn berekend.

Er is onderzocht in hoeverre de inschatting van het gedrag van een patiënt door netwerkleden verschilt van de inschatting van het gedrag van diezelfde patiënt door zijn mentor. Per patiënt is een vergelijking gemaakt tussen de beoordeling van de mentoren en de beoordeling van de netwerkleden van het gedrag van de patiënten uitgedrukt in de K-items uit de HKT-30. Het resultaat van deze vergelijking is terug te vinden in tabel 3, die gemiddelden weergeeft. De verschillen in de beoordeling van enerzijds de mentoren en anderzijds de netwerkleden zijn eerst per patiënt berekend, waarna de gemiddelden van deze verschillen zijn genomen. De vergelijking van de antwoorden per patiënt zijn terug te vinden in de tabellen 8 en 9 van bijlage A. Uit tabel 3 in de tekst kan worden afgelezen dat de antwoorden van de mentoren en netwerkleden weinig van elkaar verschillen. Bij een minimaal mogelijk verschil van 0 en een maximaal mogelijk verschil van 4, ligt het verschil in antwoorden tussen de netwerkleden en mentoren voor de meeste items rond 1. Voor bijvoorbeeld het item 'manipulatie' geldt dat mentoren het gedrag van de patiënten tijdens het eerste interview 0,65 punt manipulatiever inschatten dan de netwerkleden dit gedrag inschatten. Hoewel de verschillen klein zijn, lijken de netwerkleden het gedrag van de patiënten gunstiger in te schatten dan de mentoren.

*Tabel 3 Verschillen tussen de beoordeling van mentoren enerzijds en de beoordeling van netwerkleden anderzijds over het gedrag van de patiënten aan de hand van de klinische items van de HKT-30. De verschillen zijn per patiënt berekend, in de tabel is het gemiddelde verschil voor alle patiënten weergegeven. Minimaal verschil is 0, maximaal verschil is 4*

	Eerste interview (controlegroep en interventiegroep)		Tweede interview (interventiegroep)	
	Gemiddelde verschillen tussen antwoorden mentoren en netwerkleden (N)	Gemiddeld de meest gunstige inschatting van het gedrag van de patiënten door:	Gemiddelde verschillen tussen antwoorden mentoren en netwerkleden (N)	Gemiddeld de meest gunstige inschatting van het gedrag van de patiënten door:
<b>K-items</b>				
Attitude behandeling	0,85 (11)	Netwerkleden	0,75 (7)	Mentoren
Attitude medicatie	0,79 (10)	Mentoren	0,23 (5)	Mentoren
Impulsief	1,16 (11)	Netwerkleden	0,63 (7)	Netwerkleden
Vijandig	1,35 (11)	Netwerkleden	0,95 (7)	Netwerkleden
Manipulatie	0,65 (11)	Netwerkleden	0,45 (7)	Netwerkleden
Z dagelijks	0,77 (11)	Netwerkleden	0,38 (7)	Overeenstemming in de antwoorden
Z financieel	0,76 (11)	Netwerkleden	0,92 (7)	Netwerkleden
Coping	1,42 (11)	Netwerkleden	1,12 (7)	Netwerkleden
Sociaal	0,59 (11)	Netwerkleden	0,35 (6)	Netwerkleden
Seksueel	0,74 (8)	Netwerkleden	1,03 (5)	Netwerkleden
Middelengebruik A	1,40 (6)	Netwerkleden	1,33 (3)	Overeenstemming in

				de antwoorden
Middelengebruik SD	0,47 (5)	Mentoren	0,00 (4)	Overeenstemming in de antwoorden
Middelengebruik HD	0,29 (6)	Mentoren	0,00 (1)	Niet genoeg antwoorden voor een vergelijking
<b>Overige vragen</b>				
Behandeling nodig volgens netwerklid/mentor	1,05 (11)	Netwerkliden	1,34 (7)	Netwerkliden
Vertrouwen in delictvrije toekomst	1,15 (11)	Netwerkliden	0,94 (7)	Netwerkliden

N = aantal patiënten waarover de gemiddelde verschillen zijn berekend

Voor een bijdrage van de netwerkliden aan het houden van toezicht is het belangrijk dat de netwerkliden bereid zijn om actie te ondernemen wanneer ze risicovol gedrag signaleren. Daarom is de netwerkliden tijdens de tweede interviewsessie (na de nameting) gevraagd in hoeverre ze bereid zijn actie te ondernemen als ze denken dat het slechter gaat met de patiënt. Uit tabel 4 valt af te lezen dat het grootste deel van de geïnterviewde netwerkliden bereid is om te gaan praten met de patiënt, te gaan praten met andere netwerkliden van de patiënt en een hulpinstelling of een justitiële instelling in te schakelen zodra ze signaleren dat de patiënt terugvalt in ongewenst gedrag.

Tabel 4 Bereidheid van de netwerkliden om actie te ondernemen wanneer ze ongewenst gedrag signaleren bij de patiënt

	Bereid om te gaan praten met de patiënt		Bereid om te gaan praten met andere netwerkliden van de patiënt		Bereid om contact op te nemen met de kliniek, een andere justitiële instelling, hulpinstelling of de politie	
	N	%	N	%	N	%
<b>Absoluut niet</b>	2	3,6	4	7,3	4	7,3
<b>Waarschijnlijk niet</b>	4	7,3	3	5,5	0	0,0
<b>Misschien wel, misschien niet</b>	7	12,7	6	10,9	9	16,4
<b>Waarschijnlijk wel</b>	10	18,2	10	18,2	7	12,7
<b>Absoluut wel</b>	31	56,4	30	54,5	34	61,8
<b>Weigerde antwoord te geven op deze vragen</b>	1	1,8	2	3,6	1	1,8
<b>Totaal</b>	55	100,0	55	100,0	55	100,0

N = aantal netwerkliden

## §4.2. Ervaren sociale controle door de patiënten

De eerste hypothese die in het theoretisch kader werd geformuleerd is de volgende:

*Hypothese 1: Naarmate de door de tbs-patiënt ervaren sociale controle door significante anderen toeneemt, zal hij meer waarde hechten aan de beoordeling van zijn gedrag door die significante anderen.*

Om deze hypothese te toetsen, is gekeken naar de samenhang van de indices en afzonderlijke indicatoren van enerzijds 'ervaren sociale controle' en anderzijds 'waarde beoordeling gedrag door anderen'. Er is daarbij onderscheid gemaakt tussen de samenhang van die indices en indicatoren voor de antwoorden van de patiënten over geïnterviewde netwerkliden (interventiegroep) en over niet geïnterviewde netwerkliden (controlegroep) tijdens de voor- en nameting. De resultaten van deze analyses zijn weergegeven in tabel 5.

Uit deze tabel valt af te lezen dat de indicator ‘goedkeuring’ samenhangt met de indicatoren ‘initiatief’, ‘belangstelling’ en ‘medicatie herinneren’. ‘Moeilijkheden’ hangt voor één groep (controlegroep nameting) samen met ‘initiatief’, maar het hangt niet samen met andere indicatoren. De indices ‘ervaren sociale controle’ en ‘waarde beoordeling gedrag’ lijken wel samen te hangen voor de gehele groep (op T1 en T2), maar niet voor de afzonderlijke groepen. De verbanden tussen ‘goedkeuring’ enerzijds en ‘herinneren medicatie’ en ‘belangstelling’ anderzijds zijn positief, dat komt overeen met hypothese 1. Het verband tussen ‘goedkeuring’ en ‘initiatief tot contact vanuit het netwerk lid’ is negatief, dat komt niet overeen met het veronderstelde verband in hypothese 1. Het is opmerkelijk dat er binnen de controlegroep meer samenhang is gevonden dan bij de interventiegroep. Dit heeft waarschijnlijk te maken met een verschil in uitgangspositie, omdat zowel op T1 als op T2 meer samenhang wordt gevonden bij de controlegroep. Dat zou betekenen dat er al voor de interventie een grotere samenhang bestond tussen ‘ervaren sociale controle’ en ‘waarde aan beoordeling gedrag’ voor de patiënten uit de controlegroep dan voor patiënten uit de interventiegroep.

Samenvattend lijkt er een verband te bestaan tussen enerzijds aspecten van ‘ervaren sociale controle’ en anderzijds ‘waarde beoordeling gedrag’. Op basis van deze bevindingen wordt hypothese 1 niet verworpen.

Tabel 5 Samenhang tussen (indicatoren van) de indices ‘ervaren sociale controle’ en ‘waarde beoordeling gedrag’ voor de interventiegroep en controlegroep op T1 en T2, uitgedrukt in Spearman’s Rho

	Alle groepen op T1 en T2 (N = 160)	T1 interventiegroep (N=37)	T2 interventiegroep (N=37)	T1 controlegroep (N = 40)	T2 controlegroep (N = 46)
Index ‘Ervaren sociale controle’- Index ‘Waarde beoordeling gedrag’	0,17*	-0,19	0,31	0,17	0,16
Initiatief-Goedkeuring	-0,14*	-0,08	-0,14	-0,27*	-0,09
Initiatief-Moeilijkheden	-0,09	-0,10	0,10	-0,14	0,31*
Belangstelling-Goedkeuring	0,37**	0,14	0,68**	0,26*	0,31*
Belangstelling-Moeilijkheden	0,00	-0,23	-0,15	0,06	0,16
Herinner medicatie-Goedkeuring	0,22**	-0,27	0,18	0,42**	0,35**
Herinner medicatie-Moeilijkheden	0,01	0,00	-0,13	-0,24	-0,14

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  bij enkelzijdige toetsing

N = aantal netwerkleden waarover de patiënten vragen hebben beantwoord

T1 = voormeting, T2 = nameting

### §4.3. Interventie-effect van FSNA op de ervaren sociale steun en sociale controle door patiënten

De hypothesen die centraal staan in dit onderzoek hebben betrekking op een vermeend interventie-effect van het uitvoeren van FSNA:

*Hypothese 2: De door de tbs-patiënt ervaren sociale controle neemt toe doordat zijn significante anderen worden geïnterviewd.*

*Hypothese 3: De door de tbs-patiënt ervaren sociale steun neemt toe doordat zijn significante anderen worden geïnterviewd.*

Om de hypothesen 2 en 3 te toetsen, zijn de ervaren sociale steun en sociale controle die de tbs-patiënten tijdens de voormeting hebben gerapporteerd vergeleken met de ervaren sociale steun en sociale controle die ze tijdens de nameting hebben gerapporteerd. Hierbij is rekening gehouden met een verschil in uitgangspositie. De patiënten uit de controlegroep kunnen immers al voor de interventie minder sociale steun hebben ontvangen dan de patiënten uit de interventiegroep. Een verschil tussen de waarden van de voor- en nameting zou in dat geval niet het resultaat zijn van een interventie, maar van een verschil in uitgangspositie. Er is daarom onderzocht wat het verschil is tussen de interventiegroep en de controlegroep in *verandering tussen de voor- en nameting*. Hiervoor is een Wilcoxon signed rank toets uitgevoerd. Uit tabel 6 is het resultaat van deze analyse af te lezen. De gemiddelden die in de tabel worden gepresenteerd, geven het gemiddelde verschil weer in de ervaren sociale steun en sociale controle tussen de voor- en nameting. Een positief gemiddeld verschil duidt erop dat de patiënten tijdens de nameting meer sociale steun en sociale controle ervoeren dan tijdens de voormeting. De Z-waarde uit de Wilcoxon signed rank toets is significant voor (indicatoren van) de indices ‘ervaren sociale controle’ en ‘waarde beoordeling gedrag’. Er is dus sprake van een significante discrepantie tussen de gemiddelde verschillen. Met andere woorden: de veranderingen tussen de voor- en nameting verschillen in grootte. Voor de genoemde indicatoren is het gemiddelde verschil in antwoorden tussen de voor- en nameting groter wanneer deze betrekking heeft op de geïnterviewde netwerkleden dan wanneer deze betrekking heeft op de niet-geïnterviewde netwerkleden. Voor de indicator ‘medicatie’ betekent dit bijvoorbeeld dat de patiënten van wie de netwerkleden zijn geïnterviewd een grotere verandering rapporteren in de mate waarin ze ervaren te zijn herinnerd aan hun medicatie dan de patiënten van wie de netwerkleden niet zijn geïnterviewd. De effectgrootten van de Wilcoxon signed rank toetsen zijn uitgedrukt in de Cliff’s delta. Bij het interpreteren van deze maat wordt gekeken in hoeverre deze afwijkt van nul. De Cliff’s delta varieert tussen -1 en 1. Hoe verder het getal is verwijderd van nul, hoe meer de groepen van elkaar verschillen (Cliff, 1993). De gevonden verschillen voor ‘ervaren sociale controle’ en ‘waarde beoordeling gedrag’ hebben een kleine effectgrootte, zoals valt af te lezen uit de Cliff’s delta’s die dicht bij nul liggen. Bij de interpretatie van de resultaten, moet rekening worden gehouden met het risico van kanskapitalisatie. Er worden 12 hypothesetoetsingen uitgevoerd. Voor 5 daarvan moet de nulhypothese dat er *geen* verschil is tussen de groepen worden verworpen op basis van de analyse. De kans dat deze 5 hypothesen allemaal op basis van toeval worden verworpen is klein.

Uit het resultaat van deze analyse kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de interventie (het interviewen van de netwerkleden) van invloed is op de ervaren sociale controle door de patiënten, uitgedrukt in de indicator ‘medicatie’. Ook kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de interventie invloed heeft op de mate waarin patiënten waarde hechten aan de beoordeling van hun gedrag door netwerkleden. De invloed van de interventie is echter niet heel groot (zoals kan worden opgemaakt uit de kleine effect grootten).



Tabel 6 Invloed van FSNA op 'ervaren sociale steun', 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag'. Indices en afzonderlijke indicatoren. Een vergelijking tussen de discrepantie in antwoorden van patiënten tijdens de voor- en nameting over de netwerkleden die wel zijn geïnterviewd en de discrepantie in antwoorden van patiënten tijdens de voor- en nameting over de netwerkleden die niet zijn geïnterviewd, resultaat van de Wilcoxon-signed rank toets

	T2-T1 voor geïnterviewde netwerkleden	T2-T1 voor niet geïnterviewde netwerkleden	Wilcoxon signed ranks			
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	T	Z	N	Effect grootte (Cliff's delta)
<b>Ervaren sociale steun</b>	0,09 (0,67)	0,14 (0,65)	149,0	-1,23	29	-0,01
Frequentie van contact	0,05 (0,63)	-0,04 (0,88)	143,0	0,53	37	0,00
Raad en advies	0,26 (1,78)	0,25 (1,18)	203,0	0,00	34	0,00
Praktische steun	-0,22 (1,11)	0,19 (1,46)	135,0	-1,55	37	-0,01
Financiële steun	0,12 (1,24)	0,03 (0,52)	53,5	1,11	32	-0,01
<b>Ervaren sociale controle</b>	0,23 (0,52)	0,08 (0,54)	49,5	2,30*	22	0,01
Initiatief	0,01 (1,00)	0,13 (0,73)	202,5	-0,33	37	0,00
Medicatie herinneren	0,61 (1,28)	0,04 (0,64)	5,0	2,31*	22	0,01
Belangstelling	0,23 (0,64)	0,09 (0,95)	190,0	0,89	37	0,00
<b>Waarde beoordeling gedrag</b>	0,58 (0,91)	0,01 (0,79)	119,0	2,72**	37	0,01
Goedkeuring	0,68 (1,40)	0,09 (1,27)	172,5	1,72*	37	0,01
Moeilijkheden	0,49 (1,29)	-0,08 (1,34)	147,0	1,99*	37	0,01

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  bij eenzijdige toetsing

T1 = voormeting, T2 = nameting

N = aantal combinaties van antwoorden van patiënten over hun netwerkleden

#### §4.4. Interventie-effect van FSNA op de netwerkleden

De theorie die in het theoretisch kader is gepresenteerd, veronderstelt (mede) een indirecte invloed van de interventie (FSNA) op de patiënten. Er wordt verondersteld dat het interviewen van de netwerkleden hen door het Hawthorne effect zal aanzetten tot het verlenen van meer steun en het uitvoeren van meer controle op het gedrag van patiënten. Dit wordt verondersteld ertoe te leiden dat patiënten meer sociale steun en sociale controle ervaren. In de voorgaande paragraaf wordt duidelijk dat er inderdaad een interventie-effect is opgetreden bij de patiënten, namelijk op de mate waarin patiënten waarde hechten aan de beoordeling van hun gedrag door netwerkleden en de mate waarin patiënten denken te worden herinnerd aan hun medicatie. Om te controleren of deze veranderingen mede kunnen worden toegeschreven aan veranderingen bij de netwerkleden, zijn de antwoorden van de netwerkleden van het eerste interview vergeleken met de antwoorden van de netwerkleden van het tweede interview.

In de tabellen 10 en 11 van bijlage A staat de beschrijvende informatie over de variabelen uit de netwerkledenvragenlijst en mentorenvragenlijst. Voor het vergelijken van de antwoorden van de netwerkleden is een Wilcoxon signed rank toets uitgevoerd. Bij deze toets zijn alleen de antwoorden van de netwerkleden van de interventiegroep meegenomen, omdat alleen zij tweemaal zijn geïnterviewd. De resultaten van deze toets zijn af te lezen in tabel 7. Uit de tabel is af te lezen dat er tussen het eerste en tweede interview veranderingen zijn opgetreden in de mate waarin de netwerkleden behandeling nodig vinden voor de patiënten, de mate waarin de patiënten behandeling nodig vinden voor zichzelf (volgens de netwerkleden) en de mate waarin de netwerkleden het gedrag van de patiënten beoordelen als 'vijandig'. Bij deze veranderingen is er sprake van een kleine effectgrootte. Bij de

interpretatie van deze bevindingen moet rekening worden gehouden met het risico van kanskapitalisatie. Bij het toetsen van 20 hypothesen, kunnen 3 nulhypothesen (dat er geen verandering optreedt) worden verworpen op basis van de analyse. Dit kan aan het toeval worden toegeschreven. Als wordt aangenomen dat de 3 hypothesen terecht worden verworpen op basis van de analyses, is het nog niet mogelijk om de gevonden verandering in antwoorden van netwerkleden te vergelijken met de verandering in de antwoorden van de netwerkleden van de controlegroep. Daarom is het niet zeker of de gevonden veranderingen kunnen worden toegeschreven aan de interventie.

Op basis van de bevindingen kan voorzichtig worden geconcludeerd dat netwerkleden het gedrag van patiënten niet anders gaan beoordelen door FSNA. Ook lijkt het onwaarschijnlijk dat de netwerkleden meer of minder sociale steun gaan geven of sociale controle gaan uitoefenen door de interventie.

*Tabel 7 Invloed van FSNA op de sociale steun en sociale controle vanuit de netwerkleden en de beoordeling van het gedrag van de patiënten door de netwerkleden, aan de hand van de K-items uit de HKT-30. Verschillen tussen de antwoorden van de netwerkleden van de interventiegroep tijdens het eerste en tweede interview, resultaat van de Wilcoxon-signed rank toets*

	Eerste interview	Tweede interview	Wilcoxon signed ranks			
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	T	Z	N	Effect grootte (Cliff's delta)
<b>K-items</b>						
Attitude behandeling	3,11 (1,19)	2,28 (1,27)	47,5	2,17*	23	0,01
Attitude medicatie	4,66 (0,65)	4,50 (1,02)	9,0	0,86	13	-0,00
Impulsief	1,58 (1,07)	1,81 (0,99)	51,0	-1,23	31	-0,01
Vijandig	1,33 (0,86)	1,70 (0,81)	21,0	-2,47**	32	-0,01
Manipulatie	1,10 (0,38)	1,29 (0,72)	4,5	-1,28	33	-0,00
Z dagelijks	4,27 (0,94)	4,41 (0,74)	53,5	-0,38	32	-0,00
Z financieel	4,24 (0,77)	3,98 (1,18)	45,0	0,48	21	0,00
Coping	3,88 (1,21)	3,69 (1,25)	58,0	0,11	21	-0,00
Sociaal	4,68 (0,61)	4,66 (0,61)	15,0	0,43	25	-0,00
Seksueel	1,02 (0,11)	1,11 (0,32)	0,0	-1,34	13	-0,01
Middelengebruik A	4,55 (0,98)	4,47 (1,33)	4,0	0,37	11	0,00
MiddelengebruikSD	4,85 (0,43)	5,00 (0,00)	0,0	-1,34	7	-0,01
Middelengebruik HD	4,81 (0,46)	5,00 (0,00)	0,0	-1,34	6	-0,01
<b>Indicatoren sociale steun</b>						
Frequentie van contact	4,92 (1,46)	5,02 (1,15)	138,0	-0,00	33	0,00
Raad advies	2,39 (1,16)	2,64 (0,95)	87,0	-1,30	32	-0,00
Financiële steun	3,37 (1,15)	3,16 (1,22)	167,5	0,82	32	0,00
<b>Indicatoren sociale controle</b>						
Initiatief tot contact	1,81 (0,54)	1,79 (0,64)	57,0	0,18	32	0,00
Herinneren medicatie	1,00 (0,00)	1,08 (0,28)	0,0	-1,41	20	-0,00
<b>Overige vragen</b>						
Behandeling nodig volgens netwerklid	3,21 (1,31)	2,47 (1,42)	34,0	2,87**	29	0,01
Vertrouwen in delictvrije toekomst	4,24 (0,77)	4,32 (0,77)	70,5	-1,33	31	-0,01

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  bij eenzijdige toetsing

N = combinaties van antwoorden van netwerkleden

Om te controleren of de netwerkleden na de interventie meer zicht hebben gekregen op het gedrag van de patiënten, is een Wilcoxon signed rank toets uitgevoerd voor de GL-indices van het eerste interview en de GL-indices van het tweede interview. Hiervoor zijn alleen de antwoorden meegenomen van netwerkleden die tijdens beide interviews vragen hebben beantwoord. De resultaten uit deze analyse zijn terug te vinden in tabel 8. Dit zijn gemiddelde resultaten. Eerst zijn de analyses uitgevoerd per patiënt. Vervolgens zijn daarvan de gemiddelden genomen. De resultaten per patiënt zijn terug te vinden in tabel 12 van bijlage A. Uit tabel 8 in de tekst valt af te lezen dat er tussen de netwerkleden (per patiënt) tijdens het

tweede interview meer overeenstemming is in de beoordeling van impulsiviteit, dagelijkse copingvaardigheid en seksuele preoccupatie dan tijdens het eerste interview. Dit is af te lezen uit een significante Z-waarde en een gemiddelde GL-index, die bij het tweede interview hoger is dan bij het eerste interview. Daarentegen is er tijdens het tweede interview minder overeenstemming tussen de netwerkleden (per patiënt) over de mate van vijandigheid, de mate waarin de patiënt nog behandeling nodig heeft en het vertrouwen dat de netwerkleden hebben in een delictvrije toekomst van die patiënt. De effect grootten van de gevonden verschillen zijn klein. Dit is af te lezen uit de Cliff's delta's, die steeds dicht bij nul liggen. Van de 15 getoetste hypothesen, moeten er 6 nulhypothesen (dat er geen verandering is opgetreden) worden verworpen. Hoewel het risico op kanskapitalisatie nog steeds aanwezig is, lijkt de kans klein dat de gevonden verschillen alleen zijn toe te schrijven aan toeval.

De bevindingen kunnen indiceren dat de netwerkleden door de interventie meer zicht hebben gekregen op het gedrag van de patiënten met betrekking tot impulsiviteit, dagelijkse copingvaardigheid en seksuele preoccupatie en dat ze door de interventie minder zicht hebben gekregen op de mate waarin de patiënt vijandige gedrag vertoont. Echter, zonder een vergelijking met een controlegroep is de veronderstelling dat de gevonden veranderingen zijn toe te schrijven aan een interventie in beperkte mate empirisch onderbouwd.

*Tabel 8 Invloed van FSNA op de mate waarin netwerkleden zicht hebben op het gedrag van de patiënten, uitgedrukt in GL-indices en de K-items van de HKT-30. Verschillen tussen eerste en tweede interview in de mate van overeenstemming in de antwoorden van de netwerkleden per patiënt (gemiddelde), resultaat van de Wilcoxon signed rank toets*

	Gem. GL-index eerste interview	Gem. GL-index tweede interview	Wilcoxon signed ranks			
			T	Z	N	Effect grootte (Cliff's delta)
<b>K-items</b>						
Attitude behandeling	0,68	0,77	293,0	-0,08	35	-0,00
Attitude behandeling medicatie	0,95	0,92	21,0	0,18	12	0,01
Impulsief	0,83	0,80	401,5	1,92*	57	-0,00
Vijandig	0,82	0,77	309,5	1,78*	62	0,00
Manipulatie	0,94	0,90	18,0	1,36	67	0,00
Z dagelijks	0,81	0,85	375,0	-0,47	63	0,00
Z financieel	0,85	0,79	55,5	0,65	19	-0,00
Coping	0,72	0,70	28,5	2,68**	21	-0,01
Sociaal	0,93	0,87	297,5	0,00	37	-0,00
Seksueel	1,00	0,94	0,0	2,23*	12	-0,01
Middelengebruik A	0,76	0,83	6,0	-0,95	7	0,00
Middelengebruik SD	0,89	1,00	0,0	-1,63	3	-0,02
Middelengebruik HD	0,88	1,00	0,0	-1,63	3	-0,03
<b>Overige vragen</b>						
Behandeling nodig volgens netwerklid	0,77	0,76	171,0	2,73**	50	0,00
Vertrouwen in een delictvrije toekomst	0,88	0,86	278,0	3,34**	57	0,00

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  bij eenzijdige toetsing

N = aantal combinaties van GL-indices

## §4.5. Interpretatie van sociale steun en sociale controle door netwerkleden en patiënten

In de voorgaande paragrafen wordt duidelijk dat er bij de patiënten waarschijnlijk sprake is van een interventie-effect op 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag'. De gevonden veranderingen zijn echter niet direct in verband te brengen met veranderingen in het

gedrag van de netwerkleden. Zo geven de netwerkleden tijdens het tweede interview niet significant vaker aan dat ze hebben helpen herinneren aan de medicatie-inname dan tijdens het eerste interview. Om inzicht te krijgen in de mate waarin het interventie-effect op de patiënten kan worden verklaard met veranderingen bij de netwerkleden, zijn de samenhangen tussen de antwoorden van de netwerkleden en de patiënten onderzocht. Tegelijkertijd is onderzocht in welke mate patiënten en netwerkleden verschillende percepties hebben van de gegeven en ervaren sociale steun en sociale controle.

