

Handreiking

De Netwerkgerichte Professional

Samenwerken met het sociaal netwerk van de
forensisch psychiatrische patiënt – wat werkt (niet)?

Marieke Cirkel en Vivienne de Vogel



Inhoudsopgave

Leeswijzer	3
1. Functionele inbedding	4
Forensisch Maatschappelijk Werker (FMW)	4
Hoofdbehandelaar (HB)	6
Samenwerking	7
Reflectievragen	7
2. Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet	8
Contextualiseren	8
Denken in samenhangen	8
Invloed van eigen ideeën, opvattingen en/of uitingen	8
Circulaire vraagstelling	9
Meerzijdige partijdigheid	9
Relaties: aan verandering onderhevig	10
Focussen op steunbronnen	10
Vergroten van veerkracht	10
Co-constructie	11
Reflectievragen	11
3. Ruis in de communicatie tussen patiënt, sociaal netwerk en instelling	12
Schuld	12
Schaamte	12
Stigma	13
Trauma	13
Trots	13
Taboe	14
Ruzie	14
Rouw en levend verlies	15
Reflectievragen	15

Introductie

Het belang van het betrekken van het sociaal netwerk in de behandeling in de forensische zorg wordt landelijk erkend, maar hoe dit concreet vorm te geven blijft vaak onduidelijk. Het balanceren tussen beheers- en herstelgericht werken vanuit een gedeelde visie op systemisch werken blijkt een uitdaging. De Forensisch Maatschappelijk Werker (FMW) is hier een essentiële schakel in. In dit onderzoek geven patiënten aan dat zij bij de Forensisch Maatschappelijk Werker een sterke drijfveer zien om alles wat er speelt tussen de patiënt, sociaal netwerk en instelling bespreekbaar te maken. De waardevolle ervaringen van professionals en patiënten over samenwerken met het sociaal netwerk verdienen het om gedeeld te worden. Ter inspiratie én als aanleiding om over in gesprek te gaan. Ter reflectie voor jezelf als professional, als gespreksdocument voor jou en jouw team, organisatie en/of werkveldcollega's. Zo leren we van wat er al is en bouwen we samen verder aan nieuwe kennis.

Context

In het onderzoek '[De Netwerkgerichte Professional](#)' uitgevoerd door Marieke Cirkel en collega's (2025) zijn praktijkervaringen verzameld binnen de [Van der Hoeven Kliniek](#) in Utrecht en [De Rooyse Wissel](#) in Oostrum. In deze instellingen werken respectievelijk Forensisch Netwerkbegeleiders en Hoofdbehandelaars en Forensisch Maatschappelijk Werkers en Hoofden Behandeling samen. Hun ervaring en die van betrokken patiënten zijn in kaart gebracht. Deze ervaringen, verrijkt met een aantal aansprekende voorbeelden uit de praktijk, vormen de basis van deze handreiking. Deze handreiking is geen eindpunt, maar een levend document dat meegroeit met nieuwe inzichten, ervaringen en praktijkvoorbeelden. We nodigen je van harte uit om bij te dragen aan de verdere verrijking ervan¹.

Terminologie

De term sociaal netwerk omvat alle mensen en groepen waarmee iemand regelmatig contact heeft, zoals familie, vrienden, collega's, en kennissen. Met *Forensisch Maatschappelijk Werker (FMW)* wordt in deze handreiking ook *Forensisch Netwerkbegeleider* bedoeld. Waar *Hoofdbehandelaar (HB)* staat, kan ook *Hoofd Behandeling* worden gelezen. Met *teamleider* wordt ook *afdelingsleider* bedoeld. Het woord instelling verwijst naar een *Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)*. Waar *hij* en *zijn* staan beschreven, worden ook *zij* en *haar* bedoeld. Aanvullende kennis is via hyperlinks in de tekst te raadplegen.

Leeswijzer

De handreiking is opgebouwd uit drie thema's gericht op samenwerken met het sociaal netwerk:

- 1) Functionele inbedding:** Een overzicht van taken en verantwoordelijkheden van betrokken professionals gericht op het sociaal netwerk.
- 2) Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet:** Hoe opvattingen en overtuigingen van professionals van invloed zijn op het handelen.
- 3) Ruis in de communicatie:** Hoe er met emoties onderliggend aan de thema's schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, ruzie en rouw/levend verlies wordt omgegaan.

