

## ARTIKELEN

# Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling

## Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie\*

*Evelien Hoeben, Marinus Spreen, Marlies van den Berg & Stefan Bogaerts*

### 1 Inleiding

De veronderstelling dat het sociale netwerk van een tbs-patiënt een belangrijke rol vervult bij zijn resocialisatie in de maatschappij wordt steeds vaker onderkend. In de huidige verplichte risicotaxatie-instrumenten voor verlofaanvragen en verlengingsadviezen van de tbs-maatregel worden naast persoonsfactoren ook sociale relaties en vaardigheden meegewogen. Dit is in lijn met het gedachtegoed van Monahan; hij beklemtoonde meer dan 25 jaar geleden dat de forensische psychiatrie patiënt niet los kan worden gezien van zijn sociale context.<sup>1</sup>

De Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30) weegt onder andere de factoren 'sociale en relationele vaardigheden' en 'sociale steun en netwerk' mee in de risicotaxatie.<sup>2</sup> De *Historical Clinical and Risk-management scales-20* (HCR-20) omvat in dit kader de factor 'instabiliteit van relaties'.<sup>3</sup> Deze risicotaxatie-instrumenten concentreren zich voornamelijk op de invloed van risicovolle sociale contacten op toekomstig potentieel recidivegevaar. Vanwege deze eenzijdige weging van de rol van risicovolle sociale contacten is door Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag de methodiek 'Forensische Sociale Netwerk Analyse' (FSNA) ontwikkeld. FSNA is een methodiek die ter aanvulling op de bestaande risicotaxatie-instrumenten gedetailleerde informatie geeft over de rol van zowel nega-

\* Evelien Hoeben MSc was ten tijde van het beschreven onderzoek verbonden aan de onderzoeksafdeling van FPC Dr. S. van Mesdag. Momenteel is zij als coördinator dataverzameling werkzaam bij het Nederlands Studiecentrum voor Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR). Dr. Marinus Spreen is lector aan Stenden Hogeschool Leeuwarden en hoofd van de onderzoeksafdeling van FPC Dr. S. van Mesdag. Drs. Marlies van den Berg is als onderzoeker verbonden aan de onderzoeksafdeling van FPC Dr. S. van Mesdag. Prof. dr. S. Bogaerts is hoogleraar Forensische Psychologie en Victimologie aan de Universiteit van Tilburg en de Katholieke Universiteit Leuven.

- 1 J. Monahan, *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*, Beverly Hills: Sage 1981.
- 2 Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, *Handleiding HKT-30, versie 2002: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen 2002.
- 3 M. Philipse, C. de Ruiters, M. Hildebrand & Y. Bouman, *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, versie 2*, Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoeven Stichting 2000.

tieve als positieve sociale contacten in het netwerk van een tbs-patiënt in relatie tot zijn recidiverisico.<sup>4</sup> In de gestandaardiseerde FSNA-methodiek worden de tbs-patiënt en zijn sociale contacten op gestructureerde wijze geïnterviewd over de rol die zij in het verleden, het heden en de toekomst (denken te) spelen op verschillende levensdomeinen, zoals emotionele, sociale en financiële steun. Door significante netwerkleden te betrekken bij de behandeling worden zij aangemoedigd om expliciet te reflecteren over hun rol in het leven van de patiënt. Ook de patiënt wordt hierdoor gestimuleerd om voortdurend expliciet te reflecteren over zijn positie in zijn eigen netwerk.

Het herhaaldelijk interviewen van een tbs-patiënt en zijn sociale contacten middels de FSNA-methodiek gedurende de resocialisatiefase kan worden beschouwd vanuit zowel een controleperspectief als een ondersteunend perspectief. Vanuit het controleperspectief kan het sociale netwerk van een patiënt een belangrijke signaalfunctie vervullen. Naarmate een tbs-patiënt gevorderd is in zijn (of in zeldzamere gevallen: haar) resocialisatietraject, krijgt hij meer vrijheden.<sup>5</sup> Hierdoor krijgt de instelling die primair verantwoordelijk is voor de patiënt, steeds minder zicht op diens gedrag, terwijl de sociale contacten juist meer zicht op het gedrag van de patiënt krijgen.<sup>6</sup> De signaalfunctie van het netwerk kan in het geval van een tbs-patiënt incidenten voorkomen, mits het netwerk op de hoogte is van risico- en beschermende factoren.

Vanuit het rehabilitatieperspectief hebben sociale contacten van tbs-patiënten een ondersteunings- en stabilisatiefunctie. Als patiënten terugkeren in de maatschappij moeten ze een woning vinden en inrichten, werk zoeken en omgaan met de maatschappelijke veroordeling waartegen ze nog werden beschermd binnen de muren van de kliniek. Hoewel de reclassering en de kliniek enige ondersteuning bieden tijdens dit proces, is aanvullende informele hulp nodig. De overgang van intramuraal naar extramuraal toezicht is een grote stap en uit onderzoek en praktijkervaring is bekend dat deze stap voor veel patiënten turbulenties kent.<sup>7</sup>

De bijdrage van de FSNA-methodiek aan zowel rehabilitatie als controle gedurende het resocialisatietraject sluit aan bij recente inzichten over de invulling van