Voor het controleren van de samenhang in antwoorden zijn de antwoorden van de netwerkleden vergeleken met de antwoorden van de patiënten over diezelfde netwerkleden. In de tabellen 13 en 14 van bijlage A zijn de Spearman's Rho correlaties tussen de antwoorden van de patiënten en de antwoorden van de netwerkleden te vinden voor respectievelijk de indices 'ervaren sociale steun', 'ervaren sociale controle', 'waarde beoordeling gedrag' en de afzonderlijke indicatoren. Uit tabel 14 van bijlage A valt af te lezen dat er samenhang bestaat tussen de antwoorden van de patiënten en netwerkleden die betrekking hebben op de frequentie van het contact, raad en advies en het initiatief tot contact (tweede interview). Dat klopt met de verwachting. Opvallend is echter, dat er geen samenhang wordt gevonden tussen de antwoorden van de patiënten en de netwerkleden over 'medicatie' en 'financiële steun' en 'initiatief tot contact' (eerste interview). Om te onderzoeken in welke mate de antwoorden op die indicatoren van elkaar verschillen, zijn Wilcoxon signed rank toetsen uitgevoerd. De resultaten van deze toetsen zijn te vinden in tabel 9 in de tekst.

Uit de tabel valt af te lezen dat de netwerkleden de gegeven financiële steun hoger interpreteerden dan de patiënten de ontvangen financiële steun interpreteerden. Met andere woorden: netwerkleden denken meer financiële steun te geven dan patiënten denken te ontvangen. De mate waarin de netwerkleden de patiënten hielpen herinneren aan medicatie inname wordt lager geïnterpreteerd dan de mate waarin de patiënten ervaren te zijn herinnerd aan hun medicatiegebruik. Met andere woorden: de patiënten ervaren meer controle op hun medicatiegebruik dan de netwerkleden denken uit te oefenen. De effectgrootten van deze verschillen zijn klein. De netwerkleden die voor het eerst werden geïnterviewd schatten de mate waarin zij initiatief namen tot contact significant lager in dan de patiënten.

*Tabel 9 Verschillen tussen de antwoorden van de netwerkleden en patiënten over 'initiatief tot contact', 'herinneren medicatie' en 'financiële steun' tijdens het eerste en tweede interview, resultaat van de Wilcoxon-signed rank toets*

	Netwerkleden	Patiënten	Wilcoxon signed ranks			Effect grootte (Cliff's delta)
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	T	Z	N	
<b>Eerste interview</b>						
Financiële steun	3,17 (1,27)	1,54 (0,98)	71,5	4,96**	49	-0,02
Initiatief	2,22 (1,10)	2,46 (0,96)	36,7	-2,10*	54	-0,00
Medicatie herinneren	1,14 (0,46)	1,55 (1,26)	14,0	-1,98*	41	-0,00
<b>Tweede interview</b>						
Financiële steun	3,16 (1,22)	1,78 (1,31)	43,5	3,91**	34	-0,01
Medicatie herinneren	1,08 (0,28)	2,10 (1,55)	0,0	-2,21*	19	-0,01

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  bij eenzijdige toetsing

N = aantal combinaties van antwoorden van netwerkleden en patiënten

Het is opvallend dat de netwerkleden en patiënten verschillen in hun interpretatie van 'medicatie herinneren'. Hieruit kan worden afgeleid dat het interventie-effect op de patiënten dat betrekking heeft op 'medicatie herinneren' (waarschijnlijk) niet loopt via een interventie-effect op de netwerkleden. Dit in aanmerking genomen, lijkt het onwaarschijnlijk dat het interventie-effect op de patiënt betreffende 'goedkeuring' en 'moeilijkheden' wel loopt via de netwerkleden.

Op basis van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de interventie (het interviewen van de significante anderen) invloed heeft op het belang dat patiënten hechten aan de goedkeuring van hun netwerkleden, de mate waarin ze willen dat deze netwerkleden op de hoogte zijn van moeilijkheden en de mate waarin de patiënten denken te worden herinnerd aan hun medicatie-inname. Dit interventie-effect loopt waarschijnlijk niet via het gedrag van de netwerkleden. Het idee dat hun significante anderen worden geïnterviewd heeft waarschijnlijk een directe invloed op de mate waarin patiënten sociale controle ervaren. Er zijn door het interviewen van de netwerkleden geen veranderingen opgetreden in de door de patiënt ervaren sociale steun. Hypothese 2 (over sociale controle) wordt op basis van dit onderzoek niet verworpen, maar hypothese 3 (over sociale steun) moet op basis van dit onderzoek wel worden verworpen.

#### **§4.6. Interventie-effect van FSNA op het functioneren van patiënten**

De bevindingen van dit onderzoek impliceren een interventie-effect van FSNA op de ervaren sociale controle door tbs-patiënten. Dit hoeft echter geen invloed te hebben op het functioneren van deze patiënten. Om te onderzoeken in welke mate FSNA van invloed is op het functioneren van patiënten, is een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Het resultaat van deze analyse staat in tabel 10.

Uit de tabel is op te maken dat in de periode voorafgaand aan het onderzoek ongeveer evenveel incidenten plaatsvonden in de controlegroep als in de interventiegroep. In beide groepen veroorzaken vier patiënten incidenten of bijzondere voorvallen. In de onderzoeksperiode is er duidelijk een verschil op te merken tussen de interventiegroep en de controlegroep. Dan veroorzaken vijf patiënten uit de controlegroep incidenten of bijzondere voorvallen, tegenover één patiënt uit de interventiegroep. Bij het interpreteren van onderstaande tabel moet rekening worden gehouden met het gegeven dat sommige patiënten meerdere incidenten veroorzaakten. Patiënt D (controlegroep) lijkt in de onderzoeksperiode een ernstige overtreding te hebben gemaakt van zijn verlofvoorwaarden. Dit is echter geen nieuwe overtreding, zijn drugsgebruik speelde ook al in de voorafgaande periode, maar de kliniek kwam daar pas achter in de onderzoeksperiode.

Hoewel het moeilijk is om op basis van kwalitatief onderzoek uitspraken te doen over en verschillen te signaleren in het functioneren van de patiënten, lijken de bevindingen uit dit onderzoek te wijzen op een interveniërend effect van FSNA (het interviewen van significante anderen) op het functioneren van patiënten.

Tabel 10 Functioneren van de patiënten uit de controlegroep en interventiegroep in de onderzoeksperiode en de periode daaraan voorafgaand, resultaat van kwalitatieve analyse

	<b>Controlegroep N = 7</b>	<b>Interventiegroep N =8</b>
<b>Voorafgaande periode</b>	<p>Patiënt A: afwijking van verlofdoel, patiënt wordt gezien door een medewerker</p> <p>Patiënt E: afwijking van verlofdoel, patiënt biecht het zelf op</p> <p>Patiënt B: aanvaring met medepatiënt</p> <p>Patiënt B: aanvaring met medepatiënt</p> <p>Patiënt E: verbale agressie tegen medewerkers</p> <p>Patiënt D: (achteraf) gebruikt patiënt deze periode geregeld cannabis en alcohol (zie 'onderzoeksperiode')</p> <p>Patiënt D: patiënt is op zijn werk intimiderend en seksueel grensoverschrijdend naar anderen, hij mag tijdelijk niet naar zijn werk</p>	<p>Patiënt H: aanvaring met medepatiënt</p> <p>Patiënt I: positief op een alcoholcontrole</p> <p>Patiënt I: betrokkenheid bij het overtreden van de regels van andere tbs-kliniek, waar een vriend van hem verblijft. Dit komt aan het licht via die andere kliniek</p> <p>Patiënt J: geregelde afwijking van verlofdoelen</p> <p>Patiënt K: aanvaring met medepatiënt</p>
<b>Onderzoeksperiode</b>	<p>Patiënt E: geregeld te laat op verlof of niet op plaats van bestemming bij controle</p> <p>Patiënt D: Opschorting transmuraal verlof en tijdelijke terugplaatsing naar een vorige afdeling vanwege het gebruik van cannabis en alcohol. Patiënt biecht op dat hij dit al gedurende een lange periode gebruikt</p> <p>Patiënt E: verbale agressie tegen medewerkers</p> <p>Patiënt E: verbale agressie over telefoon tegen een medewerker</p> <p>Patiënt F: tijdelijke schorsing op zijn werk en tijdelijke terugplaatsing vanwege bellen van 06-lijnen met werktelefoon</p> <p>Patiënt G: afwijking van verlofdoel, patiënt biecht het zelf op</p> <p>Patiënt G: boete: door rood licht rijden met de fiets</p> <p>Patiënt C: bewust tegen medewerkers gelogen over de herkomst van het geld waarmee hij een stereo-installatie kocht</p>	<p>Patiënt J: geregelde afwijking van verlofdoelen</p> <p>Patiënt J: boete: door rood licht rijden met de fiets</p>

N = aantal patiënten

## Conclusie en discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de mate waarin het betrekken van netwerkleden bij de re-integratie van tbs-patiënten middels sociale steun en sociale controle bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie. Daarvoor is een quasi-experimentele onderzoeksopzet gebruikt. De voor- en nameting bestonden daarbij uit FSNA interviews met 15 patiënten. De interventie bestond uit interviews met de significante anderen van acht van de geïnterviewde patiënten (de interventiegroep). Tijdens deze interviews zijn vragen gesteld over het gedrag van de betrokken patiënt aan de hand van de klinische items (K-items) uit de HKT-30.

Uit het onderzoek bleek dat de patiënten van wie de significante anderen waren geïnterviewd tijdens de nameting meer het gevoel hadden te worden herinnerd aan hun medicatie-inname door die netwerkleden en meer waarde hechtten aan de beoordeling van hun gedrag door die netwerkleden. De genoemde verandering tussen de voor- en nameting was duidelijk groter voor de patiënten uit de interventiegroep dan voor de patiënten uit de controlegroep. Uit deze onderzoeksresultaten kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de, door patiënten ervaren, sociale controle toeneemt door het interviewen van hun significante anderen. Er is geen verandering gevonden in de ervaren sociale steun tijdens de voor- en nameting.

De ervaren sociale controle door de patiënten staat in dit onderzoek in verband tot het belang dat de patiënten hechten aan de goedkeuring van hun netwerkleden. Dit biedt een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil in het functioneren van patiënten uit de interventiegroep enerzijds en het functioneren van patiënten uit de controlegroep anderzijds. Uit een kwalitatieve analyse van incidenten en bijzondere voorvallen bleek namelijk dat de patiënten uit de interventiegroep en controlegroep in de periode voorafgaand aan het onderzoek ongeveer een gelijk aantal incidenten of bijzondere voorvallen meemaakten. In de onderzoeksperiode leken de patiënten uit de interventiegroep echter duidelijk minder incidenten en bijzondere voorvallen te veroorzaken dan patiënten uit de controlegroep. *De genoemde onderzoeksresultaten indiceren dat het betrekken van netwerkleden bij de re-integratie van tbs-patiënten middels sociale controle bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie van deze patiënten.*

Het is echter niet zeker of dit effect zich voordoet vanwege een toegenomen sociale controle door de significante anderen of vanwege een toegenomen ervaren sociale controle vanuit de patiënten. Het interviewen van de significante anderen lijkt geen invloed te hebben op hun uitoefening van sociale controle. De duidelijkste indicatie dat er geen sprake is van een indirect interventie-effect van FSNA op de patiënten via de netwerkleden, is het verschil in ‘herinneren aan medicatie.’ De patiënten hadden tijdens de nameting het idee dat hun significante anderen hen vaker herinnerden aan de medicatie-inname dan tijdens de voormeting. Tussen het eerste en tweede interview bij de netwerkleden bleek echter geen verschil in de mate waarin zij de patiënt hielpen herinneren aan medicatie-inname. De interpretaties van gegeven steun en controle volgens de netwerkleden en ontvangen steun en controle volgens de patiënten bleken voor ‘herinneren medicatie’ en ‘financiële steun’ zelfs significant van elkaar te verschillen. *De bevindingen zijn een sterke indicatie dat er bij het betrekken van de netwerkleden bij de re-integratie van tbs-patiënten wel sprake is van een effect bij de patiënten en niet bij de netwerkleden.* Wanneer deze bevindingen worden teruggekoppeld naar de opgestelde theorie over de invloed van FSNA op gedrag, lijken de bevindingen meer te wijzen op het effect van ‘priming met significante anderen’ en doelenactivering door psychologische aanwezigheid van deze significante anderen, dan op een Hawthorne effect.

Tijdens het tweede interview is er tussen de netwerkleden duidelijk meer overeenstemming in de beoordeling van bepaalde risicofactoren dan tijdens het eerste interview. Dit kan indiceren dat de interventie (het interviewen van de netwerkleden) van invloed is geweest, maar dat is niet empirisch te onderbouwen door het ontbreken van een controlegroep. Op basis van de mate van overeenstemming in de antwoorden, lijken netwerkleden zicht te hebben op het gedrag van de patiënten. Zij geven wel een iets gunstiger beeld van het gedrag van de patiënten dan de mentoren, maar dat verschil is klein. Verschillen in de beoordelingen van het gedrag van patiënten door hun netwerkleden en mentoren kunnen op twee manieren worden uitgelegd. Enerzijds kan een meer gunstige beoordeling door de netwerkleden een indicatie zijn van sociaal gewenst antwoorden. Anderzijds kan het een indicatie zijn dat patiënten zich buiten het zicht van de kliniek beter gedragen dan binnen het zicht van de kliniek. De geïnterviewde netwerkleden blijken bereid om hulp in te schakelen wanneer ze het gevoel hebben dat de patiënt zou kunnen terugvallen in zijn oude gedrag. Ze zijn bereid om met de patiënt te gaan praten, om met andere netwerkleden van de patiënt te gaan praten en om de kliniek of de politie in te schakelen. In tegenstelling tot de verwachting, was er onder de netwerkleden een grote bereidheid tot medewerking aan dit onderzoek. Van de 55 benaderde netwerkleden weigerden 3 netwerkleden (gedeeltelijke) medewerking aan het onderzoek. *Deze bevindingen indiceren dat netwerkleden de potentie hebben om toezicht te houden tijdens de re-integratie van patiënten en dat ze bereid zijn om voor een dergelijke functie te worden ingeschakeld.*

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten moet rekening worden gehouden met de volgende beperkingen van het onderzoek:

De grootste beperking van dit onderzoek is de indeling van de patiënten bij de interventiegroep en controlegroep, omdat deze niet geheel willekeurig was. De interventiegroep moest voor het onderzoek bestaan uit patiënten waarvan netwerkleden konden worden benaderd. Twee patiënten konden daardoor niet worden ingedeeld in de interventiegroep. Het is mogelijk dat de gevonden effecten niet geheel zijn toe te schrijven aan de interventie (interviewen van significante anderen), maar aan deze selectie. Dit risico geldt vooral voor het resultaat uit de kwalitatieve analyse van het functioneren van de patiënten.

Een tweede beperking van het onderzoek heeft betrekking op de operationalisatie van de indices ‘ervaren sociale steun’ en ‘ervaren sociale controle.’ Vanuit praktische overwegingen (tijdsduur van de interviews) zijn de patiënten ondervraagd over een beperkt aantal indicatoren van deze variabelen. De formulering van de indicatoren kon voor een deel worden overgenomen uit de gewone FSNA, maar voor de stellingen over ‘waarde beoordeling gedrag door anderen’ was ten tijde van het ontwikkelen van de vragenlijsten geen gevalideerde formulering te vinden. In een later stadium van het onderzoek werd een Nederlandse vragenlijst ontdekt voor het meten van sociale betrokkenheid (Van Dam-Baggen, Huiskes & Kraaimaat, 1986). In vervolgonderzoek kan deze vragenlijst worden gebruikt.

Een derde beperking van het onderzoek heeft te maken met het gebruik van verkorte vragenlijsten. Vanuit praktische overwegingen zijn voor dit onderzoek verkorte FSNA vragenlijsten gebruikt. Bij een volledig FSNA wordt met de patiënt in 4,5 uur een interview gehouden, verdeeld over drie sessies. De netwerkleden worden thuis opgezocht. Dat heeft mogelijk een grotere invloed dan een patiëntinterview van 1,5 uur en telefonische interviews met alleen de significante anderen. Een gewone FSNA heeft daarom mogelijk een groter interveniërend effect dan de verkorte FSNA, maar het was vanwege de tijdsduur van het onderzoek niet mogelijk om dat uit te zoeken.

Een vierde beperking van het onderzoek heeft betrekking op de verdeling van de indices en de afzonderlijke indicatoren. Doordat deze verdeling te veel afweek van een



normale verdeling, was het niet mogelijk om de causaliteit van de gevonden verbanden te bepalen (middels regressie analyse).

### **Praktische implicaties**

Door de beperkingen van het onderzoek moeten de onderzoeksresultaten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Om de implicaties van deze resultaten te vertalen naar praktische toepassing, zal dan ook verder onderzoek nodig zijn. Dit te hebben gezegd, kunnen er implicaties worden genoemd voor het begeleiden en toezicht houden op de re-integratie van tbs-patiënten.

Eén van de belangrijkste implicaties van dit onderzoek is dat tbs-patiënten, ondanks hun psychische stoornissen (of misschien juist daardoor), gevoelig zijn voor informele sociale controle. Ze hechten belang aan de goedkeuring van hun acties en beslissingen door netwerkleiden. Uit dit onderzoek blijkt dat het benaderen van significante anderen leidt tot een toename van ervaren sociale controle door de patiënten. Dit is goed, zolang deze netwerkleiden weten om te gaan met de psychische stoornis van de patiënten en geen risicofactor vormen. Op basis van de goal framing theorie (Lindenberg, 2001; 2008) wordt verwacht dat een toegenomen ervaren sociale controle vanuit gewenste contacten een positieve invloed heeft op het functioneren van de patiënt, terwijl toegenomen sociale controle vanuit ongewenste contacten mogelijk een negatieve invloed heeft op dit functioneren. In dit onderzoek is tijdens de gesprekken met patiënten voornamelijk gezocht naar bronnen van sociale steun en sociale controle. Er zijn daardoor voornamelijk ‘gewenste’ contacten benaderd. Tijdens een gewone FSNA is het echter ook gangbaar om deviante netwerkleiden te benaderen, om eventuele spanningsbronnen of toekomstige risicofactoren in kaart te brengen. Dit heeft mogelijk een averechts effect op het gedrag van de patiënt via de ervaren sociale controle door die patiënt. Tegelijkertijd is het wel gewenst om deviante netwerkleiden te benaderen, omdat op die manier informatie wordt gewonnen over eventuele problemen tijdens de re-integratie. Juist door de veronderstelde invloed via sociale controle is het goed om vanuit de kliniek met de netwerkleiden te gaan praten die het behandelbeleid van de kliniek niet ondersteunen. Door psycho-educatie te geven over de stoornis van de patiënt en de aanpak van de behandeling zullen deze netwerkleiden de patiënt misschien meer gaan ondersteunen bij het naleven van de regels van de kliniek. Als uit toekomstig onderzoek inderdaad blijkt dat het benaderen van deviante netwerkleiden via sociale controle een negatief effect heeft op het functioneren van de patiënten, is aan te bevelen dat deze ongewenste effecten worden afgewogen tegen de noodzaak om informatie te verzamelen vanuit deze netwerkleiden.

Een tweede praktische implicatie van dit onderzoek is dat netwerkleiden een bijdrage kunnen leveren aan het houden van toezicht. Uit het onderzoek blijkt dat hun beoordeling van het gedrag van patiënten redelijk overeenkomt met de beoordeling van dit gedrag door medewerkers van de kliniek. Het merendeel van de netwerkleiden blijkt bereid om de kliniek of een andere instelling in te schakelen wanneer ze ongewenst gedrag signaleren bij de patiënt. Een voordeel van het betrekken van de netwerkleiden bij toezicht, is dat ze de patiënten zien in situaties waarin de kliniek geen zicht op hen heeft.

De aanleiding voor dit onderzoek was het onderzoek van De Kogel en Nagtegaal (2008) naar een effectieve invulling van toezicht tijdens de verlengde periode van voorwaardelijke beëindiging van dwangverpleging. Op basis daarvan werd een (aanvullend) toezichtsprogramma geopperd waarbij de re-integratiecomponent werd gevormd door ‘sociale steun’ en de controlecomponent door ‘sociale controle.’ De onderzoeksresultaten suggereren een mogelijke bijdrage van de significante anderen aan het toezicht houden op de patiënten

middels sociale controle, maar er is nog onvoldoende kennis over het stimuleren van de bestaande sociale steun.

### **Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Voor het ontwikkelen van een toezichtsprogramma dat gebaseerd is op de bijdrage van significante anderen, is het ten eerste nodig dat verder onderzoek wordt gedaan naar de methoden voor het stimuleren van sociale steun. Uit dit onderzoek blijkt geen invloed van interviews met significante anderen op de gegeven sociale steun. Mogelijk is dat effect er wel wanneer deze netwerkleden intensiever worden betrokken bij de re-integratie van een patiënt, bijvoorbeeld door frequent contact tussen de kliniek en de significante anderen gedurende de hele behandeling. Andere mogelijkheden voor het stimuleren van sociale steun zijn: het geven van psycho-educatie aan de netwerkleden over het belang van hun invloed en steun, of het organiseren van een gesprek tussen de patiënt, netwerkleden, behandelaren en toekomstige toezichthouders op het moment dat de dwangverpleging van de patiënt voorwaardelijk wordt beëindigd. In dergelijke gesprekken kan aan de netwerkleden duidelijk worden gemaakt wat voor vormen van sociale steun gewenst zijn. Ook kunnen de netwerkleden in zo'n gesprek worden voorbereid op de terugkeer van de patiënt. Verder brengt het afnemen van een gewone FSNA mogelijk een groter effect teweeg op de gegeven sociale steun, dan het afnemen van een verkorte FSNA, zoals voor dit onderzoek gedaan is. Het is aan te bevelen dat deze opties voor het stimuleren van sociale steun in toekomstig onderzoek worden onderzocht.

Een tweede aanbeveling is dat er voor het ontwikkelen van een toezichtsprogramma zoals voorgesteld meer informatie wordt verzameld over de tijdsduur van de gevonden effecten. Op basis van dit onderzoek kan niet worden geconcludeerd of de ervaren sociale controle door patiënten op den duur stabiel blijft, afneemt of juist toeneemt. Een longitudinaal onderzoek is daarom aan te bevelen. Een dergelijk onderzoek kan ook aanvullende informatie opleveren over het effect van toegenomen ervaren sociale controle op het functioneren van de patiënten, uitgedrukt in recidivecijfers. Wanneer de patiënten over een langere periode en op grotere schaal worden onderzocht, is het mogelijk om een vergelijking te maken tussen een controlegroep en interventiegroep op basis van 'echte' recidivecijfers. In dit onderzoek is die vergelijking gemaakt op basis van incidenten en bijzondere voorvallen, de zogenaamde 'technische recidive'.

Als derde punt wordt aanbevolen dat in een forensisch psychiatrische populatie wordt onderzocht in welke mate 'empathie' een eventuele invloed van sociale controle op gedrag mediëert of modereert. Tbs-patiënten met bijvoorbeeld schizofrene of autistische kenmerken hebben beperkte empathische vermogens, evenals psychopathische patiënten. De theorie over de invloed van sociale controle op ongewenst gedrag, zoals gepresenteerd in het theoretisch kader, veronderstelt een zekere mate van empathie bij de patiënten. Bij een gebrek aan empathie kunnen patiënten zich in mindere mate hechten aan significante anderen. Er zal dan minder snel sprake zijn van activatie van het normatieve doelenkader door sociale controle vanuit deze netwerkleden. Een toezichtsprogramma op basis van sociale controle is dan minder zinvol.

Een vierde aanbeveling voor vervolgonderzoek heeft niet zozeer betrekking op de ontwikkeling van een toezichtsprogramma, maar meer op kennis over de invloed van detentie op gedrag binnen sociale relaties. In dit onderzoek is tussen de antwoorden van de patiënten en de antwoorden van de significante anderen grote samenhang gevonden die mogelijk kan worden verklaard met een derde variabele, 'vertrouwen van een ander'. Het is mogelijk dat de mate waarin het normatieve doelenkader van een patiënt wordt geactiveerd door de psychologische aanwezigheid van significante anderen, mede wordt beïnvloed door het

vertrouwen dat deze significante anderen in hem stellen. Dit kan met name bij tbs-patiënten en personen in detentie een grote rol spelen, omdat zij vaak het vertrouwen van hun significante anderen verliezen na hun delict. Een gevoel dat deze netwerkleden hen opnieuw vertrouwen (bijvoorbeeld in de re-integratiefase van de behandeling in een tbs-kliniek) kan een extra motivatie zijn om goedkeuring door deze netwerkleden na te streven.

### **Besluit**

Hoewel de forensische psychiatrie gericht is op het signaleren en veranderen van gedrag van haar patiënten, is er weinig aandacht voor de mogelijke invloed van de netwerkleden van deze patiënten. Dit verkennende onderzoek toont aan dat de netwerkleden kunnen en willen bijdragen aan het toezicht tijdens de re-integratie van tbs-patiënten. De achterban staat ter beschikking, daar moet gebruik van worden gemaakt.

## Literatuurlijst

- 3RO (2009). *Plan van aanpak: Project 'FSNA en Reclassering'*. Ongepubliceerd document.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30 (1), p. 47-87.
- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38 (4), p. 319-361.
- Artikel 37 van Boek 1 van het Wetboek van Strafrecht.
- Artikel 37, onderdeel a van Boek 1 van het Wetboek van Strafrecht.
- Artikel 37, onderdeel b van Boek 1 van het Wetboek van Strafrecht.
- Artikel 38, onderdeel d van Boek 1 van het Wetboek van Strafrecht.
- Artikel 38, onderdeel e van Boek 1 van het Wetboek van Strafrecht.
- Artikel 38, onderdeel j van Boek 1 van het Wetboek van Strafrecht.
- Arum, S. van (2008). Delinquentie. In: A. Savenije, M.J. Van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.). *Handboek systeemtherapie*, p. 671-681. Utrecht: De Tijdstroom.
- Baars, H. M. J. (1994). *Sociale netwerken van ambulante chronisch psychiatrische patiënten*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Baets, S. S. E. de (2008). *De bruikbaarheid van de klinische risicofactoren van de HKT-30 voor forensische behandelbeoordeling*. Scriptie psychologie, Rijksuniversiteit Groningen/ FPC Dr. S. van Mesdag.
- Baldwin, M. W., & Holmes, J. G. (1987). Salient private audiences and awareness of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (6), p. 1087-1098.
- Beek, H. van de (1991). *Tussen zorgen en behandelen: Ontwikkelingen in de sociaal-psychiatrische hulpverlening*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Bem, D. J., & Funder, D. C. (1978). Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85 (6), p. 485-501.
- Borgesius, E. (1994). *Hulpverleners en familie: partners in de zorg: Een handleiding voor hulpverleners in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.