Elk thema eindigt met **Reflectievragen** voor individuele en intercollegiale reflectie op het betrekken van het sociaal netwerk van patiënten.

¹ Heb je een bijdrage te delen? Neem contact op: marieke.cirkel@hu.nl

1. Functionele inbedding

Samenwerking tussen de instelling, de patiënt en het sociaal netwerk is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het wordt gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid die investering vraagt van zowel de instelling (eindverantwoordelijk), patiënten als het sociaal netwerk. Dit thema richt zich op hoe samenwerking met het sociaal netwerk is ingebed in de functies van FMW en HB, en hun onderlinge samenwerking.

Forensisch Maatschappelijk Werker (FMW)

De FMW in dit onderzoek werkt afdelingsgebonden en is daarmee vast onderdeel van het behandelteam op de afdeling. Er zijn ook instellingen waar patiëntvolgend wordt gewerkt: de FMW volgt de patiënt, afdeling overstijgend, gedurende de behandeling. De FMW in dit onderzoek richt zich expliciet op samenwerken met het sociaal netwerk van patiënten en heeft als taken:

Het in kaart brengen van het sociaal netwerk van de patiënt: Er wordt narratief gewerkt (verhaal van patiënt is leidend) waarbij het dossier als aanvulling dient. [Netwerkinventarisatie-instrumenten](#) worden niet standaard gebruikt.

Kennismaken met het sociaal netwerk middels een huisbezoek: Het sociaal netwerk bezoeken in de eigen omgeving waar hun verhaal centraal staat is waardevol. Daarbij wordt bewust gekozen voor de woorden 'kennismaken met het sociaal netwerk', in plaats van 'het sociaal netwerk screenen' (op risico's). Er wordt een inschatting gemaakt in hoeverre contacten beschermend of juist risicovol zijn waarbij [richtinggevende vragen](#) helpend zijn. Belangrijke waarden zijn 1) gelijkwaardigheid: Het sociaal netwerk is een volwaardige gesprekspartner ondanks het feit dat de instelling beslissingsbevoegd is en 2) wederkerigheid: Wat zijn verwachtingen van het sociaal netwerk? Wat is fijn en minder fijn in contact met de instelling en de patiënt? Hoe kan de instelling hierin ondersteunen? Als een huisbezoek niet mogelijk is, vindt de kennismaking plaats in de instelling.

Richtinggevende vragen:

- Wat weet je van het delict?
- Was je aanwezig bij het delict?
- Had je een rol bij het delict?
- Hoe zou je het contact met de patiënt omschrijven, zowel vroeger als nu?
- Hoe zie je de relatie met de patiënt?
- Wat is jouw/jullie visie op de relaties in het sociaal netwerk van de patiënt?

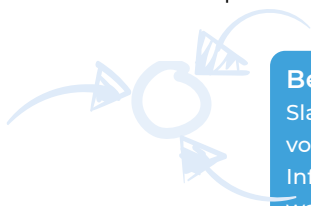
Risicoanalyses maken van het contact tussen patiënt en sociaal netwerk: Er is geen specifiek instrument voor het in kaart brengen van risico's en beschermende factoren in het sociaal netwerk. Het sociaal netwerk komt als risicofactor terug in de standaard gebruikte instrumenten, de HCR-20^{V3} (*H3 Geschiedenis van problemen met relaties en R3 Toekomstige problemen met persoonlijke steun*) of de HKT-R (*H05 Netwerkinvloeden, K14 Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden en T6 Sociaal netwerk*) en als beschermende factor in de SAPROF (*Netwerk*). [De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden](#)

geeft instellingen ruimte om binnen de gestelde kaders regels op te stellen voor bezoek² en (proef)verlof³. Het inschatten van risico's in het contact tussen patiënt en sociaal netwerk is een continu en multidisciplinair proces. Observatie van contacten en gedragsontwikkeling (oefenen van gedrag betekent vallen en opstaan) binnen veilige kaders staan centraal. Risicoscenario's helpen bepalen of het netwerk beschermend of juist risicovol is. Regelmatige evaluatie is nodig, ook met oog voor risico's voor de patiënt zelf, zoals victimisatie door nieuwe contacten. Een voorbeeld is een patiënt die werd opgelicht door vrouwen en geld afhandig werd gemaakt.