- 4 L. Pomp & S. Bogaerts, 'Sociale netwerkanalyse in het tbs-systeem', *Justitiële Verkenningen* 2008, 34(5), p. 60-77; L. Pomp, G. Hendriks, S. Kremer & M. Spreen, 'Een blik over de muren: Forensische Sociale Netwerk Analyse in Forensische Psychiatrische Centra Dr. S. van Mesdag en de Rooyse Wissel', *GGZet Wetenschappelijk* 2007, 11(1/2), p. 29-53; L. Pomp, M. Spreen, S. Bogaerts & B. Völker, 'The role of personal social networks in risk assessment and management of forensic psychiatric patients', *The Journal of Forensic Psychology Practice* 2010, 10(4), p. 267-284; M. Spreen, L. Pomp & T. Vermeulen, 'De methode van Sociale Netwerk Analyse toegepast in het forensische veld: Enige eerste stappen in forensische psychiatrisch- en cold case onderzoek', *Panopticon* 2006, 26(1), p. 1-12.
- 5 C.H. de Kogel & M.H. Nagtegaal, *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten: Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*, Meppel: Boom Juridische uitgevers 2008.
- 6 G. McCann, M. McKeown & I. Porter, 'Understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: A basis for improved services', *Journal of Advanced Nursing* 1996, 23(2), p. 346-352; J. Skipworth & V. Humberstone, 'Community forensic psychiatry: Restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002, 106 (suppl. 412), p. 47-53.
- 7 3RO, *Plan van aanpak: Project 'FSNA en Reclassering'*, Ongepubliceerd document 2009.

Evelien Hoeben, Marinus Spreen, Marlies van den Berg & Stefan Bogaerts

toezichtprogramma's. Onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) toont aan dat weinig bekend is over de doeltreffendheid en doelmatigheid van toezichtprogramma's. FSNA speelt primair in op de doelmatigheid, omdat zowel de patiënt als zijn significante netwerkleden onderdeel uitmaakt van een actief proces, dat erop gericht is om terugval te voorkomen. Het onderzoek van het WODC toont ook aan dat een toezichtprogramma waarin controle- en rehabilitatiecomponenten gecombineerd worden het meest kansrijk lijkt voor vermindering van recidive.<sup>8</sup>

In dit artikel wordt onderzocht in hoeverre de FSNA-methodiek invloed heeft op het functioneren van patiënten met onbegeleide verlofmachtigingen op de uitstroomafdeling van FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen. In dit artikel zal eerst de theoretische achtergrond van onderhavig onderzoek aan bod komen, waarna een data- en methodensectie volgt. Na een beschrijving van de onderzoeksresultaten wordt het artikel afgesloten met een conclusie.

## 2 Sociale invloed: relevante processen

De mogelijke invloed van de FSNA-methodiek op het gedrag van tbs-patiënten is verondersteld op basis van theorieën over sociale invloed op gedrag. Deze theorieën worden hier kort uiteengezet. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in 'sociale steun' en 'sociale controle', die respectievelijk de theoretische onderbouwing vormen voor het rehabilitatieperspectief en het controleperspectief van de FSNA-methodiek.

'Sociale steun' wordt meestal gebruikt als een paraplueterm voor de positieve effecten van interacties op een individu. Dit kan worden geïnterpreteerd als praktische steun, in de vorm van materiële of financiële steun, of informatieverstrekking. Daarnaast kan sociale steun affectie of empathie betekenen.<sup>9</sup> Sociale steun kan voorzien in het behalen van doelen als status, gedragsbevestiging en affectie.<sup>10</sup> Volgens de theorieën over sociaal kapitaal kan sociale steun bijdragen aan het realiseren van een verscheidenheid aan doelen.<sup>11</sup> Deze sociale voorziening zorgt dat er minder doelen onvervuld blijven, die anders mogelijk op illegale of onwenselijke wijze waren vervuld.<sup>12</sup> Door het bijdragen aan doelenrealisatie kan sociale steun ongewenst gedrag verminderen.

Sociale controle is een term voor sociale mechanismen die maatschappelijk ongewenst gedrag reguleren. In theorieën over sociale controle wordt niet verklaard

8 De Kogel & Nagtegaal 2008.

9 F. Schrameijer, *Sociale steun: Analyse van een paradigma*, Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke volksgezondheid 1990.

10 S. Lindenberg, 'Low evidence situations in the social and historical sciences: rational choice as a heuristic device', *The Netherlands' Journal of Social Sciences* 1996, 32(1), p. 26-34; S. Lindenberg, 'Social rationality versus rational egoism', in: J. Turner (ed.), *Handbook of sociological theory*, New York: Kluwer Academic/Plenum 2001, p. 635-668.

11 J.S. Coleman, *Foundations of social theory*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press 1990.

12 M. Colvin, F.T. Cullen & T. Vander Ven, 'Coercion, social support, and crime: An emerging theoretical consensus', *Criminology* 2002, 40(1), p. 19-42.

waarom personen heersende regels overtreden, maar waarom zij zich aan die regels houden.<sup>13</sup> 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'. In de inleiding werd de signaalfunctie van netwerkleden besproken. De veronderstelde invloed van de controle van netwerkleden op het gedrag van patiënten loopt bij de signaalfunctie van netwerkleden via sancties en formele controle: wanneer de netwerkleden ongewenst gedrag signaleren, kunnen ze dit melden bij de kliniek, waarna eventueel sancties volgen. Er is dan sprake van een *indirecte* invloed van sociale controle op gedrag.