- Bouman, Y. H. A., Ruiter, C. de, & Schene, A. H. (2009). Social ties and short term self-reported delinquent behaviour of forensic personality disordered outpatients. *Legal and Criminological Psychology*. DOI: 10.1348/135532509X444528.
- Bovenkamp, H. van de, & Trappenburg, M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- Brand, E. F. J. M. (2001). *Handboek forensisch psychiatrische profielen: Handleiding FP40*. Ministerie van Justitie, DJI: Afdeling Informatieanalyse en Documentatie.
- Brannigan, A. & Zwerman, W. (2001). The real 'Hawthorne effect'. *Society*, 38 (2), p. 55-60.
- Burgess, R., & Akers, R. (1966). A differential association reinforcement theory of criminal behavior. *Social Problems*, 14 (2), p. 128-147.
- Chriss, J. J. (2007). The functions of the social bond. *Sociological Quarterly*, 48 (4), p.689- 712.
- Cliff, N. (1993). Dominance statistics: Ordinal analysis to answer ordinal questions. *Psychological Bulletin*, 114 (3), p. 494-509.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), p.310-357.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Colvin, M., Cullen, F. T., & Vander Ven, T. (2002). Coercion, social support, and crime: An emerging theoretical consensus. *Criminology*, 40 (1), p. 19-42.
- Commissie Visser. (2005-2006). Tbs, vandaag over gisteren en morgen, Eindrapport van de tijdelijke parlementaire commissie TBS, *Handelingen II*, 30250, nr. 5.
- Cullen, F. T., Wright, J.P., & Chamlin, M. B. (1999). Social support and social reform: A progressive crime control agenda. *Crime & Delinquency*, 45 (2), p. 188-207.
- Dam-Baggen, C. M. J., van, Huiskes, C. J. A. E., & Kraaimaat, F. W. (1986). *De inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid, ISB*. Utrecht: Academisch Ziekenhuis.
- Dam-Baggen, C. M. J., van, Huiskes, C. J. A. E., & Kraaimaat, F. W. (1990). Sociale steun bij gezondheid en ziekte. In: Gersons, B. P. R., Kraaimaat, F. W., Van Dam-Baggen, C. M. J. (1990). *Omgeving, individu en psychiatrische stoornis*, p. 19-39. Vakgroep Psychiatrie Rijksuniversiteit Utrecht.

- Geestelijke Gezondheids Zorg. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Gezocht: maatje voor terbeschikkinggestelde (2009). Verkregen op 20 augustus 2009 van <http://www.vanmesdag.nl>.
- Goffman, E. (1994). *Totale instituties*. Rotterdam: Universitaire Pers.
- Gottfredson, G. D. (1996). The Hawthorne misunderstanding (and how to get the Hawthorne effect in action research). *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 33 (1), p. 28-28.
- Gower, J. C., & Legendre, P. (1986). Metric and Euclidean properties of dissimilarity coefficients. *Biometrika*, 27 (3), p. 5-48.
- Gruenberg, E. M. (1967). The social breakdown syndrome: Some origins. *The American Journal of Psychiatry*, 123 (12), p. 1481- 1489.
- Hildebrand, M., Hesper, B. L., Spreen, M., & Nijman, H. L. I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Amsterdam: Spinhex & Industrie.
- Hilterman, E. (1999). *Tijdens de oefening terug naar af: Een onderzoek naar de voorspelling van recidive door ter beschikking gestelden tijdens verlof*. Doctoraalscriptie sociologie, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Horn, J. van, Eisenberg, M., & Wilpert, J. (2008). WaagSchaal jeugd voorspelt recidive beter dan andere risicotaxatie-instrumenten. *De Waag Newsflash*, 2008 (2).
- Innes, M. (2003). *Understanding social control: Deviance, crime and social order*. Berkshire: Open University Press.
- Jones, S. R. G. (1992). Was there a Hawthorne effect? *The American Journal of Sociology*, 98 (3), p. 451-468.
- Kierkus, C. A., & Baer, D. (2002). A social control explanation of the relationship between family structure and delinquent behaviour. *Canadian Journal of Criminology*, 44 (4), p. 425-458.
- Kogel, C. H., de, & Nagtegaal, M. H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten: Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers.

- Lawick, J. van (1998). Componist, dirigent en musicus. De persoon van de psychotherapeut als instrument in systeemtherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24 (6), p. 390-407.
- Lenior, M. E., & Dingemans, P. M. A. J., Linszen, D. H., Haan, L. de, Schene, A. H. (2001). Sociaal functioneren en het beloop van recent ontstane schizofrenie: Een vervolgstudie over de eerste vijf jaar. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43 (4), p. 219-231.
- Lin, X. Y. N., & Ensel, W. M. (1999). Social support and distressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 40 (4), p. 344-359.
- Lindenberg, S. (1996). Low evidence situations in the social and historical sciences: rational choice as a heuristic device. *The Netherlands' Journal of Social Sciences*, 32 (1), p. 26-34.
- Lindenberg, S. (2001). Social rationality versus rational egoism. In: Turner, J. (ed.). *Handbook of sociological theory*, p. 635-668. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Lindenberg, S. (2008). Social rationality, semi-modularity and goal-framing: What is it all about? *Analyse & Kritik*, 30 (2), p. 669-687.
- Machol, R. (1975). The Hawthorne effect. *Interfaces*, 5 (2), p. 31-32.
- McCann, G., McKeown, M., & Porter, I. (1996). Understanding the needs of relatives of patiënten within a special hospital for mentally disordered offenders: A basis for improved services. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (2), p.346-352.
- Meekeren, E. van, & Jong, J. de (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatiënt. *Psychopraxis*, 1 (1), p. 30-36.
- Meeuwesen, L. (2006). A typology of social contacts. In: R. Hortulanus, A. Machielse, & L. Meeuwesen. *Social isolation in modern society*, p. 37-60. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Merton, R. (1968). *Social theory and social structure: Enlarged edition*. New York: The free press.
- Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie. (2009). *Systeemtherapie*. Verkregen op 14 juli 2009 van <http://www.nvrg.nl>.
- Oppelaar, J., & Wittebrood, K. (2006). *Angstige burgers? De determinanten van gevoelens van onveiligheid onderzocht*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Paternoster, R., Saltzman, L. E., Waldo, G. R., & Chiricos, T. (1983). Perceived risk and social control: Do sanctions really deter? *Law & Society Review*, 17 (3), p. 457- 479.

- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag*. Versie 2. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/ Van der Hoeven Stichting.
- Plaisier, J., & Ditzhuijzen, J. van (2008). *Risicotaxatie bij verloff van gedetineerden: Een (inter)nationale vergelijking van instrumenten en procedures*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum, Ministerie van Justitie.
- Pomp, L. (2005). *Zonder (ver)anderen lukt het niet: Een onderzoek naar de mogelijkheden tot het opstellen van een theoretisch profiel voor individueel risico assessment*. Scriptie sociologie, Rijksuniversiteit Groningen/FPC Dr. S. van Mesdag.
- Pomp, L., & Bogaerts, S. (2008). Sociale netwerkanalyse in het tbs-systeem. *Justitiële Verkenningen*, 34 (5), p. 60-77.
- Pomp, L., Hendriks, G., Kremer, S., & Spreen, M. (2007). Een blik over de muren: Forensische Sociale Netwerk Analyse in Forensische Psychiatrische Centra Dr. S. van Mesdag en de Rooyse Wissel. *Geestelijke Gezondheids Zorg Wetenschappelijk*, 11 (1/2), p. 29-53.
- Schrameijer, F. (1990). *Sociale steun: Analyse van een paradigma*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Shah, J. (2003a). The motivational looking glass: How significant others implicitly affect goal appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (3), p. 424-439.
- Shah, J. (2003b). Automatic for the people: How representations of significant others implicitly affect goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), p. 661-681.
- Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: Restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412), 47-53.
- Smith, M.J., Clarke, R.V., & Pease, K. (2002). Anticipatory benefits in crime prevention. *Crime Prevention studies*, 13 (5), p. 71-88.
- Spreen, M., Pomp, L., & Vermeulen, T. (2006). De methode van Sociale Netwerk Analyse toegepast in het forensische veld: Enige eerste stappen in forensische psychiatrisch- en cold case onderzoek. *Panopticon, tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk*, 26 (1), p. 1-12.
- Spreen, M., Timmerman, M. E., Ter Horst, P., & Schuringa, E. (Geaccepteerd). *Formalising clinical decisions in individual treatments: Some first steps*. *Journal of Forensic Psychology and Practice*.



- Sutherland, E. H. (1939). *Principles of criminology, third edition*. Chicago: J.B. Lippincott.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Tinga, F., & Ormel, J. (in press). Truancy in late elementary and early secondary education: The influence of social bonds and self-control. The TRAILS study. *International Journal of Behavioral Development*.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, & Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting: Introductie van de SAPROF. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33 (2), p.102-119.
- Warr, M. (2002). *Companions in crime: The social aspects of criminal conduct*. Cambridge: University Press.
- Wasserman, S. & Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. (2002). *Handleiding HKT-30, versie 2002: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

## **Begrippen- en afkortingenlijst**

*Beschermende factor* = een criminogene factor waarvan wordt verondersteld dat deze het recidiverisico van een tbs-patiënt doet verminderen. Voorbeelden van beschermende factoren in een forensisch psychiatrische setting zijn: hechte band met prosociale anderen, acceptatie van steun van de behandelaars en structuur in het dagelijks leven, bijvoorbeeld door werk

*Criminogene factoren* = factoren waarvan empirisch is aangetoond dat zij zijn gerelateerd aan delinquent gedrag (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). Criminogene factoren zijn te onderscheiden in a.) beschermende factoren en risicofactoren en b.) statische en dynamische factoren.

*Dagrapportage* = schriftelijke rapportage die per dag per patiënt wordt bijgehouden door sociotherapeuten. Hierin worden de bijzondere voorvallen, incidenten, gemoedstoestand en opvallende uitspraken van patiënten genoteerd.

*Extramuraal* = buiten de muren van een tbs-kliniek. Extramuraal toezicht is het toezicht dat 'buiten de muren van de kliniek' wordt uitgeoefend op de patiënten.

*Forensische zorg* = de voorzieningen en hulp voor gedetineerden met psychische problematiek. De forensische zorg kan ook worden aangeduid met 'forensische psychiatrie'.

*FPC* = *Forensisch Psychiatrisch Centrum* = 'tbs-kliniek', een instelling waar tbs-patiënten worden behandeld.

*FSNA* = *Forensische Sociale Netwerk Analyse*, een methode om het sociale netwerk van een tbs-patiënt ten tijde van het delict, ten tijde van de klinische fase en het terugkeernetwerk in kaart te brengen. Het is een instrument voor maatschappelijk werkers in het forensische veld.

*Functioneren van de patiënt* = in forensisch psychiatrische termen wordt het functioneren van de patiënt bepaald door zijn risico op het plegen van recidive. Hoe kleiner het risico op recidive (is geworden), hoe beter de patiënt functioneert.

*Intramuraal* = binnen de muren van een tbs-kliniek

*Long-stay afdeling* = wanneer een tbs-patiënt diverse behandelingen zonder succes heeft doorlopen en wanneer de verwachting bestaat dat andere behandelingen ook niet het gewenste effect hebben op het recidivegevaar, kan hij op een long-stay afdeling worden geplaatst. Op een dergelijke afdeling is nog wel sprake van toezicht en ondersteuning, maar niet meer van behandeling. Hoewel de rechter elke twee jaar een verlenging moet tekenen, betekent long-stay verblijf in de praktijk dat de patiënt mogelijk levenslang opgesloten zal blijven.

*Mentor* = elke tbs-patiënt krijgt een mentor toegewezen. Dit is een sociotherapeut met wie de patiënt ten minste eens per week zijn functioneren bespreekt.

*Psycho-educatie* = educatieve interventie die erop gericht is om mensen met lichamelijke of geestelijke problemen (of de netwerkleden van deze mensen) te leren omgaan met hun eigen beperkingen (of de beperkingen van hun naaste). Deze interventie omvat het verstrekken van informatie over de aandoening (oorzaken, symptomen), over de behandeling en over eventuele psychische of sociale gevolgen van deze aandoening. Psycho-educatie aan netwerkleden kan ook bestaan uit het geven van tips om met het gedrag van de betrokkene om te gaan.

*Recidive* = het opnieuw begaan van een delict. Er bestaan verschillende manieren om recidive te definiëren. Technische recidive is bijvoorbeeld het schenden van de verloffvoorwaarden van de kliniek. Algemene recidive verwijst naar nieuw justitiecontact naar aanleiding van wat voor misdrijf dan ook, terwijl speciale recidive verwijst naar justitiecontact naar aanleiding van eenzelfde soort misdrijf als het misdrijf waarvoor tbs is opgelegd. Verder is het mogelijk om bij de definiëren van recidive onderscheid te maken naar de ernst van het gepleegde delict.

*Re-integratie* = binnen de forensische psychiatrie worden verschillende termen gehanteerd voor de terugkeer van een patiënt in de maatschappij. Indien er sprake is van een patiënt met psychotische stoornissen, wordt er gesproken over 'rehabilitatie'. Wanneer de patiënt vanwege een persoonlijkheidsstoornis is opgenomen, wordt aan zijn terugkeer gerefereerd met 'resocialisatie'. De term 're-integratie' wordt door de reclassering gehanteerd. Er is besloten om deze term te gebruiken in dit onderzoek, omdat de respondenten zowel persoonlijkheidsstoornissen als psychotische problemen hebben, in sommige gevallen tegelijkertijd (comorbiditeit). In het Nederlandse tbs-stelsel verloopt de re-integratie in fasen, waarbij een tbs-patiënt steeds meer vrijheden krijgt.

*RIBW* = Regionale Instelling Begeleid Wonen = een vorm tussen het verblijf in de kliniek en zelfstandig wonen, waarbij er nog enig toezicht wordt uitgeoefend op de patiënten. Vaak is er sprake van één huis waar meerdere (ex-forensische) psychiatrische patiënten verblijven.

*Risicofactor* = een criminogene factor waarvan wordt verondersteld dat deze het recidiverisico van een tbs-patiënt doet vergroten. Het gaat dan bijvoorbeeld om instabiliteit van relaties, problemen met middelengebruik en impulsiviteit.

*Risicotaxatie* = met risicotaxatie worden problemen in het functioneren van tbs-patiënten in kaart gebracht, waarna gekeken wordt of die problemen van invloed (kunnen) zijn op het recidiverisico. Bij gestructureerde risicotaxatie worden criminogene factoren tegen elkaar afgewogen om het recidiverisico te bepalen. In Nederland worden in de tbs- klinieken verschillende gestructureerde risicotaxatie-instrumenten gebruikt. In het FPC Dr. S. van Mesdag wordt de HKT-30 gebruikt.

*Sociaal netwerk* = Het sociale netwerk van een persoon omvat alle relaties die hij met anderen heeft (Wasserman & Faust, 1994). Dit kunnen familierelaties zijn, maar ook relaties met de partner, vrienden en kennissen.

*Sociotherapie* = Sociotherapeuten zijn medewerkers die 24-uurs zorg uitvoeren op de afdelingen waar tbs-patiënten verblijven. Hun werk is te zorgen dat er een gestructureerd woon- en leefklimaat (ook wel ‘behandelmilieu’) heerst op de afdeling. Sociotherapeuten hebben vaak een medische of agogische opleiding.

*Tbs-patiënt* = een persoon die is veroordeeld tot ter beschikking. In tegenstelling tot een ‘gewone’ gevangene is er bij de tbs-patiënt sprake van gedeeltelijke of gehele ontoerekeningsvatbaarheid door een psychische stoornis.

*Terbeschikkingstelling* = een strafmaatregel die wordt opgelegd aan personen die een ernstig delict hebben gepleegd (een delict waarvan de wettelijke strafdreiging ten minste vier jaar gevangenisstraf is) en die door een psychische stoornis (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar kunnen worden verklaard voor hun delict. Voor het opleggen van de maatregel terbeschikkingstelling dient de psychische stoornis in direct verband te staan met het plegen van het delict. Verder dient het opleggen van de maatregel te worden vereist voor de algemene veiligheid. Dit impliceert dat er een groot recidivegevaar bestaat wanneer de persoon niet wordt behandeld (artikelen 37, 37a en 37b Sr).

*Toezichtprogramma* = een toezichtprogramma wordt door De Kogel en Nagtegaal (2008) gedefinieerd als ‘een samenhangend geheel van activiteiten dat gericht is op het extramuraal toezicht houden op het gedrag van de betrokken persoon, met daarin een element van controle, al dan niet in combinatie met begeleiding, zorg en/of behandeling’.

*Transmurale patiënten* = tbs-patiënten die buiten de tbs-kliniek verblijven. Dit kan in een eigen woning zijn, maar ook een vorm van begeleid wonen waarbij de patiënten hun woning (bijvoorbeeld keuken, badkamer en woonkamer) delen met andere patiënten op wie toezicht gehouden wordt.

*Uitstroom* = in het FPC Dr. S. van Mesdag wordt hiermee de laatste fase van de behandeling aangeduid. Na de uitstroom kunnen tbs-patiënten doorstromen naar een (soort) long- stay afdeling, een vervolgbehandeling op een Forensisch Psychiatrische Afdeling of onder toezicht komen van de reclassering.

# Bijlage A: Tabellen

## Tabellen bij methodenhoofdstuk

Tabel 1 Redenen om patiënten die wel aan inclusiecriteria voldeden niet te benaderen voor het onderzoek

Redenen om patiënten niet te benaderen	N
Gedurende het onderzoek werden enkele patiënten ook door de reclassering benaderd voor een soortgelijk onderzoek. Er is voor gekozen om de patiënten en netwerkleden niet dubbel te belasten.	5
Van een patiënt was net een FSNA onderzoek gestart, ook hier is ervoor gekozen de patiënt en netwerkleden niet dubbel te belasten.	1
Een patiënt had ten tijde van het starten van het onderzoek dusdanige psychische problemen dat de betrokkene sociotherapeuten het niet raadzaam achtten om hem te laten deelnemen.	1
Een patiënt beheerste de Nederlandse taal onvoldoende. Ook zijn netwerkleden bleken geen tot beperkt Nederlands te spreken.	1

N = aantal patiënten dat om die reden niet is benaderd voor het onderzoek

Tabel 2 Vergelijking tussen de patiënten die wel en niet zijn geïncludeerd in het onderzoek, voor: leeftijd, nationaliteit, type verlov en type delict. Resultaat uit de Wilcoxon signed sum toets

Variabele	Kenmerk	Patiënten uit de onderzoeksgroep			Patiënten uit de niet-onderzoeksgroep			Wilcoxon signed sums		
		N	%	M	N	%	M	T	Z	Effect grootte (Cliff's delta)
<b>Leeftijd</b>		15	100	38 jaar	11	100	47 jaar	159,5	-2,24*	-0,04
<b>Nationaliteit<sup>1</sup></b>	Niet Nederlandse nationaliteit	4	27		1	9				
	Nederlandse nationaliteit	11	73		10	91				
<b>Type verlov</b>								151,0	-0,19	0,01
	Onbegeleid verlov	2	13		2	18				
	Transmuraal verlov	13	87		8	73				
	Proefverlov				1	9				
<b>Type delict<sup>2</sup></b>	Levensdelict	4	27		4	36				
	Gewelddelict	9	60		6	55				
	Seksueel delict	2	13		2	18				
	Vermogensdelict	3	20		3	27				
	Brandstichting	2	13		1	9				
<b>Verblijfsduur in de kliniek</b>		15	100	8 jaar	11	100	8 jaar	151,5	0,16	0,00

\*  $p < 0,10$  \*\*  $p < 0,05$  bij enkelzijdige toetsing

<sup>1</sup> Voor 'nationaliteit' en 'type delict' konden geen vergelijkende toetsen worden uitgevoerd, vanwege het nominale meetniveau van de variabelen en de kleine N.

<sup>2</sup> Sommige patiënten hebben meerdere typen delicten gepleegd

N = aantal patiënten met een dergelijk kenmerk

M = gemiddelde

Tabel 3 Aantal netwerkleden waarbij geen (complete) interviews zijn afgenomen en redenen waarom dat niet is gebeurd

Redenen om netwerkleden niet te benaderen	N
Door de kliniek werd aangegeven dat benadering van de netwerkleden niet gewenst was. Het ging om oudere mensen met een fysiek of mentale zwakke gezondheid.	4
Netwerkleden voldeden niet aan een inclusie criterium, omdat ze tijdens het onderzoek in dezelfde instelling of dezelfde RIBW verbleven als de patiënt en daarom geen 'externe' contacten waren.	2
Netwerkleden beheersten de Nederlandse taal onvoldoende	2
Netwerkleden zijn jonger dan 12 jaar	2
Patiënten weigerden toestemming voor het benaderen van deze netwerkleden. Eén patiënt weigerde toestemming voor het benaderen van al zijn significante anderen, in totaal 7. Eén patiënt weigert toestemming voor het benaderen van 2 van zijn significante anderen (in totaal 6), omdat hij zijn relatie met hen niet voldoende stabiel achtte.	9
Bij het navragen van contactgegevens bij de patiënt benoemt patiënt dat hij inmiddels geen contact meer heeft met dit netwerklid en daarom geen contactgegevens heeft.	1

<b>Redenen dat geen complete interviews konden worden afgenomen</b>	<b>N</b>
<i>Eerste interviewmoment netwerkleden</i>	
Netwerkleden kunnen niet worden bereikt vanwege het ontbreken van contactgegevens	2
Interview is voortijdig afgebroken door de interviewer, omdat netwerklid in de war is en de vragen niet kan beantwoorden.	1
Netwerklid weigert medewerking aan het onderzoek	1
Netwerkleden geven aan dat ze al langer dan een jaar geen contact meer hebben met de patiënt	2
<i>Tweede interviewmoment netwerkleden</i>	
Netwerkleden kunnen na herhaaldelijke pogingen niet worden bereikt, voor zover bekend kloppen contactgegevens wel	5
Interview wordt voortijdig afgebroken door het netwerklid, ze wil niet verder meewerken	1
Netwerklid weigert medewerking aan het onderzoek	1

N = aantal netwerkleden waarbij om die reden geen (compleet) interview kon worden afgenomen

Tabel 4 K-items uit de HKT-30, afkortingen en formuleringen van de vragen aan de netwerkleden gebaseerd op die K-items

<b>K-item</b>	<b>Afkortingen</b>	<b>Formulering van de vraag</b>
Middelengebruik (K03)	Middelengebruik A (alcohol) Middelengebruik SD (softdrugs) Middelengebruik HD (harddrugs) Middelengebruik G (gokken)	In hoeverre zag betrokkene de afgelopen periode de noodzaak in van onthouding van middelen? (Afzonderlijk gevraagd voor alcoholgebruik, softdrugsgebruik, harddrugsgebruik en gokken)
Impulsiviteit (K04)	Impulsief	In hoeverre vond u betrokkene impulsief de afgelopen periode?
Vijandigheid (K06)	Vijandig	In hoeverre vindt u dat betrokkene dingen snel verkeerd opvat waardoor u het gevoel hebt om die dingen dan maar te laten of niet te bespreken?
Manipulatie (geen K-item)	Manipulatie	Heeft u het idee dat betrokkene u of anderen in situaties heeft gemanoeuvreed of tot beslissingen heeft 'gepusht' die u of die anderen eigenlijk niet wilden of als onprettig ervoeren?
Sociale en relationele vaardigheden (K07)	Sociaal	In hoeverre vindt u dat betrokkene met mensen omgaat die een positieve invloed hebben en in hoeverre met mensen die een negatieve invloed hebben?
Zelfredzaamheid (K08)	Z dagelijks Z financieel	In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met de normale alledaagse dingen? In hoeverre is betrokkene in staat om zijn financiën te regelen?
Attitude ten opzichte van de behandeling (K10)	Attitude behandeling Attitude medicatie	In hoeverre vindt betrokkene voor zichzelf de behandeling nog nodig? In hoeverre zag betrokkene de afgelopen periode de noodzaak in van gebruik van medicatie?
Seksuele preoccupatie (K12)	Seksueel	In hoeverre hield betrokkene zich de afgelopen periode bezig met seksualiteit op een manier waarvan u weet dat anderen dat niet goedkeuren?
Copingvaardigheden (K13)	Coping	In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met stressvolle situaties die in het dagelijkse leven voorkomen?