Sociaal netwerk begeleiden als risicosignaleerder(s): Sociaal netwerk krijgt uitleg over risico's en vroege signalen van terugval, en wordt actief betrokken bij het opstellen van het plan om terugval in risicovol of strafbaar gedrag te voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren tijdens een netwerkgesprek in aanwezigheid van het multidisciplinaire behandelteam. Loyaliteit binnen het sociaal netwerk kan belemmerend werken. Daarom is het belangrijk om tijdig, en wanneer het toe-standsbeeld dit toelaat, afspraken te maken over contact in moeilijke periodes. Dit vraagt om maatwerk, afhankelijk van het inzicht van het netwerk en duidelijke afspraken over het moment van signaleren.

Organiseren van netwerkbijeenkomsten en het begeleiden van netwerk-verloven: Strategisch geplande netwerkbijeenkomsten vóór de behandelplan-bespreking bevestigen het sociaal netwerk als volwaardige partner. Het eerste verlof wordt altijd begeleid door de FMW; vervolgverlof indien dit de behandeling ondersteunt. Observatie in de thuissituatie biedt waardevolle inzichten, waarbij een vertrouwd gezicht vanuit de instelling het contact vergemakkelijkt.

Het uitvoeren van slachtofferonderzoek: De behoeften van slachtoffers, nabestaanden en tbs-patiënten worden geïnventariseerd. Slachtofferbelangen worden behartigd en bemiddeling is mogelijk. Meer informatie staat in de [Handreiking Slachtofferbewust werken](#) en [Perspectief herstelbemiddeling](#). FMW's hebben doorgaans geen contact met slachtoffers, tenzij het familie betreft. Via Slachtofferhulp zoekt de Van der Hoeven Kliniek [bewust wél contact](#).



Bewust wél contact

Slachtofferhulp Nederland ontvangt vanuit de Van der Hoeven Kliniek voorlichting over tbs-behandeling, met respect voor patiëntprivacy. Informatie vanuit het Informatiepunt Detentieverloop (IDV) is vaak beperkt, waardoor aangekondigd verlof tot onrust kan leiden. Toelichting op de zorgvuldige besluitvorming rond onbegeleid verlof en contact met een FMW kan hierbij ondersteuning bieden.

Begeleiden en monitoren van contacten: Ook in stabiele periodes worden structureel contactmomenten met het sociaal netwerk gepland, om te voorkomen dat contact enkel plaatsvindt bij crisis. Met instemming van de patiënt kan het netwerk zonder diens aanwezigheid spreken met de FMW. Terugkoppeling aan

² Hoofdstuk VII, artikel 37

³ Hoofdstuk XI, artikel 50 & 51

de patiënt bevordert transparantie en vertrouwen. Ondersteuning bij herstel of opbouw van het netwerk is eveneens onderdeel van deze taak.

Het geven van psycho-educatie: Er wordt voorlichting gegeven over de tbs-maatregel, diagnose, problematiek, gedrag en interactiepatronen. De HB sluit indien nodig aan, bijvoorbeeld bij netwerkbijeenkomsten. Bij stapsgewijze psycho-educatie wordt een vaardigheidstrainer⁴ ingezet. Voor gespecialiseerde begeleiding voor sociaal netwerkliden volgt vaak een verwijzing via de huisarts.

Gesprekken voeren over de rol van de patiënt als ouder: In het onderzoek werd door patiënten de rol als ouder en de hechting met hun kinderen benoemd. Een kindvriendelijke ontvangstruimte is wenselijk. De Rooyse Wissel ontwikkelde een behandelmodule rond ouderschap; de Van der Hoeven Kliniek biedt begeleide ouder-kind contactmomenten in een intern appartement.

Samenwerken met ketenpartners: Goede overdracht van informatie over het sociaal netwerk is van belang, maar gebeurt vanuit PI's of andere instellingen niet altijd vanzelf. Bij ontbrekende overdracht nemen FMW's zelf contact op met eerdere betrokkenen. Het project [Warme Overdracht](#) biedt handvatten voor een persoonlijke en zorgvuldige overdracht.