Significante netwerkleden kunnen echter door middel van het aanleveren van sociale steun en sociale controle als externe hulpbronnen ook een *directe* invloed uitoefenen op het gedrag van tbs-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 beschreven in de *goal-framing*-theorie.<sup>14</sup> De *goal framing*-theorie onderscheidt drie doelen die aan de basis liggen van gedrag: het hedonistische doel, het winstgerichte doel en het normatieve doel.<sup>15</sup> Het normatieve doel is gericht op het streven naar gedrag dat past binnen een bepaalde sociale context. In een proces van zelfregulering worden de drie doelen op elkaar afgestemd. Deze zelfregulering wordt beïnvloed door externe prikkels die voortdurend op een persoon inwerken. De prikkels activeren een bepaald doel en dringen de andere twee doelen naar de achtergrond. Wanneer een van de doelen wordt geactiveerd, veroorzaakt dit cognitieve processen die gedachten en gevoelens doen ontstaan en die de evaluatie van gebeurtenissen beïnvloeden. Een doelenkader (*goal-frame*) bevat zowel het geactiveerde doel als de cognitieve processen die de activering van het doel teweegbrengt. Volgens de *goal framing*-theorie bepaalt dit geheel van zelfregulering, externe prikkels en doelenactivatie het gedrag van een persoon in een bepaalde situatie.

In onderhavig onderzoek is het normatieve doel interessant. Activering van het normatieve doel maakt dat mensen zich meer willen gedragen op een wijze die goedkeuring van hun sociale omgeving uitlokt. Sociale betrokkenheid activeert het normatieve doelenkader van een persoon. Sociale betrokkenheid van significante netwerkleden doet dit nog veel meer.<sup>16</sup> De significante netwerkleden van een persoon zijn de netwerkleden 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 netwerkleden.<sup>17</sup> Wanneer de

13 T. Hirschi, *Causes of delinquency*, Berkeley: University of California Press 1969.

14 Lindenberg 2001; S. Lindenberg, 'Social rationality, semi-modularity and goal-framing: What is it all about?', *Analyse & Kritik* 2008, 30(2), p. 669-687.

15 Het hedonistische doel streeft naar verbetering van het gevoel van een persoon op korte termijn. Het winstgerichte doel legt een focus op het verbeteren of uitbreiden van de bronnen van een persoon.

16 Lindenberg 2008.

17 L. Meeuwesen, 'A typology of social contacts', in: R. Hortulanus, A. Machielse & L. Meeuwesen, *Social isolation in modern society*, New York: Routledge Taylor & Francis Group 2006, p. 37-60.

sociale steun en sociale controle vanuit significante netwerkleden het normatieve doel van een tbs-patiënt activeren, kan dit het gedrag van die patiënt gunstig beïnvloeden. Hierbij is het van belang dat de significante netwerkleden dezelfde definitie van gewenst gedrag hanteren als de forensisch-psychiatrische instelling. Anders kan de betrokkenheid van de significante netwerkleden een averechts effect hebben. Uit onderzoek blijkt dat de kans op ongewenst gedrag kleiner is naarmate mensen meer gehecht zijn aan netwerkleden die dergelijk gedrag afkeuren. Zo tonen Veenstra, Lindenberg, Tinga en Ormel aan dat de kans op spijbelgedrag afneemt wanneer jongeren een hechtere band hebben met hun ouders en docenten.<sup>18</sup> Paternoster, Saltzman, Waldo en Chiricos vonden dat afkeuring van delinquent gedrag door de sociale omgeving tot minder regelovertrekend gedrag leidt.<sup>19</sup> Omgekeerd is het mogelijk dat sociale goedkeuring van ongewenst gedrag dergelijk gedrag juist stimuleert.

Onderzoek heeft aangetoond dat het mogelijk is om het normatieve doelenkader van een persoon te activeren door significante netwerkleden bij betreffende onder de aandacht te brengen. Deze *priming* met significante netwerkleden benadrukt de psychologische aanwezigheid van deze netwerkleden, wat voldoende is om het gedrag van een persoon te beïnvloeden.<sup>20</sup> In de FSNA-methodiek worden tbs-patiënten gedurende hun resocialisatieperiode geïnterviewd over hun significante netwerkleden. Door dit interview wordt de aandacht van de patiënt gevestigd op zijn significante netwerkleden. In dit onderzoek wordt verwacht dat de psychologische aanwezigheid van significante netwerkleden en de invloed van deze psychologische aanwezigheid op de activering van het normatieve doelenkader versterken door het interviewen van de netwerkleden. Op die wijze zou het toepassen van FSNA (het interviewen van een patiënt en zijn significante netwerkleden) invloed hebben op het gedrag van de patiënten: de patiënten worden 'geprimeerd' met de sociale controle en sociale steun van hun significante netwerkleden, waardoor het normatieve doelenkader wordt geactiveerd en ze meer geneigd zijn om gedrag te vertonen dat door deze significante netwerkleden wordt goedgekeurd.

Op basis van de theorie over de invloed van '*priming* met significante netwerkleden' en de psychologische aanwezigheid van significante netwerkleden op de activering van het normatieve doelenkader van een tbs-patiënt, zijn de volgende hypothesen geformuleerd voor dit onderzoek:

- 18 R. Veenstra, S. Lindenberg, F. Tinga & J. Ormel, 'Truancy in late elementary and early secondary education: The influence of social bonds and self-control. The TRAILS study', *International Journal of Behavioral Development* 2010, 34(4), p. 302-311.
- 19 R. Paternoster, L.E. Saltzman, G.R. Waldo & T. Chiricos, 'Perceived risk and social control: Do sanctions really deter?', *Law & Society Review* 1983, 17(3), p. 457- 479.
- 20 M.W. Baldwin & J.G. Holmes, 'Salient private audiences and awareness of the self', *Journal of Personality and Social Psychology* 1987, 52(6), p. 1087-1098; J. Shah, 'The motivational looking glass: How significant others implicitly affect goal appraisals', *Journal of Personality and Social Psychology* 2003, 85(3), p. 424- 439; J. Shah, 'Automatic for the people: How representations of significant others implicitly affect goal pursuit', *Journal of Personality and Social Psychology* 2003, 84(4), p. 661-681.