Tabel 5 Beschrijving van de variabelen uit het patiëntinterview tijdens de voormeting en nameting: centrale tendentie, spreiding, minimum/maximum score, aantal netwerkleden waarover de vragen zijn beantwoordt door de patiënten

<b>Indicatoren</b>	<b>Mediaan</b>	<b>IQR</b>	<b>Minimum/maximum score</b>	<b>N</b>
<i>Voormeting</i>				
<b>Indicatoren ervaren sociale steun</b>				
Frequentie van contact	4,5	2,5	1,0/6,0	77
Raad advies	2,5	2,5	1,0/5,0	72
Praktische steun	1,0	2,0	1,0/5,0	77
Financiële steun	1,0	0,4	1,0/5,0	76
<b>Indicatoren ervaren sociale controle</b>				
Initiatief tot contact	2,5	1,0	1,0/5,0	77
Belangstelling	4,0	1,0	1,0/5,0	77
Herinneren medicatie inname	1,0	1,0	1,0/5,0	61
<b>Indicatoren waarde beoordeling gedrag door anderen</b>				
Goedkeuring van gedrag door anderen	3,0	2,5	1,0/5,0	77

Anderen weten van moeilijkheden	4,0	3,0	1,0/5,0	77
<i>Nameting</i>				
<b>Indicatoren ervaren sociale steun</b>				
Frequentie van contact	4,5	2,5	1,0/6,0	83
Raad advies	3,0	2,5	1,0/5,0	83
Praktische steun	1,0	2,0	1,0/5,0	83
Financiële steun	1,0	0,6	1,0/5,0	78
<b>Indicatoren ervaren sociale controle</b>				
Initiatief tot contact	3,0	1,0	1,0/4,5	83
Belangstelling	4,0	2,0	1,0/5,0	83
Herinneren medicatie inname	1,0	0,0	1,0/5,0	68
<b>Indicatoren waarde beoordeling gedrag door anderen</b>				
Goedkeuring van gedrag door anderen	3,0	2,5	1,0/5,0	83
Anderen weten van moeilijkheden	4,0	3,0	1,0/5,0	83

IQR = Inter Quartile Range

N = aantal netwerkleiden waarover door de patiënten antwoorden zijn gegeven

## Tabellen bij resultatenhoofdstuk

Tabel 6 Overeenstemming in de beoordeling van het gedrag van de patiënt door netwerkleden tijdens eerste interview per patiënt, uitgedrukt in GL-indices. Beoordeling van het gedrag op basis van de klinische items uit de HKT-30. Aantal beoordelende netwerkleden tussen haakjes. De interpretatie van de GL-index (al dan niet significante overeenstemming) vond plaats aan de hand van Spreen e.a. (geaccepteerd)

	Patiënten uit de interventiegroep							Patiënten uit de controlegroep			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>K-items</b>											
Attitude behandeling	0,63 (5)	0,79* (4)	0,64 (6)	0,75* (4)	0,67 (3)	-	0,65 (4)	0,67 (3)	0,75* (4)	0,88** (4)	0,50 (5)
Attitude medicatie	1,00** (6)	0,88** (4)	-	1,00** (6)	0,92** (3)	-	1,00** (5)	-	-	-	0,40 (5)
Impulsief	0,96** (7)	1,00** (6)	0,80** (6)	1,00** (6)	0,67 (3)	0,58 (3)	0,53 (5)	1,00** (3)	0,88** (4)	0,58 (4)	0,45 (5)
Vijandig	1,00** (7)	1,00** (6)	0,96** (6)	0,90** (5)	0,33 (3)	-	0,80** (5)	0,67 (3)	0,88** (4)	0,67 (3)	0,75* (5)
Manipulatie	1,00** (7)	1,00** (6)	1,00** (6)	1,00** (5)	0,67 (3)	-	0,95** (5)	1,00** (3)	1,00** (4)	0,88** (4)	0,55 (5)
Z dagelijks	0,90** (7)	0,73* (6)	0,67 (6)	0,86** (6)	0,75* (3)	-	0,79* (4)	1,00** (3)	0,88** (4)	0,88** (4)	0,93** (5)
Z financieel	0,88** (5)	0,83** (3)	0,85** (5)	0,85** (5)	-	-	-	0,67 (3)	1,00** (4)	0,71 (4)	0,65 (5)
Coping	0,79* (4)	0,69 (4)	0,83** (5)	0,60 (5)	0,42 (3)	-	0,85** (5)	0,50 (3)	0,58 (4)	0,58 (4)	0,55 (5)
Sociaal	0,93** (7)	0,90** (5)	1,00** (4)	1,00** (5)	-	-	0,80** (5)	0,83** (3)	0,83** (4)	0,88** (4)	1,00** (3)
Seksueel	-	1,00** (4)	1,00** (5)	-	-	-	1,00** (5)	1,00** (3)	-	-	0,70 (5)
Middelen gebruik A	0,89** (7)	-	0,46 (4)	0,94** (4)	0,92** (3)	-	-	-	1,00** (4)	0,54 (4)	0,40 (5)
Middelen gebruik SD	0,89** (7)	-	-	1,00** (3)	-	-	-	-	1,00** (4)	-	0,45 (5)
Middelen gebruik HD	0,88** (6)	-	-	-	-	-	-	-	1,00** (4)	0,50 (3)	0,46 (4)
Middelen gebruik G	1,00** (4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,46 (4)
<b>Overige vragen</b>											
Behandeling nodig volgens netwerklid	0,70 (7)	0,78* (5)	0,88** (4)	0,69 (6)	0,75* (3)	0,92** (3)	0,70 (5)	0,67 (3)	0,88** (4)	0,71 (4)	0,53 (5)
Vertrouwen delictvrije toekomst	0,85** (7)	0,88** (5)	0,95** (5)	0,78** (6)	0,83** (3)	-	0,93** (5)	0,83** (3)	0,75* (4)	0,77* (4)	0,90** (5)

\* p<0,10 \*\* p < 0,05 bij enkelzijdige toetsing

A = GL-indices van beoordeling over patiënt A, enzovoort.

Tabel 7 Overeenstemming in de beoordeling van het gedrag van de patiënt door netwerkleden tijdens tweede interview per patiënt, uitgedrukt in GL-indices. Beoordeling van het gedrag op basis van de klinische items uit de HKT-30. Aantal beoordelende netwerkleden tussen haakjes. De interpretatie van de GL-index (al dan niet significante overeenstemming) vond plaats aan de hand van Spreen e.a. (geaccepteerd)

	Patiënten uit de interventiegroep						
	A	B	C	D	E	G	
<b>K-items</b>							
Attitude behandeling		0,87** (6)	0,78** (6)	1,00** (5)	-	0,58 (3)	0,63 (4)
Attitude medicatie		-	0,85** (5)	-	1,00** (3)	-	0,92** (3)
Impulsief		0,86** (7)	0,85** (5)	0,78* (5)	0,83** (3)	0,83** (3)	0,65 (5)
Vijandig		0,79** (7)	0,85** (5)	0,92** (6)	0,50 (3)	0,83** (3)	0,70 (5)
Manipulatie		0,93** (7)	1,00** (6)	1,00** (6)	0,50 (3)	1,00** (3)	0,95** (5)



Z dagelijks	0,86** (7)	0,65 (6)	1,00** (6)	1,00** (3)	0,83** (3)	0,78* (5)
Z financieel	0,88** (4)	0,75* (5)	0,90** (5)	-	0,58 (3)	0,83** (4)
Coping	0,63 (4)	0,83** (3)	0,70 (5)	0,50 (3)	0,83** (3)	0,71 (4)
Sociaal	1,00** (6)	0,77* (6)	0,90** (5)	1,00** (3)	0,67 (3)	0,88** (4)
Seksueel	1,00** (3)	1,00** (4)	1,00** (4)	-	-	0,83** (3)
Middelengebruik A	1,00** (3)	1,00** (3)	0,33 (3)	1,00** (3)	0,83** (3)	-
Middelengebruik SD	1,00** (3)	-	-	1,00** (3)	-	-
Middelengebruik HD	1,00** (3)	-	-	1,00** (3)	-	-
Middelengebruik G	1,00** (3)	-	-	-	-	-
<b>Overige vragen</b>						
Behandeling nodig volgens netwerklid	0,76** (7)	0,63 (6)	1,00** (6)	-	0,83** (3)	0,60 (5)
Vertrouwen in delictvrije toekomst	0,93** (7)	0,87** (6)	0,86** (6)	0,92** (3)	0,83** (3)	0,75* (5)

\* p<0,10 \*\* p < 0,05 bij enkelzijdige toetsing

A = GL-indices van beoordeling over patiënt A, enzovoort.

*Tabel 8 Verschillen tussen de beoordeling van mentoren enerzijds en de beoordeling van netwerkleden anderzijds over het gedrag van de patiënten aan de hand van de klinische items van de HKT-30. De verschillen zijn per patiënt berekend. In deze tabel zijn de verschillen voor het eerste interview weergegeven. Minimaal verschil is 0, maximaal verschil is 4*

	Patiënten uit de interventiegroep							Patiënten uit de controlegroep			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>K-items</b>											
Attitude behandeling	1,10	1,00	1,42	0,50	0,67	0,50	1,13	0,83	0,50	0,25	1,50
Attitude medicatie	0,00	0,25	-	0,00	1,67	0,50	0,00	1,50	2,00	0,00	2,00
Impulsief	0,93	0,50	0,83	1,50	1,33	0,83	2,00	1,50	0,75	1,00	1,60
Vijandig	3,00	0,50	0,92	0,50	1,83	2,25	0,70	2,50	0,75	1,00	0,90
Manipulatie	1,00	0,0	1,00	0,00	0,67	0,00	0,10	0,50	0,00	1,75	2,10
Z dagelijks	0,79	1,17	0,67	0,58	0,50	0,50	0,50	1,00	0,25	0,75	1,80
Z financieel	0,40	0,33	0,30	0,90	0,25	1,50	0,50	1,50	1,00	0,75	0,90
Coping	2,00	0,88	1,50	1,30	1,17	1,75	1,50	1,50	1,00	1,50	1,50
Sociaal	-	0,50	1,00	0,00	0,75	1,25	0,50	0,67	0,50	0,25	0,50
Seksueel	0,00	2,50	1,00	0,00	-	0,00	1,00	0,50	-	-	0,90
Middelengebruik A	0,21	-	2,50	1,88	1,83	-	-	-	0,00	-	2,00
Middelengebruik SD	0,21	-	-	0,00	0,25	-	-	-	0,00	-	1,90
Middelengebruik HD	0,25	-	-	0,00	0,25	0,00	-	-	0,00	-	1,25
Middelengebruik G	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Overige vragen</b>											
Behandeling nodig volgens netwerklid	1,79	1,30	0,50	1,42	0,67	0,17	1,30	1,17	1,25	0,75	1,20
Vertrouwen in delictvrije toekomst	1,43	0,40	1,90	0,50	1,00	1,00	1,70	1,33	1,50	0,63	1,30

A = Verschil in beoordeling van het gedrag van patiënt A door mentor en netwerkleden, enzovoort.

Tabel 9 Verschillen tussen de beoordeling van mentoren enerzijds en de beoordeling van netwerkleden anderzijds over het gedrag van de patiënten aan de hand van de klinische items van de HKT-30. De verschillen zijn per patiënt berekend. In deze tabel zijn de verschillen voor het tweede interview weergegeven. Minimaal verschil is 0, maximaal verschil is 4

	Patiënten uit de interventiegroep						
	A	B	C	D	E	F	G
<b>K-items</b>							
Attitude behandeling	0,50	1,83	1,00	0,00	1,17	0,00	0,75
Attitude medicatie	-	0,50	-	0,00	0,50	0,00	0,17
Impulsief	0,57	0,50	0,90	0,67	0,67	0,00	1,10
Vijandig	1,07	0,60	0,17	1,17	1,33	1,50	0,80
Manipulatie	0,86	0,00	0,00	1,67	0,00	0,50	0,10
Z dagelijks	0,50	0,83	0,00	0,00	0,33	0,50	0,50
Z financieel	0,50	0,60	0,20	0,75	2,17	0,75	1,50
Coping	1,25	0,50	1,20	1,67	1,50	1,00	0,75
Sociaal	1,00	0,67	0,20	0,00	-	0,00	0,25
Seksueel	1,00	3,00	0,80	-	0,33	0,00	-
Middelengebruik A	-	0,00	2,00	-	-	2,00	-
Middelengebruik SD	-	0,00	-	0,00	0,00	0,00	-
Middelengebruik HD	-	-	-	-	-	0,00	-
Middelengebruik G	-	-	-	-	-	1,00	-
<b>Overige vragen</b>							
Behandeling nodig volgens netwerklid	1,93	2,00	2,00	0,75	1,33	0,50	0,90
Vertrouwen in delictvrije toekomst	1,86	0,33	0,58	0,83	0,67	1,00	1,30

A = Verschil in beoordeling van het gedrag van patiënt A door mentor en netwerkleden, enzovoort.

Tabel 10 Beschrijving van de variabelen uit het netwerkledeninterview voor de netwerkleden van het eerste en tweede interview: centrale tendentie, spreiding, minimum/maximum score, aantal respondenten

Indicatoren	Mediaan	IQR	Minimum - maximum score	N
<i>Eerste interview</i>				
<b>K-items</b>				
Attitude behandeling	3,0	2,0	1,0-5,0	46
Attitude medicatie	5,0	1,6	1,0-5,0	30
Impulsief	1,0	1,0	1,0-5,0	55
Vijandig	1,0	1,0	1,0-5,0	52
Manipulatie	1,0	0,0	1,0-5,0	52
Z dagelijks	4,8	1,0	1,0-5,0	52
Z financieel	4,5	1,0	2,0-5,0	42
Coping	4,0	3,0	1,0-5,0	46
Sociaal	5,0	1,0	2,0-5,0	46
Seksueel	1,0	0,0	1,0-3,0	30
Middelengebruik A	5,0	1,0	1,0-5,0	35
Middelengebruik SD	5,0	0,6	1,0-5,0	26
Middelengebruik HD	5,0	0,3	1,0-5,0	24
Middelengebruik G	5,0	0,5	1,0-5,0	13
<b>Indicatoren sociale steun</b>				
Frequentie van contact	5,0	2,0	1,5-7,0	55
Raad advies	2,8	1,5	1,0-5,0	52
Financiële steun	3,0	2,1	1,0-5,0	54
<b>Indicatoren sociale controle</b>				
Initiatief tot contact	2,0	1,0	1,0-3,0	54
Herinneren medicatie	1,0	0,0	1,0-3,0	44
<b>Overige vragen</b>				
Behandeling nodig volgens netwerklid	3,5	1,6	1,0-5,0	52
Vertrouwen in een delictvrije toekomst	4,5	1,0	1,5-5,0	52
<i>Tweede interview</i>				
<b>K-items</b>				
Attitude behandeling	2,0	3,0	1,0-4,0	27
Attitude medicatie	5,0	1,8	1,0-5,0	16
Impulsief	2,0	1,0	1,0-4,5	31
Vijandig	1,8	1,0	1,0-4,0	32

Manipulatie	1,0	0,0	1,0-4,0	33
Z dagelijks	5,0	1,0	2,0-5,0	33
Z financieel	4,0	1,3	1,0-5,0	26
Coping	4,0	1,9	1,0-5,0	24
Sociaal	5,0	1,0	3,0-5,0	29
Seksueel	1,0	0,0	1,0-2,0	18
Middelengebruik A	5,0	0,0	1,0-5,0	17
Middelengebruik SD	5,0	0,0	5,0-5,0	14
Middelengebruik HD	5,0	0,0	5,0-5,0	13
Middelengebruik G	5,0	0,0	5,0-5,0	11
<b>Indicatoren sociale steun</b>				
Frequentie van contact	5,0	2,0	3,5-7,0	33
Raad advies	2,5	1,0	1,0-5,0	33
Financiële steun	3,0	2,0	1,0-5,0	34
<b>Indicatoren sociale controle</b>				
Initiatief tot contact	2,0	1,0	1,0-3,0	33
Herinneren medicatie	1,0	0,0	1,0-2,0	24
<b>Overige vragen</b>				
Behandeling nodig volgens netwerklid	3,0	2,5	1,0-5,0	32
Vertrouwen in een delictvrije toekomst	4,5	1,0	2,0-5,0	33

IQR = Inter Quartile Range

N = aantal respondenten

*Tabell 11 Beschrijving van de variabelen uit het mentoreninterview voor de mentoren van het eerste en tweede interview: centrale tendentie, spreiding, minimum/maximum score, aantal respondenten*

Indicatoren	Mediaan	IQR	Minimum - maximum score	N
<i>Eerste interview</i>				
<b>K-items</b>				
Attitude behandeling	3,0	2,0	1,0-5,0	15
Attitude medicatie	5,0	2,2	2,0-5,0	13
Impulsief	2,5	1,0	1,0-5,0	15
Vijandig	2,5	2,5	1,0-4,5	15
Manipulatie	1,0	1,0	1,0-3,0	15
Z dagelijks	4,0	0,5	3,0-5,0	15
Z financieel	4,0	1,0	1,5-5,0	15
Coping	3,0	1,0	2,5-5,0	15
Sociaal	4,5	1,0	3,0-5,0	13
Seksueel	2,0	1,5	1,0-3,5	13
Middelengebruik A	4,0	2,5	1,0-5,0	11
Middelengebruik SD	5,0	2,5	1,0-5,0	11
Middelengebruik HD	5,0	0,0	2,5-5,0	9
Middelengebruik G	5,0	2,5	2,5-5,0	7
<b>Overige vragen</b>				
Behandeling nodig volgens netwerklid	4,0	1,0	3,0-5,0	15
Vertrouwen in een delictvrije toekomst	3,0	0,5	2,5-5,0	15
<i>Tweede interview</i>				
<b>K-items</b>				
Attitude behandeling	2,8	2,0	1,5-5,0	16
Attitude medicatie	5,0	1,0	3,5-5,0	14
Impulsief	2,0	1,0	1,5-4,5	16
Vijandig	2,0	1,8	1,0-4,5	16
Manipulatie	1,0	0,8	1,0-3,5	16
Z dagelijks	4,0	1,8	1,5-5,0	16
Z financieel	4,0	2,8	1,5-5,0	16
Coping	3,3	1,0	2,0-5,0	16
Sociaal	4,0	1,0	4,0-5,0	14
Seksueel	2,0	1,3	1,0-4,0	13
Middelengebruik A	4,5	2,3	1,0-5,0	10
Middelengebruik SD	5,0	1,8	1,0-5,0	9
Middelengebruik HD	5,0	0,5	1,0-5,0	7
Middelengebruik G	5,0	2,5	1,0-5,0	5
<b>Overige vragen</b>				
Behandeling nodig volgens netwerklid	4,0	0,9	3,0-5,0	16

Vertrouwen in een delictvrije toekomst	3,3	1,0	2,5-5,0	16
--	-----	-----	---------	----

IQR = Inter Quartile Range

N = aantal respondenten

*Tabel 12 Invloed van FSNA op de mate waarin netwerkliden zicht hebben op het gedrag van de patiënten, uitgedrukt in GL-indices en de K-items van de HKT-30. Verschillen tussen het eerste en tweede interview in de mate van overeenstemming in de antwoorden van de netwerkliden per patiënt, resultaat van de Wilcoxon signed rank toets*

	GL-index eerste interview	GL-index tweede interview	Wilcoxon signed ranks			
			T	Z	N	Effect grootte (Cliff's delta)
<b>K-items</b>						
Attitude behandeling						
A	0,63	0,87	24,0	-0,36	10	0,00
D	0,67	-	-	-	-	-
C	0,64	1,00	0,0	-2,82**	10	-0,07
E	0,67	0,58	0,0	1,41	3	0,22
F	0,79	0,78	0,0	2,20*	6	0,07
G	0,65	0,62	10,0	0,11	6	0,00
Attitude medicatie						
A	-	-	-	-	-	-
D	1,00	1,00	0,0	0,00	3	-
C	-	-	-	-	-	-
E	0,92	-	-	-	-	-
F	0,87	0,85	0,0	2,21*	6	0,10
G	1,00	0,92	0,0	1,63	3	-0,10
Impulsief						
A	0,96	0,86	10,5	2,90**	21	0,02
D	1,00	0,83	0,0	1,41	3	0,22
C	0,80	0,85	0,0	-2,97**	11	-0,07
E	0,67	0,83	1,5	-0,82	3	-0,11
F	1,00	0,78	0,0	2,74**	9	-0,07
G	0,53	0,65	10,5	-1,07	10	-0,02
Vijandig						
A	1,00	0,79	0,0	3,45**	21	0,03
D	0,83	0,50	0,0	1,60	3	0,33
C	0,96	0,92	0,0	2,24*	15	0,02
E	0,33	0,83	1,0	-1,07	3	-0,11
F	1,00	0,85	0,0	2,89**	10	-0,07
G	0,80	0,70	8,5	-0,95	10	0,03
Manipulatie						
A	1,00	0,93	0,0	2,45**	21	0,01
D	1,00	0,50	0,0	1,60	3	0,33
C	1,00	1,00	0,0	0,00	15	-
E	0,67	1,00	0,0	-1,41	3	-0,22
F	1,00	1,00	0,0	0,00	15	-
G	0,95	0,95	0,0	0,00	10	-
Z dagelijks						
A	0,90	0,86	31,5	1,36	21	0,01
D	1,00	1,00	0,0	0,00	3	-
C	0,67	1,00	0,0	-2,24*	15	-0,02
E	0,75	0,83	0,0	-1,41	3	-0,22
F	0,73	0,65	34,5	0,78	15	0,00
G	0,79	0,78	0,0	2,20*	6	0,10
Z financieel						
A	0,88	0,87	0,0	2,21*	6	-0,10
D	0,83	-	-	-	-	-
C	0,85	0,90	9,0	-0,86	10	-0,01
E	-	0,58	-	-	-	-
F	0,83	0,75	0,0	1,60	3	0,10
G	-	0,83	-	-	-	-
Coping						
A	0,79	0,62	1,0	1,07	3	0,03

D	-	0,50	-	-	-	-	-
C	0,83	0,70	0,0	2,04*	6	-0,05	
E	0,42	0,83	0,0	-1,34	3	-0,22	
F	0,69	0,83	0,0	-1,60	3	-0,17	
G	0,85	0,71	0,0	2,23*	6	-0,10	
<b>Sociaal</b>							
A	0,93	1,00	0,0	-3,54**	15	-0,05	
D	1,00	1,00	0,0	0,00	3	-	
C	1,00	0,90	0,0	1,63	3	0,05	
E	-	0,67	-	-	-	-	
F	0,90	0,77	0,0	2,83**	10	0,07	
G	0,80	0,87	0,0	-2,25*	6	-0,10	
<b>Seksueel</b>							
A	-	-	-	-	-	-	
D	-	-	-	-	-	-	
C	1,00	1,00	0,0	0,00	3	-0,05	
E	-	-	-	-	-	-	
F	1,00	1,00	0,0	0,00	-	-	
G	1,00	0,83	0,0	1,63	3	-0,10	
<b>Middelengebruik A</b>							
A	0,89	1,00	0,0	-1,63	3	-0,05	
D	-	1,00	-	-	-	-	
C	0,46	0,33	0,0	-	1	-	
E	0,92	0,83	0,0	1,41	3	0,22	
F	-	1,00	-	-	-	-	
G	-	-	-	-	-	-	
<b>Middelengebruik SD</b>							
A	0,89	1,00	0,0	-1,63	3	-0,05	
D	-	1,00	-	-	-	-	
C	-	-	-	-	-	-	
E	-	-	-	-	-	-	
F	-	-	-	-	-	-	
G	-	-	-	-	-	-	
<b>Middelengebruik HD</b>							
A	0,88	1,00	0,0	-1,63	3	-0,07	
D	-	1,00	-	-	-	-	
C	-	-	-	-	-	-	
E	-	-	-	-	-	-	
F	-	-	-	-	-	-	
G	-	-	-	-	-	-	
<b>Overige vragen</b>							
<b>Behandeling nodig volgens netwerklid/mentor</b>							
A	0,70	0,76	0,0	-3,16**	21	-0,02	
D	0,83	-	-	-	-	-	
C	0,87	1,00	0,0	-2,26*	6	-0,07	
E	0,75	0,83	0,0	-1,41	3	-0,22	
F	0,78	0,63	0,0	2,81**	10	0,07	
G	0,70	0,60	16,0	0,78	10	0,01	
<b>Vertrouwen in delictvrije toekomst</b>							
A	0,85	0,93	31,0	-2,18*	21	-0,02	
D	0,83	0,92	1,5	-0,82	3	-0,11	
C	0,95	0,86	0,0	2,83**	10	0,07	
E	0,83	0,83	1,5	0,00	3	-	
F	0,88	0,87	0,0	2,84**	10	0,07	
G	0,92	0,75	0,0	2,40**	10	0,07	

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  bij eenzijdige toetsing

A = resultaten van Wilcoxon signed rank toets voor de GL-indices van de beoordelingen van de netwerkleden over patiënt A, enzovoort.

N = aantal combinaties van GL-indices

Tabel 13 Samenhang tussen de antwoorden van patiënten over netwerkleden enerzijds en antwoorden van netwerkleden anderzijds voor het eerste en tweede interview. Samenhangen tussen de indices 'ervaren sociale steun', 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag' vanuit de patiënten enerzijds en de indicatoren van sociale steun en sociale controle vanuit de netwerkleden anderzijds, uitgedrukt in Spearman's Rho

	Ervaren sociale steun	Ervaren sociale controle	Waarde beoordeling gedrag
<b>Indicatoren sociale steun</b>			
Frequentie 1	0,54**	0,41**	0,15
Frequentie 2	0,69**	0,51*	-0,12
Raad advies 1	0,34*	0,15	0,23*
Raad advies 2	0,35*	0,38	0,32*
Financiële steun 1	0,22	-0,04	0,15
Financiële steun 2	0,27	0,20	-0,01
<b>Indicatoren sociale controle</b>			
Initiatief 1	0,08	0,15	-0,15
Initiatief 2	-0,04	0,21	<b>-0,56**</b>
Medicatie herinneren 1	0,04	-0,02	0,42**
Medicatie herinneren 2	<b>0,35*</b>	0,27	<u>0,10</u>
<b>Overige vragen</b>			
Behandeling nodig volgens netwerklid 1	-0,26*	0,01	-0,28*
Behandeling nodig volgens netwerklid 2	<u>-0,26</u>	0,21	<u>-0,23</u>
Vertrouwen in delictvrije toekomst 1	0,22	-0,16	0,12
Vertrouwen in delictvrije toekomst 2	0,22	0,10	0,14

\*p < 0,05 \*\* p < 0,01 bij een enkelzijdige toetsing

1 = eerste interview, 2 = tweede interview

**Vet:** wel significant verband tussen antwoorden van netwerkleden en patiënten voor het tweede interview, maar niet significant verband voor het eerste interview. Onderstreept: geen significant verband tussen antwoorden van netwerkleden en patiënten voor het tweede interview, maar wel een significant verband voor het eerste interview.

Tabel 14 Samenhang tussen de antwoorden van patiënten over netwerkleden enerzijds en antwoorden van netwerkleden anderzijds voor het eerste en tweede interview. Samenhangen tussen de indicatoren van 'ervaren sociale steun', 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag' vanuit de patiënten enerzijds en de indicatoren van sociale steun en sociale controle vanuit de netwerkleden anderzijds, uitgedrukt in Spearman's Rho

	Frequentie P	Initiatief P	Raad P	Praktisch P	Financieel P	Medicatie P	Belangstelling P	Goed keuring P	Moeilijk heden P
<b>Indicatoren sociale steun</b>									
Frequentie NWL 1	0,75**	0,17	0,22	0,46**	0,26*	0,39**	0,24*	-0,05	0,34**
Frequentie NWL 2	0,77**	<b>0,37*</b>	<b>0,50**</b>	0,45**	<u>0,08</u>	0,72**	<u>-0,07</u>	-0,11	<u>-0,04</u>
Raad advies NWL 1	0,23	-0,09	0,34**	-0,05	-0,02	0,09	0,26*	0,22	0,14
Raad advies NWL 2	0,27	0,11	<u>0,28</u>	<b>0,31*</b>	<b>0,32*</b>	0,37	<u>0,20</u>	0,25	0,28
Financiële steun NWL 1	0,32**	-0,08	0,20	-0,01	0,00	-0,05	0,08	0,07	0,15
Financiële steun NWL 2	<u>0,25</u>	0,27	0,27	0,11	0,09	0,20	0,04	0,00	0,04
<b>Indicatoren sociale controle</b>									
Initiatief NWL 1	0,17	0,11	0,07	0,04	0,23	0,16	-0,13	-0,24*	-0,02
Initiatief NWL 2	-0,08	<b>0,40*</b>	-0,09	-0,11	0,22	0,25	-0,27	-0,59**	<b>-0,47*</b>
Medicatie herinneren NWL 1	0,17	0,03	0,16	0,05	-0,21	-0,16	0,12	0,35*	0,31*
Medicatie	0,32	-0,19	<b>0,35*</b>	0,12	0,03	0,38	<b>0,36*</b>	<u>0,24</u>	<u>-0,02</u>

herinneren NWL 2									
<b>Overige vragen</b>									
Behandeling nodig volgens netwerklid NWL 1	-0,21	-0,03	-0,13	-0,09	0,05	0,05	0,00	-0,17	-0,23*
Behandeling nodig volgens netwerklid NWL 2	-0,16	-0,20	-0,23	-0,14	0,11	0,19	0,20	-0,03	-0,32*
Vertrouwen in delictvrije toekomst NWL 1	0,22	-0,19	0,12	0,09	-0,17	-0,05	0,01	0,17*	0,00
Vertrouwen in delictvrije toekomst NWL 2	0,25	-0,09	0,20	0,20	0,02	0,27	0,06	<u>0,17</u>	0,10

\*p < 0,05 \*\* p < 0,01 bij een enkelzijdige toetsing

1 = eerste interview, 2 = tweede interview, NWL = antwoorden van netwerkliden over deze indicatoren, P = antwoorden van patiënten over deze indicatoren

**Vet:** wel significant verband tussen antwoorden van netwerkliden en patiënten voor het tweede interview, maar niet significant verband voor het eerste interview. Onderstreept: geen significant verband tussen antwoorden van netwerkliden en patiënten voor het tweede interview, maar wel een significant verband voor het eerste interview.