Uitdragen systemische visie in de instelling: In de instelling uitleg en inzicht geven in [gedrag achter gedrag](#) van patiënten en hun sociaal netwerk.



Gedrag achter gedrag

De term 'gedrag achter het gedrag' verwijst binnen de systeemtheorie naar het idee dat zichtbaar gedrag van mensen voortkomt uit onderliggende patronen, overtuigingen, emoties en interacties binnen een systeem. Het gaat niet alleen om het gedrag wat je ziet. Je onderzoekt waarom iemand zich zo gedraagt en hoe gedrag beïnvloed wordt door de context waarin iemand zich begeeft.

De invulling van de functie FMW verschilt per instelling; financiële begeleiding kan onderdeel zijn, maar dit kan spanning oproepen tussen professional, patiënt en netwerk wat samenwerking kan bemoeilijken.

Hoofdbehandelaar

De HB werkt nauw samen met de FMW, die vaak wordt gezien als rechterhand. De FMW onderhoudt het meeste contact met het sociaal netwerk en koppelt hierover terug aan de HB. De rol van de HB ten opzichte van het sociaal netwerk komt in de volgende taken naar voren:

- **Het opstellen en opvolgen van het behandelplan:** Met aandacht voor de rol en invloed van het sociaal netwerk. De FMW levert hiervoor input op basis van contact met de patiënt en diens sociaal netwerk.

⁴ Een vaardigheidstrainer in een FPC richt zich op het trainen van verschillende vaardigheden zoals de-escalerende technieken, communicatievaardigheden en sociale vaardigheden.

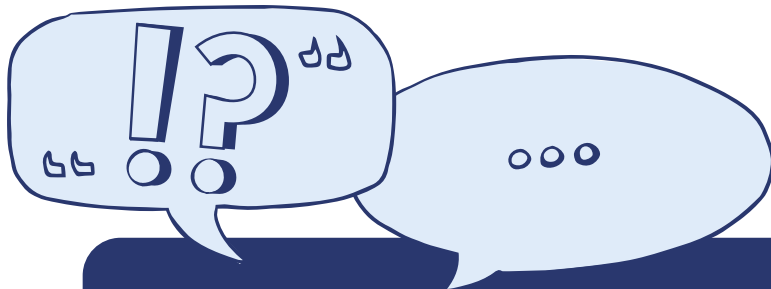
- **Op indicatie in gesprek gaan met het sociaal netwerk**, bijvoorbeeld voor psycho-educatie of het afnemen van een hetero-anamnese. Aanwezig zijn bij netwerkgesprekken.
- **Aandacht hebben voor eerdere negatieve ervaringen van het sociaal netwerk met (Hoofd)behandelaren.** Luisteren en leren dragen bij aan het (herstel) van vertrouwen.

Samenwerking

Afdelingsgebonden werken zorgt voor nauwe samenwerking tussen FMW, HB en Teamleider. De FMW vormt de brug tussen het sociaal netwerk en het behandelteam, waarbij alle (ook afwezige) stemmen worden gehoord (meerstemmigheid). Een impopulaire boodschap vanuit de HB, zoals het weigeren van verlof, kan de relatie tussen FMW en het sociaal netwerk beschermen. Zo blijft de FMW **meerzijdig partijdig** zonder het behandelbeleid te schaden

Meerzijdig partijdig

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



Reflectievragen 'Functionele inbedding':

- **Individueel:** Hoe zichtbaar is het sociaal netwerk van patiënten voor jou? Op welke manier is dit verankerd in jouw functie?
- **Individueel:** In hoeverre voel jij je verantwoordelijk voor het betrekken van het sociaal netwerk binnen jouw functie? Hoe verhoudt zich dit tot andere functies binnen jouw instelling waarmee jij samenwerkt?
- **Intercollegiaal:** Wat gaat goed in jullie aanpak rondom het sociaal netwerk, en wat kan beter? In hoeverre hebben jullie inspirerende voorbeelden te delen? Met welke uitdagingen hebben jullie te maken?
- **Intercollegiaal:** Wat hebben jullie als team nodig om het sociaal netwerk structureel beter te betrekken? En wat is daarvoor nodig?