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

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

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

*Hypothese 4: De betrokkenheid van significante netwerkleden middels de FSNA-methodek vermindert het ongewenste gedrag van tbs-patiënten tijdens de resocialisatie.*

### 3 Data en methoden

#### 3.1 Onderzoekspopulatie en onderzoeksgroep

De onderzoekspopulatie bestaat uit tbs-patiënten van FPC Dr. S. van Mesdag, die zich in de resocialisatiefase van hun behandeling bevinden en onbegeleid contact mogen hebben met netwerkleden. Voor de onderzoekspopulatie zijn de volgende exclusie- en inclusiecriteria gehanteerd: (1) de patiënten verbleven in februari 2009 (met het starten van dit onderzoek) op een uitstroomafdeling van het FPC Dr. S. van Mesdag; (2) de patiënten hadden in februari 2009 verloven voor onbegeleid contact met netwerkleden; en (3) de patiënten hadden in februari 2009 nog enig contact met (hun mentor in) de kliniek.

In totaal voldeden 26 patiënten aan deze criteria. De gemiddelde leeftijd en verblijfsduur van deze patiënten was respectievelijk 43 jaar en 8 jaar.

Van de 26 patiënten die tot de onderzoekspopulatie behoorden, zijn 18 patiënten benaderd. De reden om niet alle 26 patiënten te benaderen werd gevormd door een ander onderzoek naar de toepassingsmogelijkheden van de FSNA. Het andere onderzoek, dat in samenwerking met de reclassering werd uitgevoerd, vond gelijktijdig plaats met onderhavig onderzoek. Om netwerkleden en patiënten niet dubbel te belasten is ervoor gekozen om patiënten die deelnamen aan het andere onderzoek niet te betrekken in dit onderzoek. Van de 18 benaderde patiënten weigerden twee personen deelname en haakte één patiënt na het eerste interview af.

#### 3.2 Onderzoeksopzet

Om de invloed van 'priming met significante netwerkleden' op het gedrag van tbs-patiënten te onderzoeken is een quasi-experimentele onderzoeksopzet gehanteerd. Patiënten werden op twee momenten geïnterviewd en er werd gebruikgemaakt van een interventiegroep en een vergelijkingsgroep. De gemiddelde tijd tussen de voor- en nameting was bij zowel de interventiegroep als de vergelijkingsgroep ongeveer vijf maanden. Tijdens de interviews is gevraagd naar ervaren sociale steun en sociale controle. In tweede instantie werden significante netwerkleden geïnterviewd.

Evelien Hoeben, Marinus Spreen, Marlies van den Berg & Stefan Bogaerts

De interventiegroep bestond uit 8 patiënten, waarbij zowel de patiënt als zijn significante netwerkleden twee keer geïnterviewd zijn middels de FSNA-methodiek; de vergelijkingsgroep bestond uit 7 patiënten, die twee keer geïnterviewd zijn middels de FSNA-methodiek, maar van wie de netwerkleden alleen op het tweede meetmoment geïnterviewd zijn. Dit gebeurde vanwege ethische overwegingen (de vergelijkingsgroep mag geen interventie worden ontzegd). Figuur 1 geeft de onderzoeksopzet weer.

**Figuur 1: Onderzoeksopzet**

(Quasi-)experimenteel onderzoeksdesign				
	Voormeting	Interventie	Nameting	
FSNA-interventiegroep N = 8	Eerste patiëntinterview	Netwerkleden-interview N = 37	Tweede patiëntinterview	Netwerkleden-interview N = 37
Vergelijkingsgroep N = 7	Eerste patiëntinterview		Tweede patiëntinterview	Netwerkleden-interview N = 18

N = aantal respondenten.

Uit praktische redenen (bij de interventie moeten er netwerkleden kunnen worden benaderd) zijn er voor de indeling van patiënten in de interventiegroep of vergelijkingsgroep aanvullende criteria opgesteld. De inclusiecriteria voor de interventiegroep waren: (1) de netwerkleden beheersen de Nederlandse taal voldoende; (2) de behandelaren en maatschappelijk werkers gaan akkoord met het benaderen van deze netwerkleden; (3) de netwerkleden zijn geen medepatiënten; en (4) de patiënten geven toestemming voor het benaderen van de netwerkleden. Vanwege de inclusiecriteria voor de interventiegroep konden twee patiënten niet in de FSNA-interventiegroep worden ingedeeld. De andere patiënten zijn willekeurig over de groepen verdeeld. Uit tabel 1 kan worden afgelezen dat de FSNA-interventiegroep en de vergelijkingsgroep overeenkomstig zijn voor nationaliteit, type verlof, type delict, verblijfsduur in de kliniek en het aantal significante netwerkleden per patiënt. De groepen verschillen in leeftijd: de patiënten uit de vergelijkingsgroep zijn ouder dan de patiënten uit de interventiegroep.



**Tabel 1:** *Vergelijking tussen FSNA interventiegroep en vergelijkgroep voor: leeftijd, nationaliteit, type verlov, type delict, verblijfsduur in de kliniek, aantal significante netwerkleden per patiënt*

Variabele	Kenmerk	Patiënten uit de FSNA-interventiegroep			Patiënten uit de vergelijkgroep		
		N	%	M	N	%	M
Leeftijd		8		33 jaar	7		43 jaar
Nationaliteit*	Niet-Nederlandse nationaliteit	2	25		2	29	
	Nederlandse nationaliteit	6	75		5	71	
Type verlov	Onbegeleid verlov	1	13		1	14	
	Transmuraal verlov	7	87		6	86	
Type delict***	Levensdelict	2	25		2	29	
	Gewelddelict	6	75		3	43	
	Seksueel delict	2	25		1	14	
	Vermogensdelict	0	0		0	0	
	Brandstichting	0	0		2	29	
Verblijfsduur in de kliniek		8		8 jaar	7		9 jaar
Aantal significante netwerkleden per patiënt		8		6	7		5

\* Voor 'nationaliteit' en 'type delict' konden geen vergelijkende toetsen worden uitgevoerd vanwege het nominale meetniveau van de variabelen en de kleine N.