## **Bijlage B: vragenlijsten**

Vragenlijst patiënten voormeting .....	60
Vragenlijst patiënten nameting .....	68
Formulieren bij vragenlijsten patiënten voor- en nameting .....	77
Formulier ‘netwerklede(n)’ .....	77
Formulier ‘kenmerken netwerklede(n)’ .....	78
Formulier ‘relaties netwerklede(n)’ .....	79
Toestemmingsverklaring .....	80
Voorbeeldoverzicht van netwerklede(n) .....	81
Vragenlijst netwerklede(n) eerste sessie interviews .....	82
Vragenlijst netwerklede(n) tweede sessie interviews (controlegroep) .....	91
Vragenlijst netwerklede(n) tweede sessie interviews (interventiegroep) .....	102
Vragenlijst mentoren eerste sessie interviews .....	113
Vragenlijst mentoren tweede sessie interviews .....	126



**Vragenlijst patiënten voormeting**

## **Forensisch Sociaal Netwerk Interview**

### **VERSIE KORT INTERVIEW PATIËNT UITSTROOM**

**Met dit vragenformulier wordt kort in kaart gebracht hoe het contact tussen patiënt en verschillende netwerkleden is. Er wordt gekeken hoe de patiënt de mate van betrokkenheid en sociale controle van de netwerkleden ervaart.**

Code patiënt:

Mitsnummer:

Datum afname interview:

Duur interview:

Toestemming:

## INTRODUCTIE

Dit interview is onderdeel van de FSNA (Forensische Sociale Netwerk Analyse).

De FSNA is bedoeld om inzicht te krijgen uw sociale netwerk, zodat de kliniek en uw contacten zorg kunnen dragen voor een succesvolle resocialisatie periode. Naarmate u meer vrijheden krijgt en loskomt van de kliniek, zult u meer contact hebben met personen van buiten de kliniek (dat is logisch). Door uw verblijf is het mogelijk dat contacten zijn verwaterd of minder hecht zijn geworden. In dit onderzoek kijken we hoe uw relatie met bepaalde personen er op het moment uitziet. De FSNA bestaat uit interviews met patiënten, hun contactpersonen en hun mentoren. Ik zou bij u graag tweemaal een interview willen afnemen, nu en over drie maanden. Na dit interview kunt u per contactpersoon aangeven of u het goed vindt dat ik contact opneem met die persoon. Voordat we gaan beginnen, kan ik me voorstellen dat u nog vragen heeft?

## CONTACTPERSONEN

Om te beginnen ga ik u vragen naar uw sociale contacten.

**Wie van uw familie, (ex)partner(s), vrienden, kennissen, werkrelaties, professionele hulprelaties en overige contacten hebben een belangrijke rol gespeeld in uw leven?** *Noteer namen op formulier 'netwerkliden'*

*Denk aan ouders, kinderen, (ex)partner, broers en zussen, vrienden, collega's, kennissen, burens, mede Tbs-patiënten etc.*

**Met wie (van de genoemde personen) kunt u het niet altijd even goed vinden/bestaan er spanningen?** *Verzuurd netwerk, Noteer namen op formulier 'netwerkliden'*

**Van alle genoemde personen: welke 6 personen zijn momenteel het meest belangrijk voor u?**

*Noteer namen op formulier 'netwerkliden'*

*Met wie heeft u het afgelopen half jaar contact gehad? Met wie heeft u gevoelsmatig de beste band?*

Voor interviewer: leg hier de lijst gescreende contactpersonen van de medewerker naast en vraag ook van hen of ze thuishoren bij de zes meest belangrijke personen.

Noteer per contactpersoon ook de rol van deze persoon in het leven van de patiënt.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**Kunt u drie personen noemen, die vroeger erg belangrijk voor u waren, maar waarmee u sinds uw verblijf in de kliniek geen contact meer heeft?** *Noteer namen op formulier 'netwerkliden'*

- 1.
- 2.
- 3.

**1. Had, naar uw idee, het sociale netwerk invloed op uw problemen die voortvloeiden uit het TBS-delict? Bijvoorbeeld doordat u (of de andere persoon) het contact verbrak, of doordat u een nieuwe relatie kreeg?**

Nu ga ik u enkele vragen stellen over de contacten die u heeft genoemd.

Vul de antwoorden op de volgende vragen in op het formulier 'Kenmerken netwerkleden.'

**2. Kent u de genoemde personen van voor of na het TBS delict? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk**

**3. Bij welke gelegenheid heeft u de genoemde personen leren kennen? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurd netwerk**

**4. Kunt u van de genoemde personen drie personen noemen die u echt nooit zouden laten vallen? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurd netwerk**

**5. Naar welke van de genoemde personen zou je toegaan als je in moeilijkheden zit? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurd netwerk**

**6. Welke van de genoemde personen is wel eens in aanraking gekomen met justitie? Bijvoorbeeld in het geval van een aanhouding, boete (verkeersboetes vallen hier niet onder), voorkomen op een rechtbank, verblijf in gevangenis. Interviewer: vraag ook naar het soort contact met justitie! Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk**

**7. Welke van de genoemde personen heeft een psychiatrische hulpverleningsgeschiedenis? Is wel eens behandeld door een psycholoog of psychiater? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk**

**8. Welke van de genoemde personen is eens per week of vaker dronken (in geval van oude contacten: waren toen eens per week of vaker dronken)? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk**

**9. Welke van de genoemde personen gebruikt geregeld drugs? Zijn dat softdrugs of harddrugs? (In geval van oude contacten: gebruikten toen drugs) Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk**

**10. Welke van de genoemde personen heeft ernstige problemen op woongebied (huurachterstand, gezworven), financiële problemen, of maakt geregeld ruzie? Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk Interviewer: ook andere vormen van onaangepast gedrag noteren!**

**11. Wat is de dagbesteding van de genoemde personen? Bijvoorbeeld: (vrijwilligers)werk, studie, rondhangen op straat, in de bijstand, verblijf in gevangenis of inrichting etc. Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk**

## **RELATIES TUSSEN CONTACTPERSONEN**

Nu wil ik kijken in hoeverre de genoemde personen elkaar ook kennen.

**Hoe goed kennen de personen elkaar? Kennen ze elkaar überhaupt en zo ja, kunnen ze goed met elkaar opschieten of juist niet en mijden ze elkaar**

*Belangrijkste 6 + 3 van verleden + verzuurde netwerk*

*Interviewer: schrijf de namen van de netwerkleden zowel horizontaal als verticaal op het formulier 'Relaties netwerkleden'. De bedoeling is om de relaties tussen de genoemde netwerkleden te achterhalen.*

**Patiënt kan uit de volgende antwoorden kiezen:**

0 = personen kennen elkaar niet

1 = personen gaan elkaar uit de weg

2 = personen kennen elkaar wel, maar hebben geen contact met elkaar

3 = personen kennen elkaar nauwelijks

4 = personen kennen elkaar redelijk

5 = Personen kennen elkaar goed

6 = Personen kennen elkaar goed, maar kunnen niet goed opschieten met elkaar

7 = personen kennen elkaar goed en kunnen goed opschieten met elkaar

(Deze vragen 1 t/m 9 per contactpersoon stellen)

Naam contactpersoon:

## RELATIEKENMERKEN PER CONTACTPERSOON

Nu wil ik u vragen om per persoon (die hiervoor is genoemd) een aantal vragen te beantwoorden.

Na elk antwoord zal ik vragen dat antwoorden te nuanceren: tussen welke antwoorden twijfelt u, neigt u meer naar het onderstaande of bovenstaande antwoord?

*Instructie interviewers: vraag na elk antwoord (ter nuancering) of de respondent meer het antwoord erboven of eronder bedoeld. Tussen welke antwoorden twijfelt de patiënt? Voorbeeld: netwerklied geeft antwoord 3, is dat meer 2 of meer 4?*

*Stel deze vragen alleen over de 6 meest belangrijke personen.*

### 1. Hoe vaak heeft u de laatste drie maanden contact gehad met CONTACTPERSOON?

1. Elke dag
2. Elke week
3. Elke 2 weken
4. Elke maand
5. Eén keer in de afgelopen drie maanden

### 2. Van de keren dat u contact heeft gehad met CONTACTPERSOON, hoe vaak heeft hij/zij contact opgenomen met u? Hoe vaak lag het initiatief van het contact bij de contactpersoon?

1. CONTACTPERSOON nam in alle gevallen contact op
2. CONTACTPERSOON nam in de meeste gevallen contact op
3. U en CONTACTPERSOON namen even vaak initiatief tot contact
4. U nam in de meeste gevallen contact op
5. U nam in alle gevallen contact op

### 3. In hoeverre heeft u in de afgelopen periode raad en advies ontvangen van CONTACTPERSOON (op een schaal van 1 tot 5)? Denk hierbij aan advies bij het maken van allerlei keuzes in het leven, advies bij het solliciteren naar een baan, het doen van een opleiding, of voor een verhuizing, etc.

1. Helemaal geen raad & advies
2. Weinig raad & advies
3. Enigszins raad & advies
4. Veel raad & advies
5. Heel veel raad & advies

### 4. In hoeverre heeft u in de afgelopen periode praktische hulp ontvangen van CONTACTPERSOON (op een schaal van 1 tot 5)? Denk hierbij aan het lenen van gereedschap, klusjes bij huis, het invullen van papieren/formulieren etc.

1. Helemaal geen praktische hulp
2. Weinig praktische hulp
3. Enigszins praktische hulp
4. Veel praktische hulp
5. Heel veel praktische hulp

**5. In hoeverre heeft u in de afgelopen periode financiële steun ontvangen van CONTACTPERSOON (op een schaal van 1 tot 5)? Denk hierbij aan financiële hulp bij het inrichten van een huisje of kamer, het lenen van geld etc.**

1. Helemaal geen financiële steun
2. Weinig financiële steun
3. Enigszins financiële steun
4. Veel financiële steun
5. Heel veel financiële steun

**6. In hoeverre heeft CONTACTPERSOON u in de afgelopen drie maanden herinnerd aan het innemen van eventuele medicatie?**

1. Helemaal niet herinnert, ik neem geen medicatie
2. Helemaal niet herinnert, hij/zij vindt het niet nodig dat ik medicatie neem
3. Helemaal niet herinnert, andere reden
4. Bijna nooit herinnert
5. Soms herinnert
6. Regelmatig herinnert
7. Vaak herinnert

**7. Naar uw idee, hoeveel belangstelling toont CONTACTPERSOON voor u? Is dat naar uw mening voldoende? Vraagt persoon wel eens aan patiënt hoe het gaat, of probeert persoon het af te lezen aan het doen en laten van de patiënt? Is de persoon geïnteresseerd in de dagelijkse bezigheden en beslissingen van de patiënt?**

1. Helemaal geen belangstelling
2. Weinig belangstelling
2. Enigszins belangstelling
3. Veel belangstelling
4. Heel veel belangstelling

Dan wil ik u nu nog twee stellingen voorleggen.

**8. Het is voor mij belangrijk dat CONTACTPERSOON mijn acties en beslissingen goedkeurt.**

1. Helemaal mee oneens
2. Mee oneens
3. Evenzeer eens als oneens
4. Mee eens
5. Helemaal mee eens

**9. Wanneer ik in moeilijkheden raak, heb ik liever niet dat CONTACTPERSOON dat weet.**

1. Helemaal mee oneens
1. Mee oneens
2. Evenzeer eens als oneens
3. Mee eens
4. Helemaal mee eens

## TOT SLOT

Aan het begin van dit interview heeft u drie personen genoemd, die vroeger belangrijk voor u waren, maar die u nu nooit meer ziet.

**Hoe groot acht u de kans dat u in de toekomst weer contact zult hebben met de drie personen, die u noemde aan het begin van het interview, die vroeger belangrijk voor u waren?**

### **Persoon 1**

1. Zeer klein
2. Klein
3. Het is mogelijk, maar niet op korte termijn
4. Groot
5. Zeer groot

### **Persoon 2**

1. Zeer klein
2. Klein
3. Het is mogelijk, maar niet op korte termijn
4. Groot
5. Zeer groot

### **Persoon 3**

1. Zeer klein
2. Klein
3. Het is mogelijk, maar niet op korte termijn
4. Groot
5. Zeer groot

**Met welke andere personen verwacht u weer contact te krijgen in de toekomst?**

**Terugkeernetwerk:**

**Van welke personen verwacht je financiële steun te kunnen krijgen?**

**Welke personen zouden je helpen herinneren aan het innemen van medicatie?**

**Kunt u op een schaal van 0 tot 10 aangeven, hoe goed of slecht u uw behandeling vindt op dit moment?**

0 is heel slecht

10 is heel goed

**Gekeken naar de toekomst: wat zou u nog willen veranderen op het gebied van sociale relaties?  
Bijvoorbeeld: zoeken naar een partner, meer of minder contact met bepaalde personen etc.**

## TOESTEMMING VRAGEN OM CONTACTPERSONEN TE BENADEREN

**We hebben het tijdens dit interview gehad over de volgende personen.**

*Formulier 'netwerkliden' laten zien en wijzen op 6 belangrijkste personen en verzuurde netwerkliden.*

**Graag zouden wij aan hen enkele vragen stellen. Wanneer u daarvoor toestemming geeft, zullen we een brief sturen aan de genoemde personen en ze vervolgens telefonisch benaderen. We vragen hen ook nog om toestemming voor het afnemen van het interview.**

**Mogen wij de genoemde personen benaderen? Uitgebreid uitleggen waarom en eventuele vragen van de patiënt beantwoorden! De patiënt kan per contactpersoon aangeven of hij toestemming geeft voor benadering.**

1. Ja
2. Nee

(Wanneer de patiënt toestemming geeft, moet hij de toestemmingsverklaring ondertekenen)

Ik wil u graag bedanken voor uw tijd en moeite. Over ongeveer drie maanden zal ik nogmaals contact met u opnemen. Heeft u nu nog opmerkingen in aanvulling op dit interview of vragen naar aanleiding van dit interview?

Hartelijk dank voor uw medewerking



**Vragenlijst patiënten nameting**

**Forensisch Sociaal Netwerk Interview**  
**VERSIE KORT INTERVIEW PATIËNT**  
**UITSTROOM**

**Tweede meting**

**Met dit vragenformulier wordt kort in kaart gebracht hoe het contact tussen patiënt en verschillende netwerkliden is. Er wordt gekeken hoe de patiënt de mate van betrokkenheid en sociale controle van de netwerkliden ervaart. Dit is het tweede interview, dus er wordt nadruk gelegd op de ontwikkeling van de sociale relaties van de patiënt sinds het vorige interview.**

Code patiënt:

Mitsnummer:

Datum afname interview:

Duur interview:

Toestemming:

## INTRODUCTIE

Dit interview is onderdeel van de FSNA (Forensische Sociale Netwerk Analyse). Het vorige interview was bedoeld om inzicht te krijgen in uw sociale netwerk. In dit interview zullen we uw sociale contacten nogmaals langslopen, om te kijken of er veranderingen hebben plaatsgevonden in uw sociale netwerk. De verkregen informatie moet de kliniek helpen bij het zorgdragen voor een succesvolle resocialisatie periode. De verwachting is dat u, naarmate u meer vrijheden krijgt en loskomt van de kliniek, meer contact krijgt met personen van buiten. Met dit interview wordt geprobeerd in kaart te brengen hoe dat de afgelopen maanden is gegaan. Voordat we gaan beginnen, kan ik me voorstellen dat u nog vragen heeft?

## CONTACTPERSONEN

Om te beginnen gaan we de personen die in het vorige interview aan bod zijn gekomen, nog even kort bespreken.

Laat een overzicht zien van personen die in het vorige interview ter sprake zijn gekomen: familie, (ex)partner(s), vrienden, kennissen, werkrelaties, professionele hulpverleners en overige contacten die een rol gespeeld in het leven van betrokkene. Verdeeld in 'contacten vroeger' en 'contacten nu.'

**1. Ontbreken er nog personen op het overzicht, waarmee u contact heeft of heeft gehad?**

**2. Zijn er personen bij met wie u sinds het laatste interview (periode van 4 tot 6 maanden) meer of minder contact heeft gekregen? Wie zijn dit dan en op welke manier zijn de relaties veranderd? (meer/minder contact, verder bijv. frequentie van contact, inhoud van de relatie)**

**3. Met wie van de personen uit het overzicht kunt u het niet altijd even goed vinden/bestaan er spanningen?**

Voor interviewer: verzuurd netwerk, Noteer namen op formulier 'netwerkliden'

Besprek vervolgens de personen die de betrokkene de vorige keer bij deze vraag heeft genoemd.

**4. Van alle genoemde personen: welke 6 personen zijn momenteel het meest belangrijk voor u? Noteer namen op formulier 'netwerkliden'**

*Met wie heeft u het afgelopen 4 tot 6 maanden contact gehad? Met wie heeft u gevoelsmatig de beste band?*

Voor interviewer: noteer per contactpersoon ook de rol van deze persoon in het leven van de patiënt. Besprek vervolgens eventuele veranderingen in dit lijstje personen sinds het vorige interview. Bij wegvallen van personen: waarom geen contact meer?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Wanneer er personen bij zijn gekomen in het lijstje '6 belangrijkste personen': alleen voor deze personen vragen naar onderstaande kenmerken. Voor de andere personen hoeft dit niet te worden gevraagd!!

Nu ga ik u enkele vragen stellen over de contacten die u heeft genoemd.

Vul de antwoorden op de volgende vragen in op het formulier 'Kenmerken netwerkleden.'

**Kent u de genoemde personen van voor of na het TBS delict?**

**Bij welke gelegenheid heeft u de genoemde personen leren kennen?**

**Welke van de genoemde personen is wel eens in aanraking gekomen met justitie?**

Bijvoorbeeld in het geval van een aanhouding, boete (verkeersboetes vallen hier niet onder), voorkomen op een rechtbank, verblijf in gevangenis. Interviewer: vraag ook naar het soort contact met justitie!

**Welke van de genoemde personen heeft een psychiatrische hulpverleningsgeschiedenis?**

Is wel eens behandeld door een psycholoog of psychiater?

**Welke van de genoemde personen is eens per week of vaker dronken?**

**Welke van de genoemde personen gebruikt geregeld drugs?**

**Zijn dat softdrugs of harddrugs?**

**Welke van de genoemde personen heeft ernstige problemen op woongebied (huurachterstand, gezworven), financiële problemen, of maakt geregeld ruzie?**

Interviewer: ook andere vormen van onaangepast gedrag noteren!

**Wat is de dagbesteding van de genoemde personen? Bijvoorbeeld: (vrijwilligers)werk, studie, rondhangen op straat, in de bijstand, verblijf in gevangenis of inrichting etc.**

Vragen over de '6 belangrijkste personen' in dit interview én het vorige interview. Als er personen zijn 'weggevallen' sinds het vorige interview, toch de volgende vragen stellen over hen:

Interviewer: laat overzicht van deze personen zien

**Kunt u van die genoemde personen drie personen noemen die u echt nooit zouden laten vallen?**

*Eventuele verandering sinds het vorige interview bespreken*

**Naar welke van de genoemde personen zou u toegaan als u in moeilijkheden zit?**

*Eventuele verandering sinds het vorige interview bespreken*

## **RELATIES TUSSEN CONTACTPERSONEN**

Nu wil ik kijken in hoeverre de genoemde personen elkaar ook kennen en of er verschillen zijn opgetreden sinds de vorige keer.

**Hoe goed kennen de personen elkaar? Kennen ze elkaar überhaupt en zo ja, kunnen ze goed met elkaar opschieten of juist niet en mijden ze elkaar**

Vragen over '6 belangrijkste personen' uit vorige en huidige interview. Ook relatie tussen personen en patiënt zelf meenemen!

Interviewer: schrijf de namen van de netwerkliden en de patiënt zowel horizontaal als verticaal op het formulier 'Relaties netwerkliden'. De bedoeling is om de relaties tussen de genoemde netwerkliden en tussen de netwerkliden en de patiënt te achterhalen.

**Patiënt kan uit de volgende antwoorden kiezen:**

0 = personen kennen elkaar niet

1 = personen gaan elkaar uit de weg

2 = personen kennen elkaar wel, maar hebben geen contact met elkaar

3 = personen kennen elkaar nauwelijks

4 = personen kennen elkaar redelijk

5 = Personen kennen elkaar goed

6 = Personen kennen elkaar goed, maar kunnen niet goed opschieten met elkaar

7 = personen kennen elkaar goed en kunnen goed opschieten met elkaar

(Deze vragen 1 t/m 9 per contactpersoon stellen)

Naam contactpersoon:

## **RELATIEKENMERKEN PER CONTACTPERSOON**

Let op: vragen stellen over de huidige ‘6 belangrijkste personen,’ maar óók over de ‘6 belangrijkste personen’ die in het vorige interview werden genoemd.

Nu wil ik u vragen om per persoon (die hiervoor is genoemd) een aantal vragen te beantwoorden. Het zijn dezelfde vragen als de vorige keer. Het doel van dit onderzoek is om uw huidige antwoorden met uw vorige antwoorden te vergelijken.

Na elk antwoord zal ik vragen dat antwoorden te nuanceren: tussen welke antwoorden twijfelt u, neigt u meer naar het onderstaande of bovenstaande antwoord?

*Instructie interviewers: vraag na elk antwoord (ter nuancering) of de respondent meer het antwoord erboven of eronder bedoeld. Tussen welke antwoorden twijfelt de patiënt?*

*Voorbeeld: patiënt geeft antwoord 3, is dat meer 2 of meer 4?*

### **1. Hoe vaak heeft u de laatste drie maanden contact gehad met CONTACTPERSOON?**

1. Elke dag
2. Elke week
3. Elke 2 weken
4. Elke maand
5. Eén keer in de afgelopen drie maanden

### **2. Van de keren dat u contact heeft gehad met CONTACTPERSOON, hoe vaak heeft hij/zij contact opgenomen met u? Hoe vaak lag het initiatief van het contact bij de contactpersoon?**

1. CONTACTPERSOON nam in alle gevallen contact op
2. CONTACTPERSOON nam in de meeste gevallen contact op
3. U en CONTACTPERSOON namen even vaak initiatief tot contact
4. U nam in de meeste gevallen contact op
5. U nam in alle gevallen contact op

### **3. In hoeverre heeft u in de afgelopen periode raad en advies ontvangen van CONTACTPERSOON (op een schaal van 1 tot 5)? Denk hierbij aan advies bij het maken van allerlei keuzes in het leven, advies bij het solliciteren naar een baan, het doen van een opleiding, of voor een verhuizing, etc.**

6. Helemaal geen raad & advies
7. Weinig raad & advies
8. Enigszins raad & advies
9. Veel raad & advies
10. Heel veel raad & advies

### **4. In hoeverre heeft u in de afgelopen periode praktische hulp ontvangen van CONTACTPERSOON (op een schaal van 1 tot 5)? Denk hierbij aan het lenen van gereedschap, klusjes bij huis, het invullen van papieren/formulieren etc.**

6. Helemaal geen praktische hulp
7. Weinig praktische hulp
8. Enigszins praktische hulp
9. Veel praktische hulp
10. Heel veel praktische hulp

**5. In hoeverre heeft u in de afgelopen periode financiële steun ontvangen van CONTACTPERSOON (op een schaal van 1 tot 5)?** *Denk hierbij aan financiële hulp bij het inrichten van een huisje of kamer, het lenen van geld etc.*

6. Helemaal geen financiële steun
7. Weinig financiële steun
8. Enigszins financiële steun
9. Veel financiële steun
10. Heel veel financiële steun

**6. In hoeverre heeft CONTACTPERSOON u in de afgelopen drie maanden herinnerd aan het innemen van eventuele medicatie?**

1. Helemaal niet herinnert, ik neem geen medicatie
2. Helemaal niet herinnert, hij/zij vindt het niet nodig dat ik medicatie neem
3. Helemaal niet herinnert, andere reden
4. Bijna nooit herinnert
5. Soms herinnert
6. Regelmatig herinnert
7. Vaak herinnert

**7. Naar uw idee, hoeveel belangstelling toont CONTACTPERSOON voor u?** *Is dat naar uw mening voldoende? Vraagt persoon wel eens aan patiënt hoe het gaat, of probeert persoon het af te lezen aan het doen en laten van de patiënt? Is de persoon geïnteresseerd in de dagelijkse bezigheden en beslissingen van de patiënt?*

1. Helemaal geen belangstelling
2. Weinig belangstelling
2. Enigszins belangstelling
3. Veel belangstelling
4. Heel veel belangstelling

Dan wil ik u nu nog twee stellingen voorleggen.

**8. Het is voor mij belangrijk dat CONTACTPERSOON mijn acties en beslissingen goedkeurt.**

1. Helemaal mee oneens
6. Mee oneens
7. Evenzeer eens als oneens
8. Mee eens
9. Helemaal mee eens

**9. Wanneer ik in moeilijkheden raak, heb ik liever niet dat CONTACTPERSOON dat weet.**

1. Helemaal mee oneens
5. Mee oneens
6. Evenzeer eens als oneens
7. Mee eens
8. Helemaal mee eens

(Deze vragen 1 en 2 per contactpersoon stellen)

Naam contactpersoon:

## **VERANDERINGEN IN RELATIEKENMERKEN PER CONTACTPERSOON**

Let op: vragen stellen over de huidige ‘6 belangrijkste personen,’ maar óók over de ‘6 belangrijkste personen’ die in het vorige interview werden genoemd.

Nu ga ik u twee vragen stellen, weer per contactpersoon, over eventuele veranderingen in uw relatie met die contactpersoon.

Na elk antwoord zal ik vragen dat antwoorden te nuanceren: tussen welke antwoorden twijfelt u, neigt u meer naar het onderstaande of bovenstaande antwoord?

*Instructie interviewers: vraag na elk antwoord (ter nuancering) of de respondent meer het antwoord erboven of eronder bedoeld. Tussen welke antwoorden twijfelt de patiënt?*

*Voorbeeld: patiënt geeft antwoord 3, is dat meer 2 of meer 4?*

### **1. Is de belangstelling van CONTACTPERSOON voor u in de laatste 4 maanden:**

1. Sterk toegenomen?
2. Een beetje toegenomen?
3. Gelijk gebleven?
4. Een beetje afgenomen?
5. Sterk afgenomen?

Eventuele toelichting:

### **2. Is de mate van steun (raad en advies/financiële steun/ praktische steun) die u in de laatste 4 maanden van deze persoon heeft ontvangen:**

1. Sterk toegenomen?
2. Een beetje toegenomen?
3. Gelijk gebleven?
4. Een beetje afgenomen?
5. Sterk afgenomen?

Eventuele toelichting:

## TOT SLOT

Tot slot wil ik eventuele toekomstige relaties bespreken.