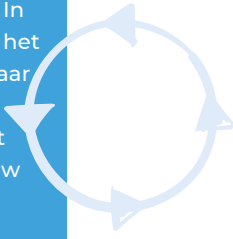
2. Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet

Hoe kijken FMW's en HB's naar de patiënt en diens sociaal netwerk? Aan de hand van tien uitgangspunten uit de systeemtheorie – beschreven als '[systemische bril](#)' –, is gekeken hoe deze bril in de praktijk van deze professionals vorm krijgt.

1. **Contextualiseren:** Ik ga met de patiënt in gesprek over diens gedrag in de verschillende leefwerelden (contexten) van de patiënt. Dit betekent:
 - Patiënten leren (opnieuw) oog te hebben voor de leefwereld van hun sociaal netwerk, zoals een zus met eigen problemen op wie vaak een beroep wordt gedaan door de patiënt. Door de leefwereld van deze zus bespreekbaar te maken helpt de FMW patiënt inzicht te krijgen in haar belastbaarheid.
 - Positief gedrag van een patiënt in een andere context waarderen: *'Ik belde met de kinderen van de overleden broer van een patiënt die heel veel problemen heeft in de kliniek. Van deze kinderen hoorde ik dat de patiënt super zorgzaam en beschermend is naar hen toe. En dan zeg ik tegen de patiënt: 'Wat goed dat je er zo voor ze bent, dat je ervoor zorgt dat ze op het rechte pad blijven' (FMW).*
2. **Denken in samenhangen:** Meerdere contexten/invloeden spelen mee in het verklaren van gedrag, gevoelens en ervaringen. Dit betekent:
 - Aandacht hebben voor hoe gedrag, gevoelens en emoties met elkaar samenhangen, nu en in het verleden: *'Als een zus vroeger alles bepaalde, in hoeverre ervaart de patiënt dit patroon nu nog in het contact met haar?' (HB).*
 - Overleg met andere disciplines, zoals groepsleiding, zodat de contexten van de patiënt in beeld zijn. *'Er was een bezorgde moeder van een patiënt die dagelijks belde met de afdeling en veel vragen stelde. Deze moeder werd door de groepsleiding irritant gevonden terwijl deze moeder bezorgd was om haar kind. Ik zie het als mijn taak uitleg te geven aan de groepsleiding over wat ik zie gebeuren en het gedrag van moeder te verklaren om verdere ruis te voorkomen' (FMW).*
3. **Bewust zijn van invloed van eigen ideeën, opvattingen en/of uitingen** op de patiënt en het sociaal netwerk. Dit betekent:
 - Bewust bespreekbaar maken wanneer de instelling anders kijkt dan het sociaal netwerk. Bijvoorbeeld door culturele verschillen in de beleving van psychiatrische klachten.
 - Bewustwording creëren in de breedte van de instelling: *'Dat de patiënt ook een leven voor de opname had en collega's er actief op wijzen op dat gedrag altijd ergens vandaan komt. Zo kan een patiënt loyaal zijn aan ouders ondanks het ontbreken van liefde, wat voor professionals soms moeilijk te begrijpen is' (FMW).*
 - Als professional zelf onderdeel worden van het systeem van de patiënt. Dit vraagt om actief reflecteren, zowel individueel als in teamverband, op de invloed van eigen normen en waarden: *'Is dit gedrag echt risicovol of vooral irritant? Waarom triggert het mij? Raak ik/jij niet teveel ingezogen?' (FMW).* Externe ondersteuning, zoals een Groepsdynamicus of Personeelsbegeleider, kan waardevol zijn.

Circulaire vragen

Circulaire vragen zijn vragen die helpen om te begrijpen hoe mensen elkaar beïnvloeden. In plaats van te kijken naar één persoon, gaat het om de onderlinge relaties, hoe mensen elkaar zien en met elkaar omgaan. Bijvoorbeeld: Wat denkt jouw netwerk dat jij voelt als het delict ter sprake komt? Hoe denk je dat jouw vader jouw gedrag ziet sinds het delict?