\*\* Sommige patiënten hebben meerdere typen delicten gepleegd.

N = aantal patiënten met een dergelijk kenmerk.

M = gemiddelde.

### 3.3 Meetinstrumenten

Bij alle patiënten zijn op beide meetmomenten gestructureerde vragenlijsten afgenomen om de door hen ervaren sociale controle, sociale steun en de waarde die ze hechten aan de beoordeling van hun gedrag in kaart te brengen. Deze interviews werden afgenomen door twee onderzoekers van FPC Dr. S. van Mesdag. De vragenlijsten zijn een verkorte versie van het standaard FSNA-interview en aangepast voor dit onderzoek. Per netwerklid is aan de patiënt gevraagd hoe hij de sociale steun en de sociale controle ervaart.

De variabele '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,<sup>21</sup> die stellen dat

21 X.Y.N. Lin & W.M. Ensel, 'Social support and distressed mood: A structural analysis', *Journal of Health and Social Behaviour* 1999, 40(4), p. 344-359.



Evelien Hoeben, Marinus Spreen, Marlies van den Berg & Stefan Bogaerts

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').

De variabele 'ervaren sociale controle' is een index die bestaat uit de volgende 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 netwerkleden. Deze variabele is een index, bestaande uit de indicatoren 'belang van goedkeuring van gedrag' en 'wens dat netwerkleden op de hoogte zijn van moeilijkheden'.

De vragenlijsten voor de netwerkleden (om het gedrag van de patiënt te beoordelen) zijn na een intensieve training telefonisch afgenomen door MW-studenten van de Hanze Hogeschool Groningen en SPH-studenten van Stenden Hogeschool Leeuwarden. De vragen zijn gebaseerd op de Klinische items (K-items) uit het risicotaxatie-instrument HKT-30, omdat deze items betrekking hebben op het recente gedrag van een patiënt. De volgende K-items zijn gebruikt voor de vragenlijst: middelengebruik, impulsiviteit, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, zelfredzaamheid, attitude ten opzichte van de behandeling, seksuele preoccupatie, en copingvaardigheden. De overige K-items (probleeminzicht, psychotische symptomen, empathie, acculturatieproblematiek, en verantwoordelijkheid voor het delict) zijn niet meegenomen in de vragenlijst, omdat werd verwacht dat de netwerkleden onvoldoende inzicht hadden in de inlevingswereld van de patiënt om deze items te scoren.<sup>22</sup> Het item 'manipulatie' is geen item van de HKT-30, maar is aan de vragenlijst toegevoegd omdat het een goede voorspeller blijkt te zijn van het recidiverisico van de patiënt.<sup>23</sup> De K-items zijn uitgevraagd bij zowel de netwerkleden van patiënten als bij sociotherapeuten die de patiënten goed kenden. De vragenlijsten voor de sociotherapeuten zijn schriftelijk afgenomen. Naast de vragen die betrekking hadden op de K-items uit de HKT-30 zijn aan de netwerkleden vragen gesteld over hun relatie met de tbs-patiënt en de mate waarin ze sociale steun gaven of sociale controle uitoefenden. Alle vragen uit de netwerkledeninterviews zijn gebaseerd op de standaard FSNA-vragenlijst. De vragenlijsten zijn terug te vinden in de these van Hoeben.<sup>24</sup>

Informatie over het functioneren van de patiënten gedurende de onderzoeksperiode is verkregen uit dagrapportages van sociotherapeuten, geregistreerde regimewijzigingen en het Melding Incidenten Patiëntenzorg/Melding Agressieve Gebeurtenissen- (MIP/MAG-)registratiesysteem in het FPC Dr. S. van Mesdag. Het functioneren van patiënten wordt in dit onderzoek uitgedrukt door schendingen van voorwaarden of incidenten waardoor het behandeltraject vertraging

22 Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002.

23 S.S.E. de Baets, *De bruikbaarheid van de klinische risicofactoren van de HKT-30 voor forensische behandelbeoordeling* (scriptie psychologie), Groningen: Rijksuniversiteit Groningen/PFC Dr. S. van Mesdag 2008.

24 E.M. Hoeben, *De achterban ter beschikking: Een verkennend onderzoek naar het betrekken van sociale contacten van tbs-patiënten bij hun re-integratie* (masterthese sociologie), Groningen: Rijksuniversiteit Groningen/FPC Dr. S. van Mesdag 2010.

oploopt. Schending van voorwaarden en het veroorzaken van incidenten wordt ook wel 'technische recidive' genoemd.<sup>25</sup> De dagrapportages, geregistreerde regimewijzigingen en opmerkingen in het MIP/MAG-registratiesysteem zijn door drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar genoteerd aan de hand van een checklist. Dit gebeurde bij twee onderzoekers blind; zij waren niet op de hoogte van de indeling van de FSNA-interventie- en vergelijkingsgroep. Na de kwalitatieve analyse zijn alle genoteerde voorvallen en incidenten besproken door de drie onderzoekers.

### 3.4 Analyse

Voor de kwantitatieve analyse is gebruikgemaakt van SPSS 17.0. Vanwege de beperkte steekproefomvang zijn non-parametrische toetsen gebruikt. Voor het onderzoeken van de samenhang tussen de variabelen zijn Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënten (Rho) berekend. De mate waarin bepaalde variabelen verschilden tussen beide meetmomenten, is geanalyseerd met de *Wilcoxon signed rank*-toets.