In het vorige interview gaf u aan met de volgende personen nog wel weer contact te willen. Laat een overzicht zien.

**Heeft u inmiddels contact opgenomen met deze personen?**

**Zo ja: hoe verliep dit contact, was het eenmalig of voor herhaling vatbaar?**

**Zo nee: Wilt u ze nog steeds opnieuw ontmoeten?**

**Met welke andere personen zou u weer contact willen krijgen in de toekomst?**

**Hoe groot acht u de kans dat dit gebeurt?** *Zeer klein/klein/mogelijk, maar niet op korte termijn/groot/zeer groot*

De vorige keer gaf u aan het volgende te willen veranderen op het gebied van sociale relaties. Laat overzicht zien.

**Is er al wat veranderd? Wilt u nog steeds diezelfde dingen veranderen?**

**In de toekomst:**

**Van welke personen verwacht u financiële steun te kunnen krijgen?**

**Welke personen zouden u helpen herinneren aan het innemen van medicatie?**

**Kunt u op een schaal van 0 tot 10 aangeven, hoe goed of slecht u uw behandeling vindt op dit moment?**

0 is heel slecht

10 is heel goed



## **TOESTEMMING VRAGEN OM CONTACTPERSONEN TE BENADEREN**

### **Interventiegroep:**

Een aantal maanden geleden hebben we enkele van uw contacten benaderd. Noem contacten op. We hebben hen gevraagd of we deze zomer opnieuw contact met hen mogen opnemen. De volgende contactpersonen gaven aan dat het mocht: noem contacten op. Dus met hen zullen we weer contact opnemen, waarschijnlijk in september.

In het geval van nieuwe ‘belangrijkste personen’: vraag om toestemming voor benadering.  
Toestemming formulier tekenen.

### **Controlegroep:**

Bij toestemming:

Tijdens het vorige interview heeft u toestemming gegeven om de volgende van uw contacten benaderen:

Laat overzicht zien.

Deze contacten zullen we in september gaan benaderen.

Geen toestemming:

Tijdens het vorige interview gaf u aan dat u liever niet wilt dat we de volgende van uw contacten benaderen:

Noem op.

Bent u inmiddels van gedachten veranderd? Zo ja: toestemmingformulier tekenen.

In het geval van nieuwe ‘belangrijkste personen’: vraag om toestemming voor benadering.  
Toestemming formulier tekenen.

**Graag zouden wij aan hen enkele vragen stellen. Wanneer u daarvoor toestemming geeft, zullen we een brief sturen aan de genoemde personen en ze vervolgens telefonisch benaderen. We vragen hen ook nog om toestemming voor het afnemen van het interview.**

**Mogen wij de genoemde personen benaderen?** *Uitgebreid uitleggen waarom en eventuele vragen van de patiënt beantwoorden! De patiënt kan per contactpersoon aangeven of hij toestemming geeft voor benadering.*

3. Ja
4. Nee

(Wanneer de patiënt toestemming geeft, moet hij de toestemmingsverklaring ondertekenen)

Ik wil u graag bedanken voor uw tijd en moeite.

Zodra de onderzoeksresultaten bekend zijn (vermoedelijk in december), zal ik een samenvatting van de resultaten bij de medewerkers van uw afdeling afgeven. Als u dat wilt, kunt u die samenvatting doornemen en mij naar aanleiding van die samenvatting vragen stellen of opmerkingen geven.

Heeft u nu nog opmerkingen in aanvulling op dit interview of vragen naar aanleiding van dit interview?

Hartelijk dank voor uw medewerking

## **Formulieren bij vragenlijsten patiënten voor- en nameting**

### **Formulier ‘netwerklede’**

Naam betrokkene:

Naam interviewer:

Datum interview:

### **NETWERKLEDEN**

## Formulier 'kenmerken netwerkleden'

Naam betrokkene:

Naam interviewer:

Datum interview:

Contacten	Voor/na TBS-delict	Gelegenheid leren kennen	Nooit laten vallen	Steun bij moeilijkheden	Justitie	Psychische beh.	Dr on ken	Dr ugs	Onaangepast gedrag	Dagbesteding
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										

**Formulier ‘relaties netwerkleden’**

Naam betrokkene:

Naam interviewer:

Datum interview:

**RELATIES TUSSEN NETWERKLEDEN HUIDIG-TOEKOMSTIG  
NETWERK**

## Toestemmingsverklaring

### Toestemmingsverklaring

Onderzoeksproject: 'Forensisch Psychiatrisch Toezicht, Forensisch Sociaal Netwerk Interview'

Bij dezen vragen wij uw toestemming om de volgende van uw sociale relaties telefonisch te benaderen:

Ik, ....., verleen bij dezen mijn toestemming om bovenstaande van mijn sociale relaties telefonisch te benaderen, op grond van de volgende voorwaarden:

1. Ik ben naar tevredenheid over het onderzoek geïnformeerd. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
2. Bij het telefonische contact met mijn sociale relaties wordt er geen informatie over mij verstrekt aan deze sociale relaties.

Geboortedatum:.....

Datum: .../...../.....

Handtekening:

## Voorbeeldoverzicht van netwerkleden, dit werd tijdens de nameting voorgelegd aan de geïnterviewde patiënt

Naam betrokkene: Patiënt A.

Naam interviewer: E. Hoeben

Datum interview: 17-08-2009

### NETWERKLEDEN

#### Contacten vroeger

##### Ex-partner

Marja

##### Middelbare school

Groepje van ongeveer 15 meisjes

Mohammed, Jeroen en Pieter

##### Centrum Leeuwarden

Groep van ongeveer 20 jongeren, waarvan met ongeveer 6 jongens intensief contact was (patiënt wil geen namen noemen)

#### Contacten nu

##### Familie

Greta Willems (moeder)

Jos Dorrestein (vader)

Wout Dorrestein (halfbroer)

Bas Dorrestein (broer)

Lisa Dorrestein (halfzus)

Maria Willems (oma mz.)

##### Vrienden

Roi Janssen

Lars Bosman

##### Medebewoners

Patiënt B

Patiënt X

##### Overige contacten nu:

Petra Jesper (peetmoeder)

##### Belangrijkste contacten

Greta Willems (moeder)

Jos Dorrestein (vader)

Wout Dorrestein (halfbroer)

Roi Janssen (vriend)

#### **Personen met wie patiënt het niet altijd even goed kan vinden/waarmee spanningen bestaan**

Bas Dorrestein (vroeger)

Patiënt C (nu)

Vragenlijst netwerkleden eerste sessie interviews

# Forensisch Sociaal Netwerk Interview

## VERSIE TELEFONISCHE INTERVIEW NETWERKLEDEN

*Versie 2009: concept 5*

**Naam betrokkene:** \_\_\_\_\_

**Mitsnummer:** \_\_\_\_\_

**Instelling:** \_\_\_\_\_

**Geïnterviewde:** \_\_\_\_\_

**Code geïnterviewde:** \_\_\_\_\_

**Interviewer:** \_\_\_\_\_

**Datum afname interview:** \_\_\_\_\_

**Duur afname interview:** \_\_\_\_\_

**Plaats:** \_\_\_\_\_

## Telefonische inleiding

Goedendag meneer of mevrouw NAAM ,

U spreekt met EIGEN NAAM (?) namens de van Mesdagkliniek. Enige tijd geleden heeft u een brief ontvangen van de van Mesdagkliniek over een telefonisch onderzoek. Heeft u deze gelezen? Zou ik u nu voor dit onderzoek een aantal vragen mogen stellen? Zo nee, wanneer kan ik u daar wel over wel bereiken?

Ik wil u graag in het kort uitleggen waarvoor dit onderzoek is. Zoals u weet verblijft BETROKKENE op dit moment in de van Mesdagkliniek. Wij onderzoeken welke zaken kunnen helpen om BETROKKENE zowel tijdens zijn verloven als na zijn ontslag zo goed mogelijk weer terug te laten komen in de maatschappij. Ook onderzoeken wij wat hem helpen kan, zodat voorkomen kan worden dat hij in zijn oude gedrag zal vervallen.

Het onderzoek wordt gedaan vanuit het EFP (expertisecentrum forensische psychiatrie) en niet vanuit de Mesdag. Ik ben niet op de hoogte van de diagnose en prognose van de BETROKKENE.

Hij of zij weet van dit onderzoek af en heeft toestemming gegeven om u hierover te bellen. Wij vinden het belangrijk dat u weet dat alles wat in dit interview gezegd wordt, vertrouwelijk wordt behandeld.

In dit interview zal ik vragen naar uw mening over hoe het de afgelopen periode met BETROKKENE is gegaan. Het gaat ons om de afgelopen 6 maanden. Vervolgens zal ik vragen hoe het volgens u op dit moment gaat en hoe u de toekomst van BETROKKENE ziet. Dit gesprek zal ongeveer tussen 20 à 30 minuten gaan duren. Dit interview bevat een aantal open vragen, maar vooral vragen waarop u een score kunt geven van 1 t/m 5. Daarbij zullen wij u ook vragen of deze score eerder neigt naar het cijfer er boven, of juist naar beneden.



## **1. Hoe vaak heeft u contact gehad met betrokkene de afgelopen periode?**

1. Elke dag
  2. Elke week
  3. Elke twee weken
  4. Elke maand
  5. Elke 3 maanden
  6. Minder vaak
  7. Bijna nooit
  8. Geen contact (\*)
- 

### **(\*Indien het antwoord "Geen contact" wordt gegeven):**

A. Weet u de reden dat u geen contact met de patiënt heeft gehad?

B. Is dit een initiatief vanuit uzelf, of vanuit de patiënt?

C. Omdat u geen contact heeft gehad met de patiënt het afgelopen halfjaar, zijn de rest van de vragen binnen dit interview niet meer op u van toepassing. Ik wil daarom dit interview graag beëindigen en u bedanken voor uw tijd en moeite. Om te toetsen of u contact met betrokkene de komende periode verandert, of juist gelijk blijft, zouden wij graag over enkele maanden opnieuw contact met u willen opnemen, gaat u daarmee akkoord?

1. Ja
  2. Nee
- 

## **2. Op welke manieren was dit?**

*Let op: netwerklied mag meerdere contactwijzen benoemen.*

1. Persoonlijk
2. Schriftelijk
3. Telefonisch
4. Per computer (e-mail, chatten)
5. SMS

## **3. Wie nam de laatste 6 maanden gewoonlijk contact op?**

1. Netwerklid neemt overwegend contact op met betrokkene
2. Betrokkene neemt overwegend contact op met netwerklid
3. Er is sprake van wederzijds initiatief
4. Netwerklid ontmoet betrokkene eigenlijk voornamelijk via anderen

**4. Bent u tevreden over de mate waarin u door de kliniek bent benaderd voor de behandeling van de betrokkene?**

1. Helemaal niet tevreden
2. Niet echt tevreden
3. Enigszins tevreden
4. Redelijk tevreden
5. Heel erg tevreden

**5. Bent u op de hoogte van het terugval preventieplan (en of signaleringsplan) van betrokkene? Zo ja, kunt u dit kort benoemen?**

---

Deze vragen gingen over het contact dat u met betrokkene en met de kliniek hebt gehad. De volgende vragen gaan over hoe u vindt dat het de afgelopen verlofperiode met betrokkene is gegaan.

---

**6. In hoeverre vindt betrokkene voor zichzelf de behandeling nog nodig?** *(Let op het gaat om wat betrokkene vindt en niet wat u vindt. Zegt hij bijvoorbeeld in gesprekken met u dat hij geen problemen meer heeft en dat de behandeling overbodig is (score 1) of is juist dat hij nog wel problemen heeft en dat hij blij is met de hulp die hij de afgelopen periode van de kliniek heeft gekregen (score 5)?)*

1. Helemaal niet nodig
2. Niet bijzonder nodig
3. Enigszins nodig
4. Redelijk nodig
5. Heel erg nodig

**7. In hoeverre vindt u dat betrokkene de behandeling nog nodig heeft?**

1. Helemaal niet nodig
2. Niet bijzonder nodig
3. Enigszins nodig
4. Redelijk nodig
5. Heel erg nodig

**8. In hoeverre heeft u de betrokkene de afgelopen periode raad en advies gegeven?**

1. Helemaal geen raad & advies
2. Weinig raad & advies
3. Enigszins raad & advies
4. Veel raad & advies
5. Heel veel raad & advies

**9. In hoeverre vond u betrokkene impulsief de afgelopen periode?**

*Deed hij bijvoorbeeld dingen in een opwelling, zonder er bij na te denken zoals van het ene op het andere moment van plan veranderen, zomaar dure dingen kopen of bestellen, zomaar een afspraak met u afzeggen, etc. waardoor hij in de problemen is gekomen (score 5)*

1. Helemaal niet impulsief
2. Niet bijzonder impulsief
3. Enigszins impulsief
4. Redelijk impulsief
5. Heel erg impulsief

**10. In hoeverre vindt u dat betrokkene dingen snel verkeerd opvat waardoor u het gevoel hebt om die dingen dan maar te laten of niet te bespreken? (snel op zijn tenen getrapt, kort lontje, netwerklid moet op eieren lopen)**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg

**11. Heeft u het idee dat betrokkene u of anderen in situaties heeft gemanoeuvreed of tot beslissingen heeft 'gepusht' die u of die anderen eigenlijk niet wilden of als onprettig ervoeren?**

Bijvoorbeeld: het uitspelen van mensen tegen elkaar door het één tegen u te zeggen en iets heel anders tegen iemand anders? Waardoor misschien onduidelijkheden of conflicten ontstaan zijn?

1. Helemaal niet dat idee
2. Niet bijzonder dat idee
3. Enigszins dat idee
4. Redelijk dat idee
5. Heel erg dat idee

**12. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met de normale alledaagse dingen.**

*Denk bijvoorbeeld aan zelfverzorging, hygiëne, eetgewoonten, inroepen medische hulp, etc.*

1. Helemaal niet laten zien
2. Niet bijzonder laten zien
3. Enigszins laten zien
4. Redelijk laten zien
5. Heel erg laten zien

**13. In hoeverre is betrokkene in staat om zijn financiën te regelen?**

1. Helemaal niet in staat
2. Niet bijzonder in staat
3. Enigszins in staat
4. Redelijk in staat
5. Heel goed in staat

**14. In hoeverre zou u aan de betrokkene financiële steun verlenen, wanneer hij daar om vroeg? *Bijvoorbeeld: zou u hem geld lenen voor de aanschaf van een koelkast?***

1. Helemaal geen financiële steun
2. Weinig financiële steun
3. Enigszins financiële steun
4. Veel financiële steun
5. Heel veel financiële steun

**15. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met stressvolle situaties die in het dagelijkse leven voorkomen.** Denk bijvoorbeeld aan het overlijden of verhuizen van een dierbare, problemen op het werk, brieven van schuldeisers, verlofevaluaties, verlengingsadviezen, etc?

1. Helemaal niet laten zien
2. Niet bijzonder laten zien
3. Enigszins laten zien
4. Redelijk laten zien
5. Heel erg laten zien

**16. In hoeverre vindt u dat betrokkene met mensen omgaat die een positieve invloed hebben en in hoeverre met mensen met een negatieve invloed**

1. Vrijwel allemaal mensen met negatieve invloed
2. Redelijk veel mensen met negatieve invloed
3. Evenveel mensen met positieve als met negatieve invloed
4. Redelijk veel mensen met positieve invloed
5. Vrijwel allemaal mensen met positieve invloed

**(\*Indien de antwoorden 1,2 of 3 worden gegeven):**

A. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een negatieve invloed op hem hebben? Kunt u namen noemen? (Interviewer: vraag naar namen, liefst ook achternamen!)

B. Waar kent betrokkene deze personen van?

**17. In hoeverre hield betrokkene zich de afgelopen periode bezig met seksualiteit op een manier waarvan u weet dat anderen dat niet goedkeuren? Vond u dat verontrustend?**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins, maar niet op een verontrustende manier
4. Enigszins op een verontrustende manier
5. Regelmatig op een verontrustende manier
6. Niet van toepassing

**18. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 6 maanden de noodzaak in van gebruik van medicatie?**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. Niet van toepassing

**19. In hoeverre helpt u de betrokkene bij het herinneren aan de medicatie-inname?**

1. Helemaal niet herinneren, hij gebruikt geen medicatie
2. Helemaal niet herinneren, hij heeft geen medicatie nodig
3. Bijna nooit herinneren
4. Soms herinneren
5. Regelmatig herinneren
6. Vaak herinneren

**20. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 6 maanden de noodzaak in van onthouding van middelen?**

**Drank:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.

**Softdrugs:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.

**Harddrugs:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.

**Gokken:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.

**21. Verwacht u de komende periode zaken/gebeurtenissen die extra stress kunnen oproepen bij betrokkene?** Bijvoorbeeld afgewezen worden op verleden, status als tbs-patiënt, tegenkomen van criminele vrienden, in contact komen met eventueel slachtoffer, nabestaanden, etc.)

**22. Welke zaken denkt u dat de komende periode een positieve uitwerking zullen hebben op betrokkene?** Denk bijvoorbeeld aan wat de afgelopen periode volgens u een positieve invloed heeft gehad, zoals een hobby, bepaalde personen, bepaalde omgeving.

**23. Kunt u op een schaal van 1 tot 5 aangeven in hoeverre u op dit moment vertrouwen heeft in een delictvrije toekomst van betrokkene?**

1. Geen vertrouwen
2. Weinig vertrouwen
3. Enigszins vertrouwen
4. Veel vertrouwen
5. Heel veel vertrouwen

**24. Wanneer u bang bent dat de problemen van de betrokkene dusdanig zijn dat hij weer een delict zou kunnen gaan plegen, wat zou u dan doen?**

**25. Heeft u nog tips voor ons om betrokkene de komende periode verder te helpen in zijn traject?**

**26. Mogen wij over enkele maanden opnieuw contact met u opnemen?** *Vraag bij weigering naar een reden en probeer ze over te halen erin toe te stemmen dat we ze opnieuw mogen benaderen!*

1. Ja
2. Nee

**Wij hebben nu aan de hand van de interviewvragen met u enkele zaken besproken, over het contact dat u heeft met betrokkene. Zijn er nog zaken die niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel graag wilt benoemen?**

**Ik wil u heel erg bedanken voor uw tijd en moeite en als laatste wil ik u nog graag vragen hoe dit interview voor u was? Heeft u er een goed gevoel over of zijn er zaken die u minder prettig vond?**

**Nogmaals bedankt en een fijne dag verder.**

**Aantekeningen**

Vragenlijst netwerkleden tweede sessie interviews (controlegroep)

# Forensisch Sociaal Netwerk Interview

## VERSIE TELEFONISCHE INTERVIEW NETWERKLEDEN

Controlegroep (eerste interview)

**Naam betrokkene:** \_\_\_\_\_

**Mitsnummer:** \_\_\_\_\_

**Instelling:** \_\_\_\_\_

**Geïnterviewde:** \_\_\_\_\_

**Code geïnterviewde:** \_\_\_\_\_

**Interviewer:** \_\_\_\_\_

**Datum afname interview:** \_\_\_\_\_

**Duur afname interview:** \_\_\_\_\_

**Plaats:** \_\_\_\_\_



## Telefonische inleiding

Goedendag meneer of mevrouw NAAM ,

U spreekt met EIGEN NAAM (?) namens de van Mesdagkliniek. Enige tijd geleden heeft u een brief ontvangen van de van Mesdagkliniek over een telefonisch onderzoek. Heeft u deze gelezen? Zou ik u nu voor dit onderzoek een aantal vragen mogen stellen? Zo nee, wanneer kan ik u daar wel over wel bereiken?

Ik wil u graag in het kort uitleggen waarvoor dit onderzoek is. Zoals u weet verblijft BETROKKENE op dit moment in de van Mesdagkliniek. Wij onderzoeken welke zaken kunnen helpen om BETROKKENE zowel tijdens zijn verloven als na zijn ontslag zo goed mogelijk weer terug te laten komen in de maatschappij. Ook onderzoeken wij wat hem helpen kan, zodat voorkomen kan worden dat hij in zijn oude gedrag zal vervallen.

Het onderzoek wordt gedaan vanuit het EFP (expertisecentrum forensische psychiatrie) en niet vanuit de Mesdag. Ik ben niet op de hoogte van de diagnose en prognose van de BETROKKENE.

Hij of zij weet van dit onderzoek af en heeft toestemming gegeven om u hierover te bellen. Wij vinden het belangrijk dat u weet dat alles wat in dit interview gezegd wordt, vertrouwelijk wordt behandeld.

In dit interview zal ik vragen naar uw mening over hoe het de afgelopen periode met BETROKKENE is gegaan. Het gaat ons om de afgelopen 4 tot 6 maanden. Vervolgens zal ik vragen hoe het volgens u op dit moment gaat en hoe u de toekomst van BETROKKENE ziet. Dit gesprek zal ongeveer tussen 30 à 45 minuten gaan duren. Dit interview bevat een aantal open vragen, maar vooral vragen waarop u een score kunt geven van 1 t/m 5. Daarbij zullen wij u ook vragen of deze score eerder neigt naar het cijfer er boven, of juist naar beneden.

**1. Hoe vaak heeft u contact gehad met betrokkene de afgelopen periode (4 tot 6 maanden)?**

9. Elke dag
10. Elke week
11. Elke twee weken
12. Elke maand
13. Elke 3 maanden
14. Minder vaak
15. Bijna nooit
16. Geen contact (\*)

---

**(\*Indien het antwoord "Geen contact" wordt gegeven):**

C. Weet u de reden dat u geen contact met de patiënt heeft gehad?

D. Is dit een initiatief vanuit uzelf, of vanuit de patiënt?

C. *Interviewer:* Omdat de contactpersoon geen contact heeft gehad met de patiënt in het afgelopen halfjaar, zijn een aantal van de vragen binnen dit interview niet meer van toepassing. Je hoeft daarom alleen de volgende vragen te stellen: 4, 5, 14, 16 (algemeen met wie betrokkene omgaat), 17, 20, 25, 26, 27, 28, 29

---

**2. Op welke manieren was dit?**

*Let op: netwerklid mag meerdere contactwijzen benoemen.*

6. Persoonlijk
7. Schriftelijk
8. Telefonisch
9. Per computer (e-mail, chatten)
10. SMS

**3. Wie nam de laatste 4 tot 6 maanden gewoonlijk contact op?**

7. Netwerklid neemt overwegend contact op met betrokkene
8. Betrokkene neemt overwegend contact op met netwerklid
9. Er is sprake van wederzijds initiatief
10. Netwerklid ontmoet betrokkene eigenlijk voornamelijk via anderen

**4. Bent u tevreden over de mate waarin u door de kliniek bent benaderd voor de behandeling van de betrokkene?**

6. Helemaal niet tevreden
7. Niet echt tevreden
8. Enigszins tevreden
9. Redelijk tevreden
10. Heel erg tevreden

**5. Bent u op de hoogte van het terugval preventieplan (en of signaleringsplan) van betrokkene? Zo ja, kunt u dit kort benoemen?**

---

Deze vragen gingen over het contact dat u met betrokkene en met de kliniek hebt gehad. De volgende vragen gaan over hoe u vindt dat het de afgelopen verlofperiode met betrokkene is gegaan.

---

**6. In hoeverre vindt betrokkene voor zichzelf de behandeling nog nodig?** *(Let op het gaat om wat betrokkene vindt en niet wat u vindt. Zegt hij bijvoorbeeld in gesprekken met u dat hij geen problemen meer heeft en dat de behandeling overbodig is (score 1) of is juist dat hij nog wel problemen heeft en dat hij blij is met de hulp die hij de afgelopen periode van de kliniek heeft gekregen (score 5)?)*

6. Helemaal niet nodig
7. Niet bijzonder nodig
8. Enigszins nodig
9. Redelijk nodig
10. Heel erg nodig

**7. In hoeverre vindt u dat betrokkene de behandeling nog nodig heeft?**

6. Helemaal niet nodig
7. Niet bijzonder nodig
8. Enigszins nodig
9. Redelijk nodig
10. Heel erg nodig

**8. In hoeverre heeft u de betrokkene de afgelopen periode raad en advies gegeven?**

6. Helemaal geen raad & advies
7. Weinig raad & advies
8. Enigszins raad & advies
9. Veel raad & advies
10. Heel veel raad & advies

**9. In hoeverre vond u betrokkene impulsief de afgelopen periode?**

*Deed hij bijvoorbeeld dingen in een opwelling, zonder er bij na te denken zoals van het ene op het andere moment van plan veranderen, zomaar dure dingen kopen of bestellen, zomaar een afspraak met u afzeggen, etc. waardoor hij in de problemen is gekomen (score 5)*

6. Helemaal niet impulsief
7. Niet bijzonder impulsief
8. Enigszins impulsief
9. Redelijk impulsief
10. Heel erg impulsief

**10. In hoeverre vindt u dat betrokkene dingen snel verkeerd opvat waardoor u het gevoel hebt om die dingen dan maar te laten of niet te bespreken? (snel op zijn tenen getrapt, kort lontje, netwerklid moet op eieren lopen)**

6. Helemaal niet
7. Niet bijzonder
8. Enigszins
9. Redelijk
10. Heel erg

**11. Heeft u het idee dat betrokkene u of anderen in situaties heeft gemanoeuvreed of tot beslissingen heeft 'gepusht' die u of die anderen eigenlijk niet wilden of als onprettig ervoeren?**

Bijvoorbeeld: het uitspelen van mensen tegen elkaar door het één tegen u te zeggen en iets heel anders tegen iemand anders? Waardoor misschien onduidelijkheden of conflicten ontstaan zijn?

6. Helemaal niet dat idee
7. Niet bijzonder dat idee
8. Enigszins dat idee
9. Redelijk dat idee
10. Heel erg dat idee

**12. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met de normale alledaagse dingen.**

*Denk bijvoorbeeld aan zelfverzorging, hygiëne, eetgewoonten, inroepen medische hulp, etc.*

6. Helemaal niet laten zien
7. Niet bijzonder laten zien
8. Enigszins laten zien
9. Redelijk laten zien
10. Heel erg laten zien

**13. In hoeverre is betrokkene in staat om zijn financiën te regelen?**

6. Helemaal niet in staat
7. Niet bijzonder in staat
8. Enigszins in staat
9. Redelijk in staat
10. Heel goed in staat

**14. In hoeverre zou u aan de betrokkene financiële steun verlenen, wanneer hij daar om vroeg? *Bijvoorbeeld: zou u hem geld lenen voor de aanschaf van een koelkast?***

1. Helemaal geen financiële steun
2. Weinig financiële steun
6. Enigszins financiële steun
7. Veel financiële steun
8. Heel veel financiële steun

**15. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met stressvolle situaties die in het dagelijkse leven voorkomen.** Denk bijvoorbeeld aan het overlijden of verhuizen van een dierbare, problemen op het werk, brieven van schuldeisers, verlofevaluaties, verlengingsadviezen, etc?

6. Helemaal niet laten zien
7. Niet bijzonder laten zien
8. Enigszins laten zien
9. Redelijk laten zien
10. Heel erg laten zien

**16. In hoeverre vindt u dat betrokkene met mensen omgaat die een positieve invloed hebben en in hoeverre met mensen met een negatieve invloed**

1. Vrijwel allemaal mensen met negatieve invloed
2. Redelijk veel mensen met negatieve invloed
3. Evenveel mensen met positieve als met negatieve invloed
4. Redelijk veel mensen met positieve invloed
5. Vrijwel allemaal mensen met positieve invloed

A. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een negatieve invloed op hem hebben? Kunt u namen noemen? (Interviewer: vraag naar namen, liefst ook achternamen!)

B. Waar kent betrokkene deze personen van?

C. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een positieve invloed op hem hebben? Kunt u namen noemen? (Interviewer: vraag naar namen, liefst ook achternamen!)

D. Waar kent betrokkene deze personen van?

E. Gaat betrokkene nog met andere personen om, die u nu niet heeft genoemd?

**17. Is uw relatie met de personen die u net heeft genoemd de afgelopen 4 tot 6 maanden veranderd ten opzichte van de periode daarvoor?** Bijvoorbeeld: bespreken meer of juist minder, hebben vaker of minder vaak contact.

Interviewer: netwerklid kan eventueel per contactpersoon een ander antwoord geven. Dit goed noteren!

1. Beter/vaker contact ten opzichte van periode daarvoor
2. Evenveel contact ten opzichte van periode daarvoor
3. Slechter/minder vaak contact ten opzichte van periode daarvoor

**18. In hoeverre hield betrokkene zich de afgelopen periode bezig met seksualiteit op een manier waarvan u weet dat anderen dat niet goedkeuren?** Vond u dat verontrustend?

3. Helemaal niet
4. Niet bijzonder
3. Enigszins, maar niet op een verontrustende manier
4. Enigszins op een verontrustende manier
11. Regelmatig op een verontrustende manier
12. Niet van toepassing

**19. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 4 tot 6 maanden de noodzaak in van gebruik van medicatie?**

7. Helemaal niet
8. Niet bijzonder
9. Enigszins
10. Redelijk
11. Heel erg
12. Niet van toepassing

**20. In hoeverre helpt u de betrokkene bij het herinneren aan de medicatie-inname?**

1. Ik weet niet of hij medicatie gebruikt
2. Hij gebruikt geen medicatie
3. Helemaal niet herinneren, hij heeft geen medicatie nodig
4. Helemaal niet herinneren, hij gebruikt wel medicatie
5. Bijna nooit herinneren
6. Soms herinneren
7. Regelmatig herinneren
8. Vaak herinneren

**21. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 4 tot 6 maanden de noodzaak in van onthouding van middelen?** *Interviewer: het gaat erom of geïnterviewde denkt dat betrokkene de noodzaak van onthouding inziet. Als geïnterviewde opmerkt dat betrokkene geen middelen gebruikt, vraag dan door of hij/zij denkt dat het is vanwege de regels in de kliniek, of omdat betrokkene zelf echt het nut van onthouding inziet. Als geïnterviewde dat onderscheid niet weet te maken, vul je 7 in. Het is dus belangrijk om hier onderscheid te maken tussen wel/niet gebruiken en wel/niet noodzaak tot onthouding inzien.*

**Drank:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**Softdrugs:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**Harddrugs:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**Gokken:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**22. Verwacht u de komende periode zaken/gebeurtenissen die extra stress kunnen oproepen bij betrokkene?** Bijvoorbeeld afgewezen worden op verleden, status als tbs-patiënt, tegenkomen van criminele vrienden, in contact komen met eventueel slachtoffer, nabestaanden, etc.) *Interviewer: hier wordt gevraagd naar toekomstige gebeurtenissen die stressvol zouden kunnen zijn. Vraag vervolgens of geïnterviewde denkt dat de gebeurtenis ook stress zal opleveren voor betrokkene, of dat hij er mee om zal kunnen gaan. Noteer zowel toekomstige gebeurtenissen als de mate waarin betrokkene daarmee om zal kunnen gaan, volgens geïnterviewde.*

**23. Welke zaken denkt u dat de komende periode een positieve uitwerking zullen hebben op betrokkene?** Denk bijvoorbeeld aan wat de afgelopen periode volgens u een positieve invloed heeft gehad, zoals een hobby, bepaalde personen, bepaalde omgeving.

**24. Kunt u op een schaal van 1 tot 5 aangeven in hoeverre u op dit moment vertrouwen heeft in een delictvrije toekomst van betrokkene?**

6. Geen vertrouwen
7. Weinig vertrouwen
8. Enigszins vertrouwen
9. Veel vertrouwen
10. Heel veel vertrouwen

**25. Wanneer u bang bent dat de problemen van de betrokkene dusdanig zijn dat hij weer een delict zou kunnen gaan plegen, wat zou u dan doen?** *Interviewer: Eerste reactie van netwerklid noteren. Daarna pas verder vragen!*

**A. Zou u daarover met betrokkene praten?**

1. Absoluut niet
2. Waarschijnlijk niet
3. Misschien wel, misschien niet
4. Waarschijnlijk wel
5. Absoluut wel



**B. Zou u daarover met andere sociale contacten van betrokkene praten?**

1. Absoluut niet
2. Waarschijnlijk niet
3. Misschien wel, misschien niet
4. Waarschijnlijk wel
5. Absoluut wel

**C. Zou u daarover contact opnemen met de kliniek, of een andere justitiële instelling/hulpinstelling, of de politie?**

1. Absoluut niet
2. Waarschijnlijk niet
3. Misschien wel, misschien niet
4. Waarschijnlijk wel
5. Absoluut wel

**26. Is uw relatie met betrokkene in de laatste 4 tot 6 maanden veranderd ten opzichte van de periode daarvoor?** *Bijvoorbeeld: bespreken meer of juist minder, hebben vaker of minder vaak contact.*

1. Beter/vaker contact ten opzichte van periode daarvoor
2. Evenveel contact ten opzichte van periode daarvoor
3. Slechter/minder vaak contact ten opzichte van periode daarvoor

**27. Heeft u, naar uw idee, betrokkene de laatste 4 tot 6 maanden meer, minder of evenveel gesteund als de periode daarvoor?**

*Interviewer: stel deze vraag voor de verschillende soorten steun (raad en advies, praktische steun, financiële steun) Het kan zijn dat een netwerklid minder financiële steun is gaan geven, maar bijvoorbeeld meer raad en advies.*

**Raad en advies:**

1. Meer steun
2. Evenveel steun
3. Minder steun

**Praktische steun:**

1. Meer steun
2. Evenveel steun
3. Minder steun

**Financiële steun:**

1. Meer steun
2. Evenveel steun
3. Minder steun

**28. Heeft u, naar uw idee, in de afgelopen 4 tot 6 maanden meer, minder of evenveel gelet op het gedrag van betrokkene dan in de periode daarvoor?**

1. Meer gelet op gedrag dan in periode daarvoor
2. Evenveel gelet op gedrag dan in periode daarvoor
3. Minder gelet op gedrag dan in periode daarvoor

**29. Heeft u met betrokkene gesproken over dit onderzoek?**

**30. Heeft u nog tips voor ons om betrokkene de komende periode verder te helpen in zijn traject?**

**Wij hebben nu aan de hand van de interviewvragen met u enkele zaken besproken, over het contact dat u heeft met betrokkene. Zijn er nog zaken die niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel graag wilt benoemen?**

**Ik wil u heel erg bedanken voor uw tijd en moeite en als laatste wil ik u nog graag vragen hoe dit interview voor u was? Heeft u er een goed gevoel over of zijn er zaken die u minder prettig vond?**

**Nogmaals bedankt en een fijne dag verder.**

**Aantekeningen**

Vragenlijst netwerkleden tweede sessie interviews (interventiegroep)

# Forensisch Sociaal Netwerk Interview

## VERSIE TELEFONISCHE INTERVIEW NETWERKLEDEN

Interventiegroep (tweede interview)

**Naam betrokkene:** \_\_\_\_\_

**Mitsnummer:** \_\_\_\_\_

**Instelling:** \_\_\_\_\_

**Geïnterviewde:** \_\_\_\_\_

**Code geïnterviewde:** \_\_\_\_\_

**Interviewer:** \_\_\_\_\_

**Datum afname interview:** \_\_\_\_\_

**Duur afname interview:** \_\_\_\_\_

**Plaats:** \_\_\_\_\_

## Telefonische inleiding

Goedendag meneer of mevrouw NAAM ,

U spreekt met EIGEN NAAM namens de van Mesdagkliniek. Enige tijd geleden bent u benaderd met enkele vragen over BETROKKENE en diens verblijf in de Mesdagkliniek. U gaf toen aan dat we u in de zomer/het najaar van 2009 nogmaals mochten benaderen met enkele vragen over BETROKKENE. Zou ik u nu enkele vragen mogen stellen of kan ik u op een geschikter tijdstip terugbellen?

Ik wil u graag kort helpen herinneren aan het doel van dit onderzoek. Zoals u weet verblijft BETROKKENE op dit moment in de van Mesdagkliniek. Wij onderzoeken welke zaken kunnen helpen om BETROKKENE zowel tijdens zijn verloven als na zijn ontslag zo goed mogelijk weer terug te laten komen in de maatschappij. Ook onderzoeken wij wat hem helpen kan, zodat voorkomen kan worden dat hij in zijn oude gedrag zal vervallen.

Dit onderzoek wordt gedaan vanuit het EFP (expertisecentrum forensische psychiatrie) en niet vanuit de Mesdag. Ik ben niet op de hoogte van de diagnose en prognose van de BETROKKENE.

Hij weet van dit onderzoek af en heeft toestemming gegeven om u hierover te bellen. Wij vinden het belangrijk dat u weet dat alles wat in dit interview gezegd wordt, vertrouwelijk wordt behandeld.

In dit interview zal ik vragen naar uw mening over hoe het de afgelopen periode met BETROKKENE is gegaan. Het gaat ons om de afgelopen 4 tot 6 maanden (de periode sinds het vorige interview). Vervolgens zal ik vragen hoe het volgens u op dit moment gaat en hoe u de toekomst van BETROKKENE ziet. U zult merken dat veel vragen overeen komen met de vragen die u de vorige keer zijn gesteld. Door uw antwoorden van de vorige keer te vergelijken met uw antwoorden in dit interview kan worden gecontroleerd of er sindsdien veranderingen zijn opgetreden.

Dit gesprek zal ongeveer tussen 30 à 45 minuten gaan duren. Dit interview bevat een aantal open vragen, maar vooral vragen waarop u een score kunt geven van 1 t/m 5. Daarbij zullen wij u ook vragen of deze score eerder neigt naar het cijfer er boven, of juist naar beneden.

**1. Hoe vaak heeft u contact gehad met betrokkene de afgelopen 4 tot 6 maanden?**

- 17. Elke dag
- 18. Elke week
- 19. Elke twee weken
- 20. Elke maand
- 21. Elke 3 maanden
- 22. Minder vaak
- 23. Bijna nooit
- 24. Geen contact (\*)

---

**(\*Indien het antwoord "Geen contact" wordt gegeven):**

E. Weet u de reden dat u geen contact met de patiënt heeft gehad?

F. Is dit een initiatief vanuit uzelf, of vanuit de patiënt?

C. *Interviewer:* Omdat de contactpersoon geen contact heeft gehad met de patiënt in het afgelopen halfjaar, zijn de meeste van de vragen binnen dit interview niet meer van toepassing. Je hoeft daarom alleen de volgende vragen te stellen: 4, 13, 15 (algemeen met wie betrokkene om gaat), 16, 19, 24, 25, 26, 27, 28 29

---

**2. Op welke manieren was dit?**

*Let op: netwerklied mag meerdere contactwijzen benoemen.*

- 11. Persoonlijk
- 12. Schriftelijk
- 13. Telefonisch
- 14. Per computer (e-mail, chatten)
- 15. SMS

**3. Wie nam de laatste 4 tot 6 maanden gewoonlijk contact op?**

- 13. Netwerklid neemt overwegend contact op met betrokkene
- 14. Betrokkene neemt overwegend contact op met netwerklid
- 15. Er is sprake van wederzijds initiatief
- 16. Netwerklid ontmoet betrokkene eigenlijk voornamelijk via anderen

**4. Bent u op de hoogte van het terugval preventieplan (en of signaleringsplan) van betrokkene? Zo ja, kunt u dit kort benoemen?** *Interviewer: tijdens het vorige interview is uitgelegd wat een terugval preventieplan is. Het gaat er nu om of het netwerklid dit onthouden heeft. Schrijf op of het netwerklid het nog weet en leg vervolgens eventueel opnieuw uit wat het is. Ook noteren hoe het netwerklid op de uitleg reageert. Is dat met 'o ja' en kan het netwerklid je uitleg aanvullen?*

---

Deze vragen gingen over het contact dat u met betrokkene en met de kliniek hebt gehad. De volgende vragen gaan over hoe u vindt dat het de afgelopen verlofperiode met betrokkene is gegaan.

---

**5. In hoeverre vindt betrokkene voor zichzelf de behandeling nog nodig?** *(Let op het gaat om wat betrokkene vindt en niet wat u vindt. Zegt hij bijvoorbeeld in gesprekken met u dat hij geen problemen meer heeft en dat de behandeling overbodig is (score 1) of is juist dat hij nog wel problemen heeft en dat hij blij is met de hulp die hij de afgelopen periode van de kliniek heeft gekregen (score 5)?*

11. Helemaal niet nodig
12. Niet bijzonder nodig
13. Enigszins nodig
14. Redelijk nodig
15. Heel erg nodig

**6. In hoeverre vindt u dat betrokkene de behandeling nog nodig heeft?**

11. Helemaal niet nodig
12. Niet bijzonder nodig
13. Enigszins nodig
14. Redelijk nodig
15. Heel erg nodig

**7. In hoeverre heeft u de betrokkene de afgelopen periode raad en advies gegeven?**

11. Helemaal geen raad & advies
12. Weinig raad & advies
13. Enigszins raad & advies
14. Veel raad & advies
15. Heel veel raad & advies

**8. In hoeverre vond u betrokkene impulsief de afgelopen periode?**

*Deed hij bijvoorbeeld dingen in een opwelling, zonder er bij na te denken zoals van het ene op het andere moment van plan veranderen, zomaar dure dingen kopen of bestellen, zomaar een afspraak met u afzeggen, etc. waardoor hij in de problemen is gekomen (score 5)*

11. Helemaal niet impulsief
12. Niet bijzonder impulsief
13. Enigszins impulsief
14. Redelijk impulsief
15. Heel erg impulsief

**9. In hoeverre vindt u dat betrokkene dingen snel verkeerd opvat waardoor u het gevoel hebt om die dingen dan maar te laten of niet te bespreken?** *(snel op zijn tenen getrapt, kort lontje, netwerklied moet op eieren lopen)*

11. Helemaal niet
12. Niet bijzonder
13. Enigszins
14. Redelijk
15. Heel erg

**10. Heeft u het idee dat betrokkene u of anderen in situaties heeft gemanoeuvreed of tot beslissingen heeft 'gepusht' die u of die anderen eigenlijk niet wilden of als onprettig ervoeren?**

*Bijvoorbeeld: het uitspelen van mensen tegen elkaar door het één tegen u te zeggen en iets heel anders tegen iemand anders? Waardoor misschien onduidelijkheden of conflicten ontstaan zijn?*

11. Helemaal niet dat idee
12. Niet bijzonder dat idee
13. Enigszins dat idee
14. Redelijk dat idee
15. Heel erg dat idee

**11. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met de normale alledaagse dingen.**

*Denk bijvoorbeeld aan zelfverzorging, hygiëne, eetgewoonten, inroepen medische hulp, etc.*

11. Helemaal niet laten zien
12. Niet bijzonder laten zien
13. Enigszins laten zien
14. Redelijk laten zien
15. Heel erg laten zien

**12. In hoeverre is betrokkene in staat om zijn financiën te regelen?**

11. Helemaal niet in staat
12. Niet bijzonder in staat
13. Enigszins in staat
14. Redelijk in staat
15. Heel goed in staat

**13. In hoeverre zou u aan de betrokkene financiële steun verlenen, wanneer hij daar om vroeg?** *Bijvoorbeeld: zou u hem geld lenen voor de aanschaf van een koelkast?*

1. Helemaal geen financiële steun
2. Weinig financiële steun
9. Enigszins financiële steun
10. Veel financiële steun
11. Heel veel financiële steun

**14. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met stressvolle situaties die in het dagelijkse leven voorkomen.** Denk bijvoorbeeld aan het overlijden of verhuizen van een dierbare, problemen op het werk, brieven van schuldeisers, verlofevaluaties, verlengingsadviezen, etc?

11. Helemaal niet laten zien
12. Niet bijzonder laten zien
13. Enigszins laten zien
14. Redelijk laten zien
15. Heel erg laten zien

**15. In hoeverre vindt u dat betrokkene met mensen omgaat die een positieve invloed hebben en in hoeverre met mensen met een negatieve invloed**

1. Vrijwel allemaal mensen met negatieve invloed
2. Redelijk veel mensen met negatieve invloed
3. Evenveel mensen met positieve als met negatieve invloed
4. Redelijk veel mensen met positieve invloed
5. Vrijwel allemaal mensen met positieve invloed

*A. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een negatieve invloed op hem hebben? Kunt u namen noemen? (Interviewer: vraag naar namen, liefst ook achternamen!)*

*B. Waar kent betrokkene deze personen van?*



C. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een positieve invloed op hem hebben? Kunt u namen noemen? (Interviewer: vraag naar namen, liefst ook achternamen!)

D. Waar kent betrokkene deze personen van?

E. Gaat betrokkene nog met andere personen om, die u nu niet heeft genoemd?

**16. Is uw relatie met de personen die u net heeft genoemd de afgelopen 4 tot 6 maanden veranderd ten opzichte van de periode daarvoor?** *Bijvoorbeeld: bespreken meer of juist minder, hebben vaker of minder vaak contact.*

Interviewer: netwerklid kan eventueel per contactpersoon een ander antwoord geven. Dit goed noteren!

1. Beter/vaker contact ten opzichte van periode daarvoor
2. Evenveel contact ten opzichte van periode daarvoor
3. Slechter/minder vaak contact ten opzichte van periode daarvoor

**17. In hoeverre hield betrokkene zich de afgelopen periode bezig met seksualiteit op een manier waarvan u weet dat anderen dat niet goedkeuren?** *Vond u dat verontrustend?*

5. Helemaal niet
6. Niet bijzonder
3. Enigszins, maar niet op een verontrustende manier
4. Enigszins op een verontrustende manier
17. Regelmatig op een verontrustende manier
18. Niet van toepassing

**18. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 4 tot 6 maanden de noodzaak in van gebruik van medicatie?**

13. Helemaal niet
14. Niet bijzonder
15. Enigszins
16. Redelijk
17. Heel erg
18. Niet van toepassing

**19. In hoeverre helpt u de betrokkene bij het herinneren aan de medicatie-inname?**

1. Ik weet niet of hij medicatie gebruikt
2. Hij gebruikt geen medicatie
3. Helemaal niet herinneren, hij heeft geen medicatie nodig
4. Helemaal niet herinneren, hij gebruikt wel medicatie
5. Bijna nooit herinneren
6. Soms herinneren
7. Regelmatig herinneren
8. Vaak herinneren

**20. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 4 tot 6 maanden de noodzaak in van onthouding van middelen?** *Interviewer: het gaat erom of geïnterviewde denkt dat betrokkene de noodzaak van onthouding inziet. Als geïnterviewde opmerkt dat betrokkene geen middelen gebruikt, vraag dan door of hij/zij denkt dat het is vanwege de regels in de kliniek, of omdat betrokkene zelf echt het nut van onthouding inziet. Als geïnterviewde dat onderscheid niet weet te maken, vul je 7 in. Het is dus belangrijk om hier onderscheid te maken tussen wel/niet gebruiken en wel/niet noodzaak tot onthouding inzien.*

**Drank:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**Softdrugs:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**Harddrugs:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**Gokken:**

1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder
3. Enigszins
4. Redelijk
5. Heel erg
6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet

**21. Verwacht u de komende periode zaken/gebeurtenissen die extra stress kunnen oproepen bij betrokkene?** Bijvoorbeeld afgewezen worden op verleden, status als tbs-patiënt, tegenkomen van criminele vrienden, in contact komen met eventueel slachtoffer, nabestaanden, etc.) *Interviewer: hier wordt gevraagd naar toekomstige gebeurtenissen die stressvol zouden kunnen zijn. Vraag vervolgens of geïnterviewde denkt dat de gebeurtenis ook stress zal opleveren voor betrokkene, of dat hij er mee om zal kunnen gaan. Noteer zowel toekomstige gebeurtenissen als de mate waarin betrokkene daarmee om zal kunnen gaan, volgens geïnterviewde.*

**22. Welke zaken denkt u dat de komende periode een positieve uitwerking zullen hebben op betrokkene?** Denk bijvoorbeeld aan wat de afgelopen periode volgens u een positieve invloed heeft gehad, zoals een hobby, bepaalde personen, bepaalde omgeving.

**23. Kunt u op een schaal van 1 tot 5 aangeven in hoeverre u op dit moment vertrouwen heeft in een delictvrije toekomst van betrokkene?**

11. Geen vertrouwen
12. Weinig vertrouwen
13. Enigszins vertrouwen
14. Veel vertrouwen
15. Heel veel vertrouwen

**24. Wanneer u bang bent dat de problemen van de betrokkene dusdanig zijn dat hij weer een delict zou kunnen gaan plegen, wat zou u dan doen?** Interviewer: Eerste reactie van netwerklid noteren. Daarna pas de vragen A, B en C stellen!

**A. Zou u daarover met betrokkene praten?**

1. Absoluut niet
2. Waarschijnlijk niet
3. Misschien wel, misschien niet
4. Waarschijnlijk wel
5. Absoluut wel

**B. Zou u daarover met andere sociale contacten van betrokkene praten?**

1. Absoluut niet
2. Waarschijnlijk niet
3. Misschien wel, misschien niet
4. Waarschijnlijk wel
5. Absoluut wel

**C. Zou u daarover contact opnemen met de kliniek, of een andere justitiële instelling/hulpinstelling, of de politie?**

1. Absoluut niet
2. Waarschijnlijk niet
3. Misschien wel, misschien niet
4. Waarschijnlijk wel
5. Absoluut wel

**25. Is uw relatie met betrokkene in de laatste 4 tot 6 maanden veranderd ten opzichte van de periode daarvoor? Bijvoorbeeld: bespreken meer of juist minder, hebben vaker of minder vaak contact.**

1. Beter/vaker contact ten opzichte van periode daarvoor
2. Evenveel contact ten opzichte van periode daarvoor
3. Slechter/minder vaak contact ten opzichte van periode daarvoor

**26. Heeft u, naar uw idee, betrokkene de laatste 4 tot 6 maanden meer, minder of evenveel gesteund als de periode daarvoor?**

*Interviewer: stel deze vraag voor de verschillende soorten steun (raad en advies, praktische steun, financiële steun) Het kan zijn dat een netwerklid minder financiële steun is gaan geven, maar bijvoorbeeld meer raad en advies.*

**Raad en advies:**

1. Meer steun
2. Evenveel steun
3. Minder steun

**Praktische steun:**

1. Meer steun
2. Evenveel steun
3. Minder steun

**Financiële steun:**

1. Meer steun
2. Evenveel steun
3. Minder steun

**27. Heeft u, naar uw idee, in de afgelopen 4 tot 6 maanden meer, minder of evenveel gelet op het gedrag van betrokkene dan in de periode daarvoor?**

1. Meer gelet op gedrag dan in periode daarvoor
2. Evenveel gelet op gedrag dan in periode daarvoor
3. Minder gelet op gedrag dan in periode daarvoor

**TOT SLOT**

**28. Vond u het deze keer makkelijker of moeilijker dan de vorige keer om de vragen over betrokkene te beantwoorden?**

1. Moeilijker
2. Makkelijker
3. Hetzelfde

Toelichting:

**29. Heeft u met betrokkene gesproken over dit onderzoek?**

**30. Heeft u nog tips voor ons om betrokkene de komende periode verder te helpen in zijn traject?**

**Wij hebben nu aan de hand van de interviewvragen met u enkele zaken besproken, over het contact dat u heeft met betrokkene. Zijn er nog zaken die niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel graag wilt benoemen?**

**Ik wil u heel erg bedanken voor uw tijd en moeite en als laatste wil ik u nog graag vragen hoe dit interview voor u was? Heeft u er een goed gevoel over of zijn er zaken die u minder prettig vond?**

**Nogmaals bedankt en een fijne dag verder.**

**Aantekeningen**

# Forensische Sociale Netwerk Analyse

## VERSIE VRAGENLIJST MEDEWERKERS

**Naam betrokkene:** \_\_\_\_\_

**Mitsnummer:** \_\_\_\_\_

**Instelling:** \_\_\_\_\_

**Medewerker:** \_\_\_\_\_

**Datum invullen vragenlijst:** \_\_\_\_\_

**Duur invullen vragenlijst:** \_\_\_\_\_

## Inleiding

Beste heer/mevrouw,

Voor u ligt een vragenlijst, die deel uit maakt van het FSNA-onderzoek. In deze vragenlijst wordt u gevraagd naar het gedrag en het sociale contact van een bepaalde patiënt, aangeduid met 'betrokkene.'

Het doel van deze vragenlijst is, om zicht te krijgen op het gedrag en de sociale contacten van de patiënt. U bent benaderd voor het invullen van de vragenlijst, omdat u vanuit uw functie goed zicht heeft op het gedrag van de patiënt.

Uw observaties van het gedrag van de patiënt, zullen worden vergeleken met de observaties van de sociale contacten van de patiënt. Zo hopen we in kaart te brengen dat de patiënt zich binnen het zicht van de kliniek hetzelfde gedraagt als buiten het zicht van de kliniek.

Als u nog vragen of opmerkingen heeft over deze vragenlijst, kunt u contact opnemen met Eveline Hoeben (**tel. nr.**, of **e-mail**).

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eveline Hoeben  
Marinus Spreen

**Bij het invullen van onderstaande vragen, zou het prettig zijn wanneer u de volgende wijze van antwoorden aanhoudt:**

- **Het omcirkelen van de antwoordcategorie die het meest in de buurt komt.**
- **Het plaatsen van een kruisje bij een andere antwoordcategorie, om het omcirkelde antwoord te nuanceren.**

Bijvoorbeeld:

Vraag:

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden contact gehad met betrokkene?