De aannames die betrekking hebben op het functioneren van de patiënten zijn kwalitatief onderzocht aan de hand van voorvallen en incidenten die geregistreerd zijn in het MIP/MAG-registratiesysteem van het FPC Dr. S. van Mesdag en de dagrapportages van sociotherapeuten. Drie onderzoekers hebben dubbelblind en middels consensusbespreking de incidenten voor alle 15 patiënten in kaart gebracht. Na het in kaart brengen van de incidenten en voorvallen is een vergelijking gemaakt tussen de vergelijkingsgroep en de FSNA-interventiegroep in de onderzoeksperiode en de periode daaraan voorafgaand. De dossiers van de patiënten zijn doorgenomen over een periode van 44 weken: 22 weken voorafgaand aan het eerste patiëntinterview tot 22 weken na het plaatsvinden van het eerste patiëntinterview.

Om te onderzoeken in hoeverre netwerkleden in staat zijn om het gedrag van patiënten te beoordelen zijn hun scores van de K-items met elkaar vergeleken. Daarbij zijn steeds de beoordelingen van de netwerkleden per patiënt onderling vergeleken. Ook zijn deze beoordelingen door de netwerkleden vergeleken met de beoordeling die de sociotherapeut op basis van de K-items gaf van het gedrag van de patiënt. Deze analyse is uitgevoerd door het berekenen van Gower en Legendre-indices.<sup>26</sup> De indices zijn geïnterpreteerd aan de hand van de methode die wordt beschreven in het artikel van Spreen, Timmerman, Ter Horst en Schuringa.<sup>27</sup>

25 De Kogel & Nagtegaal 2008.

26 J.C. Gower & P. Legendre, 'Metric and Euclidean properties of dissimilarity coefficients', *Biometrika* 1986, 27(3), p. 5-48.

27 M. Spreen, M.E. Timmerman, P. Ter Horst & E. Schuringa, 'Formalising clinical decisions in individual treatments: Some first steps', *Journal of Forensic Psychology Practice* 2010, 10(4), p. 285-299.

## 4 Resultaten

De onderzochte tbs-patiënten uit FPC Dr. S. van Mesdag hechten meer waarde aan de beoordeling van hun gedrag door significante netwerkleden indien ze meer sociale controle vanuit deze netwerkleden ervaren. Er werd een matig positief verband gevonden tussen de indices 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag' (Spearman's Rho = 0,17,  $p < 0,05$ ). Dit resultaat ondersteunt hypothese 1.

De invloed van de interventie (het uitvoeren van de FSNA) is onderzocht door de tbs-patiënten zowel voorafgaand aan de interventie als na afloop van de interventie te vragen naar de ervaren sociale controle en sociale steun. In de vergelijkende analyses is gekeken naar het verschil tussen de FSNA-interventiegroep en de vergelijkingsgroep in *verandering tussen de voor- en nameting*. Er is daardoor rekening gehouden met een verschil in uitgangspositie. De patiënten uit de vergelijkingsgroep 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.

Uit tabel 2 valt af te lezen dat de FSNA-interventiegroep een significant grotere verandering tussen de voor- en nameting laat zien dan de vergelijkingsgroep voor 'ervaren sociale controle' ( $Z = 2,30$ ,  $p < 0,05$ ) en 'waarde beoordeling gedrag' ( $Z = 2,72$ ,  $p < 0,01$ ). Op basis van deze resultaten kan worden gesteld dat de interventie (afnemen van de FSNA bij patiënten en hun netwerkleden) van invloed is op de ervaren sociale controle door patiënten en de waarde die patiënten hechten aan de beoordeling van hun gedrag door de geïnterviewde significante netwerkleden. Er is geen sprake van invloed van de interventie op de ervaren sociale steun door patiënten. Deze resultaten ondersteunen hypothese 2. Hypothese 3 wordt niet ondersteund: de ervaren sociale controle lijkt toe te nemen na het interviewen van de significante netwerkleden van patiënten, terwijl het afnemen van de interviews bij de significante netwerkleden geen invloed lijkt te hebben op de ervaren sociale steun.

De invloed van de interventie op de mate waarin patiënten sociale controle ervaren vanuit hun netwerkleden, lijkt niet te kunnen worden toegeschreven aan een verandering in uitgeoefende controle volgens de netwerkleden. Uit tabel 3 kan worden afgelezen dat er tussen het eerste en tweede netwerkledeninterview nauwelijks verschillen optreden in de beoordeling van het gedrag van de patiënten, uitgedrukt in K-items van de HKT-30. De gevonden significante Z-waarden ('attitude behandeling' en 'vijandigheid') zijn mogelijk toe te schrijven aan kanskapitalisatie. Ook de indicatoren van 'uitgeoefende sociale controle' verschillen niet significant, wat is af te lezen uit de niet-significante Z-waarden van de *Wilcoxon signed rank*-toetsen.

**Tabel 2:** *Invloed van FSNA op 'ervaren sociale steun', 'ervaren sociale controle' en 'waarde beoordeling gedrag'*

	T2-T1 FSNA- interventiegroep	T2-T1 Vergelijkings- groep	Wilcoxon signed ranks		
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	T	Z	N
Ervaren sociale steun	0,09 (0,67)	0,14 (0,65)	149,0	-1,23	29
Ervaren sociale controle	0,23 (0,52)	0,08 (0,54)	49,5	2,30 *	22
Waarde beoordeling gedrag	0,58 (0,91)	0,01 (0,79)	119,0	2,72 **	37

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

T1 = voormeting, T2 = nameting.