25. Elke dag
26. Elke week
27. Elke twee weken
28. Elke maand
29. Eénmaal in de afgelopen 3 maanden

Antwoord op bovenstaande vraag:

Wanneer u over het algemeen één keer per week contact heeft met betrokkene, maar in sommige gevallen vaker, zou uw antwoord als volgt worden aangegeven:

1. Elke dag
2. Elke week
3. Elke twee weken
4. Elke maand
5. Eénmaal in de afgelopen 3 maanden

**Als het ingevulde antwoord naar uw mening geen nuancering behoeft (het is dát antwoord, niet meer of minder), dan kunt u ook het kruisje voor het rondje plaatsen.**



*Eerst willen we u een aantal vragen over het gedrag van de betrokkene voorleggen:*

**1. In hoeverre vindt betrokkene voor zichzelf de behandeling cq begeleiding nog nodig?** *(Let op: het gaat om wat betrokkene vindt en niet wat u vindt. Zegt hij bijvoorbeeld in gesprekken met u dat hij geen problemen meer heeft en dat de behandeling overbodig is (score 1) of is juist dat hij nog wel problemen heeft en dat hij blij is met de hulp die hij de afgelopen periode van de kliniek heeft gekregen (score 5)?)*

16. Helemaal niet nodig
17. Niet bijzonder nodig
18. Enigszins nodig
19. Redelijk nodig
20. Heel erg nodig

Eventuele toelichting:

**2. In hoeverre vindt u dat betrokkene de behandeling cq begeleiding nog nodig heeft?**

16. Helemaal niet nodig
17. Niet bijzonder nodig
18. Enigszins nodig
19. Redelijk nodig
20. Heel erg nodig

Eventuele toelichting:

**3. In hoeverre vond u betrokkene impulsief de afgelopen periode?**

*Deed hij bijvoorbeeld dingen in een opwelling, zonder er bij na te denken zoals van het ene op het andere moment van plan veranderen, zomaar dure dingen kopen of bestellen, zomaar een afspraak met u afzeggen, waardoor hij in de problemen is gekomen, etc. (score 5)*

16. Helemaal niet impulsief
17. Niet bijzonder impulsief
18. Enigszins impulsief
19. Redelijk impulsief
20. Heel erg impulsief

Eventuele toelichting:

**4. In hoeverre vindt u dat betrokkene dingen snel verkeerd opvat?**

*(voorbeelden: betrokkene is snel op zijn tenen getrapt, heeft een kort lontje, netwerkleden en/of personeel moet op eieren lopen)*

- 16. Helemaal niet
- 17. Niet bijzonder
- 18. Enigszins
- 19. Redelijk
- 20. Heel erg

Eventuele toelichting:

**5. Hebt u het idee dat betrokkene u of anderen in situaties heeft gemanoeuvreed of tot beslissingen heeft 'gepusht' die u of die anderen eigenlijk niet wilden of als onprettig ervoeren?**

*Bijvoorbeeld: het uitspelen van mensen tegen elkaar door het één tegen u te zeggen en iets heel anders tegen iemand anders? Waardoor misschien onduidelijkheden of conflicten ontstaan zijn?*

- 16. Helemaal niet dat idee
- 17. Niet bijzonder dat idee
- 18. Enigszins dat idee
- 19. Redelijk dat idee
- 20. Heel erg dat idee

Eventuele toelichting:

**6. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met de normale alledaagse dingen?**

*Denk bijvoorbeeld aan zelfverzorging, hygiëne, eetgewoonten, inroepen medische hulp, etc.*

- 16. Helemaal niet laten zien
- 17. Niet bijzonder laten zien
- 18. Enigszins laten zien
- 19. Redelijk laten zien
- 20. Heel erg laten zien

Eventuele toelichting:

**7. In hoeverre is betrokkene in staat om zijn financiën zelfstandig te regelen?**

- 16. Helemaal niet in staat
- 17. Niet bijzonder in staat
- 18. Enigszins in staat
- 19. Redelijk in staat
- 20. Heel goed in staat

Eventuele toelichting:

**8. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode heeft laten zien om te kunnen gaan met stressvolle situaties die in het dagelijkse leven voorkomen?** *Denk bijvoorbeeld aan problemen op het werk, brieven van schuldeisers, verlofevaluaties, verlengingsadviezen, het overlijden of verhuizen van een dierbare, etc?*

16. Helemaal niet laten zien
17. Niet bijzonder laten zien
18. Enigszins laten zien
19. Redelijk laten zien
20. Heel erg laten zien

Eventuele toelichting:

**9. In hoeverre hield betrokkene zich de afgelopen periode bezig met seksualiteit op een manier waarvan u weet dat anderen dat niet goedkeuren?** *Vond u dat verontrustend?*

7. Helemaal niet
8. Niet bijzonder
3. Enigszins, maar niet op een verontrustende manier
4. Enigszins op een verontrustende manier
5. Regelmatig op een verontrustende manier
6. Niet van toepassing

Eventuele toelichting:

**10. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 6 maanden de noodzaak in van gebruik van medicatie?**

19. Helemaal niet
20. Niet bijzonder
21. Enigszins
22. Redelijk
23. Heel erg
24. Niet van toepassing

Eventuele toelichting:

**11. In hoeverre helpt u (of anderen in de kliniek) de betrokkene bij het herinneren aan de medicatie-inname?**

1. Helemaal niet herinneren, hij gebruikt geen medicatie
2. Bijna nooit herinneren
3. Soms herinneren
4. Regelmatig herinneren
5. Vaak herinneren

Eventuele toelichting:

**12. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 6 maanden de noodzaak in van onthouding van middelen?**

<b>Drank:</b>	<b>Softdrugs:</b>	<b>Harddrugs:</b>	<b>Gokken:</b>
1. Helemaal niet	1. Helemaal niet	1. Helemaal niet	1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder	2. Niet bijzonder	2. Niet bijzonder	2. Niet bijzonder
3. Enigszins	3. Enigszins	3. Enigszins	3. Enigszins
4. Redelijk	4. Redelijk	4. Redelijk	4. Redelijk
5. Heel erg	5. Heel erg	5. Heel erg	5. Heel erg
6. N.v.t.	6. N.v.t.	6. N.v.t.	6. N.v.t.

Eventuele toelichting:

**13. Verwacht u de komende periode zaken/gebeurtenissen die extra stress kunnen oproepen bij betrokkene?** Bijvoorbeeld afgewezen worden op verleden, status als tbs-patiënt, tegenkomen van criminele vrienden, in contact komen met eventueel slachtoffer, nabestaanden, etc.

**14. Welke zaken denkt u dat de komende periode een positieve uitwerking zullen hebben op betrokkene?** Denk bijvoorbeeld aan wat de afgelopen periode volgens u een positieve invloed heeft gehad, zoals een hobby, bepaalde personen, bepaalde woon- en/of werkomgeving.

**15. Kunt u op een schaal van 1 tot 5 aangeven in hoeverre u op dit moment vertrouwen heeft in een delictvrije toekomst van betrokkene?**

16. Geen vertrouwen
17. Weinig vertrouwen
18. Enigszins vertrouwen
19. Veel vertrouwen
20. Heel veel vertrouwen

Eventuele toelichting:

*Dan willen we u nu enkele vragen voorleggen over de sociale contacten van de betrokkene:*

**16. In hoeverre vindt u dat betrokkene (zowel binnen als buiten de kliniek) met mensen omgaat die een positieve invloed hebben en in hoeverre met mensen met een negatieve invloed?** *Hierbij gaat het vooral om de invloed van vrienden, familie, kennissen (etc.) en medebewoners. We gaan ervan uit dat hulpverleners altijd een positieve invloed hebben op betrokkene.*

1. Vrijwel allemaal mensen met negatieve invloed
2. Redelijk veel mensen met negatieve invloed
3. Evenveel mensen met positieve als met negatieve invloed
4. Redelijk veel mensen met positieve invloed
5. Vrijwel allemaal mensen met positieve invloed
6. Weet ik niet
7. Niet van toepassing, toelichting:

Eventuele toelichting:

**16A. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een negatieve invloed op hem hebben?** *Kunt u namen noemen? Waar kent betrokkene deze personen van?*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- ....
- ....

**16B. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een positieve invloed op hem hebben?** *Kunt u namen noemen? Waar kent betrokkene deze personen van? (Hierbij gaat het vooral om de invloed van vrienden, familie, kennissen (etc.) en medebewoners. We gaan ervan uit dat hulpverleners altijd een positieve invloed hebben op betrokkene.)*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- ....
- ....

**17. Welke personen zijn in de afgelopen drie maanden bij betrokkene op bezoek geweest? Kunt u per persoon aangeven met welke frequentie ze op bezoek zijn geweest bij betrokkene (dagelijks, wekelijks, één keer per 2 weken, maandelijks, of één keer in de afgelopen drie maanden)?**

<b>Naam persoon</b>	<b>Frequentie van bezoek</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Niet van toepassing: niemand is bij betrokkene op bezoek geweest in de afgelopen 3 maanden.

**18. Welke personen hebben in de afgelopen drie maanden telefonisch contact opgenomen met betrokkene? Kunt u per persoon aangeven met welke frequentie ze telefonisch contact hebben opgenomen met betrokkene (dagelijks, wekelijks, één keer per 2 weken, maandelijks, of één keer in de afgelopen drie maanden)?**

<b>Naam persoon</b>	<b>Frequentie van telefonisch contact</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Niet van toepassing: niemand heeft in de afgelopen 3 maanden telefonisch contact opgenomen met betrokkene

Ik heb daar weinig/geen zicht op, betrokkene heeft een mobieltje/andere reden:

**19. Heeft betrokkene nog andere sociale contacten, die u nu nog niet heeft genoemd?** *Bijvoorbeeld contacten naar wie betrokkene op bezoek gaat, waarmee betrokkene telefonisch contact opneemt, of personen waarmee betrokkene minder vaak dan eens per drie maanden contact heeft?*

**20. A. Van de personen die u hiervoor hebt genoemd, welke personen hebben veel tot heel veel belangstelling voor betrokkene?**

**20. B. Van de personen die u hiervoor hebt genoemd, welke personen hebben matig tot redelijk belangstelling voor betrokkene?**

**20. C. Van de personen die u hiervoor hebt genoemd, welke personen hebben weinig tot geen belangstelling voor betrokkene?**

**21. Zijn u in de afgelopen 3 maanden nog dingen opgevallen over het contact dat betrokkene heeft met zijn sociale netwerk? Zijn er veranderingen geweest in het sociale netwerk?** *Bijvoorbeeld doordat personen het contact hebben verbroken, doordat betrokkene nieuwe contacten heeft gelegd, of doordat contacten hechter of minder hecht zijn geworden?*

*De volgende vragen zijn alleen van toepassing als er een interview is afgenomen bij betrokkene. Bij betrokkene is wel/geen interview afgenomen.*

**22. 1. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 1)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**22. 2. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 2)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**22. 3. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 3)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**22. 4. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 4)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:



**22. 5. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 5)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**22. 6. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 6)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**22. 7. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 7)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**22. 8. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....  
(contactpersoon 8)?**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**Zijn er nog zaken over het gedrag en de sociale contacten van de betrokkene, die in de voorgaande vragen niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel graag wilt benoemen?**

**Wij zouden u graag in de zomer van 2009 nog wat vragen voorleggen over betrokkene. Zouden we u dan opnieuw mogen benaderen?**

1. Ja
2. Nee, toelichting:

**Hartelijk bedankt voor de tijd en moeite die u hebt gestoken in het invullen van de vragenlijst!**

Vragenlijst mentoren tweede sessie interviews

# Forensische Sociale Netwerk Analyse

## VERSIE VRAGENLIJST MEDEWERKERS

Tweede meting

**Naam betrokkene:**

---

**Mitsnummer:**

---

**Instelling:**

---

**Medewerker:**

---

**Datum invullen vragenlijst:**

---

**Duur invullen vragenlijst:**

---

## Inleiding

Beste heer/mevrouw,

Voor u ligt een vragenlijst, die deel uit maakt van het FSNA-onderzoek. Enkele maanden geleden heeft u ook een vragenlijst ingevuld voor dit onderzoek. U zult merken dat deze vragenlijst vergelijkbaar is met de vorige vragenlijst. De bedoeling is dan ook om uw vorige antwoorden naast de huidige antwoorden te leggen ter vergelijking.

In deze vragenlijst wordt u gevraagd naar het gedrag en het sociale contact van een bepaalde patiënt, aangeduid met 'betrokkene.' Het doel van deze vragenlijst is, om zicht te krijgen op het gedrag en de sociale contacten van de patiënt. U bent benaderd voor het invullen van de vragenlijst, omdat u vanuit uw functie goed zicht heeft op het gedrag van de patiënt.

Uw observaties van het gedrag van de patiënt, zullen worden vergeleken met de observaties van de sociale contacten van de patiënt. Zo hopen we in kaart te brengen dat de patiënt zich binnen het zicht van de kliniek hetzelfde gedraagt als buiten het zicht van de kliniek.

Als u nog vragen of opmerkingen heeft over deze vragenlijst, kunt u contact opnemen met Eveline Hoeben (**tel. nr.** , of **e-mail**).

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Eveline Hoeben  
Marinus Spreen

**Bij het invullen van onderstaande vragen, zou het prettig zijn wanneer u de volgende wijze van antwoorden aanhoudt:**

- **Het omcirkelen van de antwoordcategorie die het meest in de buurt komt.**
- **Het plaatsen van een kruisje bij een andere antwoordcategorie, om het omcirkelde antwoord te nuanceren.**

Bijvoorbeeld:

Vraag:

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 3 maanden contact gehad met betrokkene?

30. Elke dag
31. Elke week
32. Elke twee weken
33. Elke maand
34. Eénmaal in de afgelopen 3 maanden

Antwoord op bovenstaande vraag:

Wanneer u over het algemeen één keer per week contact heeft met betrokkene, maar in sommige gevallen vaker, zou uw antwoord als volgt worden aangegeven:

6. Elke dag
7. Elke week
8. Elke twee weken
9. Elke maand
10. Eénmaal in de afgelopen 3 maanden

**Als het ingevulde antwoord naar uw mening geen nuancering behoeft (het is dát antwoord, niet meer of minder), dan kunt u ook het kruisje voor het rondje plaatsen.**

*Eerst willen we u een aantal vragen over het gedrag van de betrokkene voorleggen:*

**1. In hoeverre vindt betrokkene voor zichzelf de behandeling cq begeleiding nog nodig?** *(Let op: het gaat om wat betrokkene vindt en niet wat u vindt. Zegt hij bijvoorbeeld in gesprekken met u dat hij geen problemen meer heeft en dat de behandeling overbodig is (score 1) of is juist dat hij nog wel problemen heeft en dat hij blij is met de hulp die hij de afgelopen periode van de kliniek heeft gekregen (score 5)?)*

21. Helemaal niet nodig
22. Niet bijzonder nodig
23. Enigszins nodig
24. Redelijk nodig
25. Heel erg nodig

Eventuele toelichting:

**2. In hoeverre vindt u dat betrokkene de behandeling cq begeleiding nog nodig heeft?**

21. Helemaal niet nodig
22. Niet bijzonder nodig
23. Enigszins nodig
24. Redelijk nodig
25. Heel erg nodig

Eventuele toelichting:

**3. In hoeverre vond u betrokkene impulsief de afgelopen periode (6 maanden)?** *Deed hij bijvoorbeeld dingen in een opwelling, zonder er bij na te denken zoals van het ene op het andere moment van plan veranderen, zomaar dure dingen kopen of bestellen, zomaar een afspraak met u afzeggen, waardoor hij in de problemen is gekomen, etc. (score 5)*

21. Helemaal niet impulsief
22. Niet bijzonder impulsief
23. Enigszins impulsief
24. Redelijk impulsief
25. Heel erg impulsief

Eventuele toelichting:

**4. In hoeverre vindt u dat betrokkene dingen snel verkeerd opvat?**

*(voorbeelden: betrokkene is snel op zijn tenen getrapt, heeft een kort lontje, netwerkleden en/of personeel moet op eieren lopen)*

21. Helemaal niet
22. Niet bijzonder
23. Enigszins
24. Redelijk
25. Heel erg

Eventuele toelichting:

**5. Hebt u het idee dat betrokkene u of anderen in situaties heeft gemanoeuvreed of tot beslissingen heeft 'gepusht' die u of die anderen eigenlijk niet wilden of als onprettig ervoeren?**

*Bijvoorbeeld: het uitspelen van mensen tegen elkaar door het één tegen u te zeggen en iets heel anders tegen iemand anders? Waardoor misschien onduidelijkheden of conflicten ontstaan zijn?*

21. Helemaal niet dat idee
22. Niet bijzonder dat idee
23. Enigszins dat idee
24. Redelijk dat idee
25. Heel erg dat idee

Eventuele toelichting:

**6. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode (6 maanden) heeft laten zien om te kunnen gaan met de normale alledaagse dingen? Denk bijvoorbeeld aan zelfverzorging, hygiëne, eetgewoonten, inroepen medische hulp, etc.**

21. Helemaal niet laten zien
22. Niet bijzonder laten zien
23. Enigszins laten zien
24. Redelijk laten zien
25. Heel erg laten zien

Eventuele toelichting:

**7. In hoeverre is betrokkene in staat om zijn financiën zelfstandig te regelen?**

21. Helemaal niet in staat
22. Niet bijzonder in staat
23. Enigszins in staat
24. Redelijk in staat
25. Heel goed in staat

Eventuele toelichting:

**8. In hoeverre vindt u dat betrokkene de afgelopen periode (6 maanden) heeft laten zien om te kunnen gaan met stressvolle situaties die in het dagelijkse leven voorkomen?** *Denk bijvoorbeeld aan problemen op het werk, brieven van schuldeisers, verlofevaluaties, verlengingsadviezen, het overlijden of verhuizen van een dierbare, etc?*

21. Helemaal niet laten zien
22. Niet bijzonder laten zien
23. Enigszins laten zien
24. Redelijk laten zien
25. Heel erg laten zien

Eventuele toelichting:

**9. In hoeverre hield betrokkene zich de afgelopen periode (6 maanden) bezig met seksualiteit op een manier waarvan u weet dat anderen dat niet goedkeuren?** *Vond u dat verontrustend?*

9. Helemaal niet
10. Niet bijzonder
3. Enigszins, maar niet op een verontrustende manier
4. Enigszins op een verontrustende manier
5. Regelmatig op een verontrustende manier
6. Niet van toepassing

Eventuele toelichting:

**10. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 6 maanden de noodzaak in van gebruik van medicatie?**

25. Helemaal niet
26. Niet bijzonder
27. Enigszins
28. Redelijk
29. Heel erg
30. Niet van toepassing

Eventuele toelichting:

**11. In hoeverre helpt u (of anderen in de kliniek) de betrokkene bij het herinneren aan de medicatie-inname?**

1. Helemaal niet herinneren, hij gebruikt geen medicatie
2. Bijna nooit herinneren
3. Soms herinneren
4. Regelmatig herinneren
5. Vaak herinneren

Eventuele toelichting:



**12. In hoeverre zag betrokkene de afgelopen 6 maanden de noodzaak in van onthouding van middelen?** *Het gaat er hierbij om of u denkt dat betrokkene de noodzaak van onthouding inziet. Als betrokkene geen middelen gebruikt, is dat dan vanwege de regels in de kliniek, of omdat betrokkene zelf echt het nut van onthouding inziet? Als u het moeilijk vindt de interne motivatie van betrokkene in te schatten, maar controles hebben uitgewezen dat betrokkene niet gebruikt, kunt u antwoord 7 invullen.*

<b>Drank:</b>	<b>Softdrugs:</b>	<b>Harddrugs:</b>	<b>Gokken:</b>
1. Helemaal niet	1. Helemaal niet	1. Helemaal niet	1. Helemaal niet
2. Niet bijzonder	2. Niet bijzonder	2. Niet bijzonder	2. Niet bijzonder
3. Enigszins	3. Enigszins	3. Enigszins	3. Enigszins
4. Redelijk	4. Redelijk	4. Redelijk	4. Redelijk
5. Heel erg	5. Heel erg	5. Heel erg	5. Heel erg
6. N.v.t.	6. N.v.t.	6. N.v.t.	6. N.v.t.
7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet	7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet	7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet	7. Weet niet of betrokkene noodzaak inziet, maar hij gebruikt niet
Eventuele toelichting:			

**13. Verwacht u de komende periode zaken/gebeurtenissen die extra stress kunnen oproepen bij betrokkene?** *Bijvoorbeeld afgewezen worden op verleden, status als tbs-patiënt, tegenkomen van criminele vrienden, in contact komen met eventueel slachtoffer, nabestaanden, etc.*  
*Het gaat hier om toekomstige gebeurtenissen die stressvol zouden kunnen zijn. Wilt u ook aangeven of u denkt dat betrokkene met deze mogelijke stressfactoren om zal kunnen gaan?*

**14. Welke zaken denkt u dat de komende periode een positieve uitwerking zullen hebben op betrokkene?** Denk bijvoorbeeld aan wat de afgelopen periode volgens u een positieve invloed heeft gehad, zoals een hobby, bepaalde personen, bepaalde woon- en/of werkomgeving.

**15. Kunt u op een schaal van 1 tot 5 aangeven in hoeverre u op dit moment vertrouwen heeft in een delictvrije toekomst van betrokkene?**

21. Geen vertrouwen
22. Weinig vertrouwen
23. Enigszins vertrouwen
24. Veel vertrouwen
25. Heel veel vertrouwen

Eventuele toelichting:

**16. Hebben er in de afgelopen 4 tot 6 maanden veranderingen plaatsgevonden in het gedrag van de patiënt?**

1. Nee
2. Ja, namelijk:

**17. Heeft u, naar uw idee, in de afgelopen 4 tot 6 maanden meer, minder of evenveel gelet op het gedrag van betrokkene dan in de periode daarvoor?**

1. Meer gelet op gedrag dan in periode daarvoor
2. Evenveel gelet op gedrag dan in periode daarvoor
3. Minder gelet op gedrag dan in periode daarvoor

*Eventuele toelichting:*

**18. Is uw relatie met betrokkene in de laatste 4 tot 6 maanden veranderd ten opzichte van de periode daarvoor?** *Bijvoorbeeld: bespreken meer of juist minder, hebben vaker of minder vaak contact.*

1. Beter/vaker contact ten opzichte van periode daarvoor
2. Evenveel contact ten opzichte van periode daarvoor
3. Slechter/minder vaak contact ten opzichte van periode daarvoor

*Eventuele toelichting:*

*Dan willen we u nu enkele vragen voorleggen over de sociale contacten van de betrokkene:*

**19. In hoeverre vindt u dat betrokkene (zowel binnen als buiten de kliniek) met mensen omgaat die een positieve invloed hebben en in hoeverre met mensen met een negatieve invloed?** *Hierbij gaat het vooral om de invloed van vrienden, familie, kennissen (etc.) en medebewoners. We gaan ervan uit dat hulpverleners altijd een positieve invloed hebben op betrokkene.*

1. Vrijwel allemaal mensen met negatieve invloed
2. Redelijk veel mensen met negatieve invloed
3. Evenveel mensen met positieve als met negatieve invloed
4. Redelijk veel mensen met positieve invloed
5. Vrijwel allemaal mensen met positieve invloed
6. Weet ik niet
7. Niet van toepassing, toelichting:

*Eventuele toelichting:*

**20 A. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een negatieve invloed op hem hebben?** *Kunt u namen noemen?*

**20 B. Waar kent betrokkene deze personen van?**

**20 C. Met welke mensen gaat betrokkene om, die volgens u een positieve invloed op hem hebben? Kunt u namen noemen?**

**20 D. Waar kent betrokkene deze personen van?**

**20 E. Gaat betrokkene nog met andere personen om, waarvan u niet weet of ze een positieve of negatieve invloed op hem hebben?**

**21. Welke personen zijn in de afgelopen drie maanden bij betrokkene op bezoek geweest? Kunt u per persoon aangeven met welke frequentie ze op bezoek zijn geweest bij betrokkene (dagelijks, wekelijks, één keer per 2 weken, maandelijks, of één keer in de afgelopen drie maanden)?**

<b>Naam persoon</b>	<b>Frequentie van bezoek</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Niet van toepassing: niemand is bij betrokkene op bezoek geweest in de afgelopen 3 maanden.

**22. Welke personen hebben in de afgelopen drie maanden telefonisch contact opgenomen met betrokkene? Kunt u per persoon aangeven met welke frequentie ze telefonisch contact hebben opgenomen met betrokkene (dagelijks, wekelijks, één keer per 2 weken, maandelijks, of één keer in de afgelopen drie maanden)?**

<b>Naam persoon</b>	<b>Frequentie van telefonisch contact</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

- Niet van toepassing: niemand heeft in de afgelopen 3 maanden telefonisch contact opgenomen met betrokkene
- Ik heb daar weinig/geen zicht op, betrokkene heeft een mobieltje/andere reden:

**23. Heeft betrokkene nog andere sociale contacten, die u nu nog niet heeft genoemd? *Bijvoorbeeld contacten naar wie betrokkene op bezoek gaat, waarmee betrokkene telefonisch contact opneemt, of personen waarmee betrokkene minder vaak dan eens per drie maanden contact heeft?***

**24. A. Van de personen die u hiervoor hebt genoemd, welke personen hebben veel tot heel veel belangstelling voor betrokkene?**

**24. B. Van de personen die u hiervoor hebt genoemd, welke personen hebben matig tot redelijk belangstelling voor betrokkene?**

**24. C. Van de personen die u hiervoor hebt genoemd, welke personen hebben weinig tot geen belangstelling voor betrokkene?**

**25. Zijn u in de afgelopen 6 maanden nog dingen opgevallen over het contact dat betrokkene heeft met zijn sociale netwerk? Zijn er veranderingen geweest in het sociale netwerk? *Bijvoorbeeld doordat personen het contact hebben verbroken, doordat betrokkene nieuwe contacten heeft gelegd, of doordat contacten hechter of minder hecht zijn geworden?***

*Wilt u alstublieft niet vergeten onderstaande vragen te beantwoorden?  
(Door de juiste antwoordcategorieën te omcirkelen en een kruisje erbij te zetten) Dank u wel!*

**26. 1. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 2. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 3. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 4. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 5. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 6. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 7. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:

**26. 8. Hoeveel waarde hecht betrokkene bij het nemen van beslissingen aan de mening van .....**

1. Helemaal geen waarde
2. Weinig waarde
3. Enigszins waarde
4. Veel waarde
5. Heel veel waarde
6. Weet ik niet

Eventuele toelichting:



**Zijn er nog zaken over het gedrag en de sociale contacten van de betrokkene, die in de voorgaande vragen niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel graag wilt benoemen?**

**Hartelijk bedankt voor de tijd en moeite die u hebt gestoken in het invullen van de vragenlijst!**