N = aantal combinaties van antwoorden van patiënten over hun significante netwerkleden.

**Tabel 3:** *Invloed van FSNA op de 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*

	Eerste interview	Tweede interview	Wilcoxon signed ranks		
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	T	Z	N
Attitude behandeling	3,11 (1,19)	2,28 (1,27)	47,5	2,17 *	23
Attitude medicatie	4,66 (0,65)	4,50 (1,02)	9,0	0,86	13
Impulsief	1,58 (1,07)	1,81 (0,99)	51,0	-1,23	31
Vijandig	1,33 (0,86)	1,70 (0,81)	21,0	-2,47 **	32
Manipulatie	1,10 (0,38)	1,29 (0,72)	4,5	-1,28	33
Zelfredzaamheid dagelijks	4,27 (0,94)	4,41 (0,74)	53,5	-0,38	32
Zelfredzaamheid financieel	4,24 (0,77)	3,98 (1,18)	45,0	0,48	21
Coping	3,88 (1,21)	3,69 (1,25)	58,0	0,11	21
Sociaal	4,68 (0,61)	4,66 (0,61)	15,0	0,43	25
Seksueel	1,02 (0,11)	1,11 (0,32)	0,0	-1,34	13
Middelengebruik alcohol	4,55 (0,98)	4,47 (1,33)	4,0	0,37	11
Middelengebruik soft-drugs	4,85 (0,43)	5,00 (0,00)	0,0	-1,34	7
Middelengebruik hard-drugs	4,81 (0,46)	5,00 (0,00)	0,0	-1,34	6
Initiatief tot contact	1,81 (0,54)	1,79 (0,64)	57,0	0,18	32
Herinneren medicatie	1,00 (0,00)	1,08 (0,28)	0,0	-1,41	20

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

N = combinaties van antwoorden van netwerkleden.

We vermeldden eerder dat het functioneren van de patiënten gedurende de onderzoeksperiode gemeten werd aan de hand van schendingen van voorwaarden

Evelien Hoeben, Marinus Spreen, Marlies van den Berg & Stefan Bogaerts

en incidenten. Enkele voorbeelden van genoteerde incidenten zijn: 'afwijking van verlofdoel', 'verbale agressie naar medewerkers' en 'positieve score op drugs- of alcoholcontrole'. In tabel 4 staan de incidenten en voorvallen vermeld die uit deze kwalitatieve analyse naar voren kwamen.

Uit de tabel is op te maken dat in de periode voorafgaand aan het onderzoek gemiddeld iets meer overtredingen plaatsvonden in de vergelijkingsgroep (1,00) dan in de interventiegroep (0,63). Deze overtredingen werden echter in beide groepen veroorzaakt door vier patiënten. In de onderzoeksperiode is er duidelijk een verschil op te merken tussen de FSNA-interventiegroep en de vergelijkingsgroep. Vijf patiënten uit de vergelijkingsgroep veroorzaken overtredingen, terwijl in de FSNA-interventiegroep slechts één patiënt overtredingen maakt. Hoewel het moeilijk is om op basis van dit 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 de FSNA-methodiek op het functioneren van patiënten. Deze bevindingen ondersteunen hypothese 4.

**Tabel 4:** *Functioneren van de patiënten uit de vergelijkingsgroep en interventiegroep in de onderzoeksperiode en de periode daaraan voorafgaand, resultaat van kwalitatieve analyse*

	Vergelijkingsgroep N = 7			FSNA-interventiegroep N = 8		
	Aantal overtredingen	Gemiddeld aantal overtredingen	Aantal personen met overtredingen	Aantal overtredingen	Gemiddeld aantal overtredingen	Aantal personen met overtredingen
Voorafgaande periode	7	1,00	4	5	0,63	4
Onderzoeksperiode	8	1,14	5	2	0,25	1

N = aantal patiënten.

Naast de interveniërende werking van FSNA is ook onderzocht in hoeverre significante netwerkleiden het gedrag van patiënten kunnen beoordelen. Daarvoor is de onderlinge overeenstemming geanalyseerd in de antwoorden van de netwerkleiden op vragen naar de K-items uit de HKT-30. De mate van overeenstemming, uitgedrukt in een GL-index, is af te lezen uit tabel 5. De tabel toont zeer hoge GL-indices. Een significante GL-index betekent dat de kans dat de gevonden overeenstemming berust op toeval, zeer klein is. Bij het bepalen van het al dan niet significant zijn van een GL-index wordt specifiek gecontroleerd voor het aantal beoordelaars. Deze methode is beschreven in het artikel van Spreen e. a.<sup>28</sup> Uit tabel 5 valt af te lezen dat de mate van overeenstemming in de antwoorden van de netwerkleiden op K-items voor bijna alle items significant hoog is.

28 Spreen, Timmerman, Ter Horst & Schuringa 2010.

**Tabel 5: Overeenstemming in de beoordeling van het gedrag van de patiënt door significante netwerkleden, uitgedrukt in GL-indices**

	<b>GL-index</b>	<b>Aantal netwerkleden per patiënt (aantal beoordelaars)</b>	<b>Aantal patiënten</b>
Attitude behandeling	0,69	4,2	10
Attitude medicatie	0,87	4,8	6
Impulsief	0,79*	4,9	10
Vijandig	0,80*	4,7	10
Manipulatie	0,90**	4,8	10
Zelfredzaamheid dagelijks	0,84**	4,8	10
Zelfredzaamheid financieel	0,80*	4,3	8
Coping	0,64	4,2	10
Sociaal	0,91**	4,4	9
Seksueel	0,94**	4,4	5
Middelengebruik alcohol	0,74	4,4	7
Middelengebruik softdrugs	0,84**	4,8	4
Middelengebruik harddrugs	0,71	4,3	4
Middelengebruik gokken	0,73	4,0	2

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

Om te controleren of netwerkleden het gedrag van patiënten gunstiger beoordelen dan behandelaren uit het forensisch psychiatrisch centrum zijn de beoordelingen van netwerkleden over een patiënt vergeleken met de beoordelingen van sociotherapeuten over dezelfde patiënt. Het resultaat van deze vergelijking valt af te lezen uit tabel 6. Uit de tabel blijkt dat netwerkleden het gedrag van patiënten iets gunstiger beoordelen, maar dat de beoordelingen van de sociotherapeuten 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 sociotherapeuten voor de meeste K-items rond 1. De resultaten impliceren dat netwerkleden in staat zijn om het gedrag van tbs-patiënten in te schatten en dat zij het gedrag niet veel anders beoordelen dan sociotherapeuten.

## 5 Conclusie

Dit onderzoek onderzocht in hoeverre de FSNA-methodiek een positieve bijdrage kan leveren gedurende de resocialisatieperiode van tbs-patiënten in de maatschappij. Dit gebeurde met behulp van de methodiek Forensische Sociale Netwerk Analyse. Er zijn 15 tbs-patiënten uit het FPC Dr. S. van Mesdag geïnterviewd en ruim 50 van hun significante netwerkleden. Al de patiënten zaten in de resocialisatiefase van hun behandeling en hadden verloven om onbegeleid contact te hebben met hun netwerkleden. De onderzoeksgroep is verdeeld in een interventie-

Evelien Hoeben, Marinus Spreen, Marlies van den Berg &amp; Stefan Bogaerts

**Tabel 6:** *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\**

	<b>Verschillen in beoordeling door mentoren en net- werkleden</b>	<b>Aantal patiënten</b>	<b>Meest gunstige inschatting van het gedrag van de patiënten door:</b>
Attitude behandeling	0,85	11	Netwerkleden
Attitude medicatie	0,79	10	Mentoren
Impulsief	1,16	11	Netwerkleden
Vijandig	1,35	11	Netwerkleden
Manipulatie	0,65	11	Netwerkleden
Zelfredzaamheid dagelijks	0,77	11	Netwerkleden
Zelfredzaamheid financieel	0,76	11	Netwerkleden
Coping	1,42	11	Netwerkleden
Sociaal	0,59	11	Netwerkleden
Seksueel	0,74	8	Netwerkleden
Middelengebruik alcohol	1,40	6	Netwerkleden
Middelengebruik softdrugs	0,47	5	Mentoren
Middelengebruik harddrugs	0,29	6	Mentoren

\* 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.

groep van 8 patiënten (waarvan de netwerkleden in het voorjaar van 2009 voor het eerst werden geïnterviewd) en een vergelijkingsgroep van 7 patiënten (waarvan de netwerkleden in het najaar van 2009 voor het eerst werden geïnterviewd). Het onderzoek kende een quasi-experimentele onderzoeksopzet, waarbij de voor- en nameting werden gevormd door interviews met de tbs-patiënten en de interventie door interviews met de significante netwerkleden van deze patiënten.

De resultaten uit dit onderzoek indiceren dat het afnemen van de FSNA bij tbs-patiënten van invloed is op drie factoren: (1) de mate waarin patiënten sociale controle vanuit hun significante netwerkleden ervaren; (2) de mate waarin patiënten waarde hechten aan de goedkeuring van hun gedrag en beslissingen door deze netwerkleden; en (3) de mate waarin patiënten incidenten veroorzaken en verloffvoorwaarden overtreden. De resultaten uit het onderzoek indiceren verder dat netwerkleden in staat zijn om gedrag van patiënten te beoordelen.

Een beperking van het onderzoek is het kleine aantal patiënten, namelijk 15. Door alleen patiënten uit het FPC Dr. S. van Mesdag mee te nemen in het onderzoek was het onmogelijk om een grotere groep patiënten te onderzoeken. Andere patiënten uit het FPC Dr. S. van Mesdag voldeden namelijk niet aan het criterium dat ze ongeleid contact mochten hebben met netwerkleden buiten de kliniek. De resultaten uit het onderzoek met betrekking tot de invloed van de interventie kunnen daardoor slechts in beperkte mate worden vertaald naar andere tbs-



patiënten. De resultaten geven echter wel een bemoedigende indicatie van een interveniërend effect van de FSNA-methodiek. Gezien het maatschappelijke belang van een voorspoedige resocialisatie van tbs-patiënten is het daarom aan te bevelen om het interveniërende effect van de FSNA op grotere schaal te onderzoeken. Ook de relatief korte termijn die onderhavig onderzoek bestrijkt (vijf maanden), onderstreept het belang van vervolgonderzoek. Het is niet bekend of de gevonden effecten van de FSNA op den duur stabiel blijven, afnemen of juist sterker optreden.

Ondanks de beperkingen van het onderzoek, onderbouwen de resultaten de mogelijkheid om FSNA toe te passen als risicomangementmethodiek in de forensische psychiatrie. Hoewel op kleine schaal en op korte termijn onderzocht, lijkt de afname van FSNA van invloed te zijn op het gedrag van tbs-patiënten in de resocialisatiefase van hun behandeling. De vraag in hoeverre dit een langetermijneffect behelst, vergt nader longitudinaal onderzoek. Een ander resultaat uit dit onderzoek is dat netwerkleden in staat lijken te zijn om eventueel risicovol gedrag van patiënten te (willen) signaleren. Dit biedt mogelijkheden voor behandelprogramma's of toezichtprogramma's met een focus op de sociale contacten van een tbs-patiënt: informeel toezicht.