4. **Circulaire vragen** helpen de patiënt diens levensverhaal te verrijken door gebeurtenissen vanuit het perspectief van anderen in hun sociaal netwerk te bekijken en te verwoorden. Dit betekent:
 - De FMW als ‘bruggenbouwer’. De patiënt en het sociaal netwerk worden uitgenodigd een situatie te bekijken vanuit het perspectief van de ander. Wat zou die denken of zeggen? Of tijdens een netwerkbeeenkomst: Wie heeft hier nu het meest last van gehad?
 - Zicht krijgen op de mate van wederkerigheid in relaties: *‘Als de patiënt eerlijkheid verwacht van zijn partner, is het belangrijk dat hij zelf ook eerlijk is. Belangrijk dit inzicht te bespreken’* (FMW).
5. **Meerzijdige partijdigheid** waarbij de professional zich kan inleven in de verschillende stemmen die klinken zonder partij te kiezen. Dit betekent:
 - Alle perspectieven bij elkaar brengen, begrip tonen en uitleg geven. Ook een stem geven aan personen die minder mondig zijn.
 - Een uitdaging voor de FMW wanneer er veel mensen betrokken zijn of er spanningen ontstaan tussen de belangen van patiënt, de instelling en het sociaal netwerk. Dit betekent meerstemmigheid toelaten maar als FMW altijd uitdragen wat het multidisciplinaire behandelteam zegt.
 - Op zoek gaan naar een gezamenlijke doelstelling wanneer het sociaal netwerk en de instelling niet tot samenwerken komen: *‘Er is altijd een lijntje te vinden, een gezamenlijke doelstelling. Uit de tbs komen en dus weer deel uitmaken van de familie buiten de muren is vaak een gezamenlijke drijfveer. ‘Waar zijn wij het wél over eens en hoe kunnen we dit bereiken?’ De focus ligt dan meer op: Hoe zorg je ervoor dat je elkaar niet in de problemen brengt (bijvoorbeeld met justitie) en niet op het verbreken van het contact’* (HB).
 - Als FMW alert zijn op valkuilen zoals manipulatie of ‘voor het karretje gespannen worden’. Collegiale toetsing, bijvoorbeeld via casuïstiekbepreking, is van belang.
6. **Bewustzijn** van het feit dat **relaties aan verandering onderhevig zijn**. Dit betekent:
 - Dat het sociaal netwerk wordt betrokken bij het oefenen van nieuw gedrag door de patiënt, als onderdeel van de behandeling.

- Aandacht hebben voor de spanningen die kunnen ontstaan wanneer de patiënt verandert, maar het sociaal netwerk onveranderd blijft: *'Ik ga terug naar dat huis, daar komen gevoelens van vroeger terug. Maar ik ben verder, en mijn netwerk niet'* (Patiënt).

7. Focussen op steunbronnen (familie, vrienden, werk) omdat dit inzicht geeft in wat beschermend en ondersteunend werkt. Dit betekent:

- Zo vroeg mogelijk in het behandeltraject focus op sociaal netwerkliden die steunend en beschermend zijn.
- Hierin een niet-wetende-positie aannemen wat gaat over goed luisteren, nieuwsgierig zijn, doorvragen en onbevooroordeeld zijn.

8. Het sociaal netwerk inzetten ter **vergroting van de veerkracht** van patiënten. Dit betekent:

- Dat wederkerigheid in sociale relaties belangrijk is; de patiënt moet niet alleen ontvangen, maar ook (weer) iets kunnen betekenen voor het netwerk.: *'Gisteren was een patiënt jarig tijdens de netwerkbijeenkomst. Dat was mooi. Zo kon de moeder toch even zingen voor haar zoon, en zoon had een cake gebakken op de afdeling. Dat vind ik hele positieve punten. Het geeft doorzettingsvermogen weer, ze willen er samen aan werken om het contact beter te krijgen ondanks alle problemen'* (HB).
- Verlof stimuleren wanneer het sociaal netwerk een positieve invloed heeft, en bewaken dat het netwerk een ondersteunende rol blijft vervullen zonder een forensische taak op zich te nemen.
- Bewust zijn dat een minder ondersteunend sociaal netwerk ook een beroep kan doen op de veerkracht van de patiënt: *'Een moeder die haar zoon (de patiënt) voortdurend belast met haar eigen spanningen terwijl hij dit niet aankan. Dit kan de patiënt in een onmachtige positie brengen'* (FMW).
- Benadrukken van wat goed gaat. Vergroot positieve elementen uit en werk – ondanks alles – aan het behouden van de verbinding tussen de patiënt en diens sociaal netwerk.

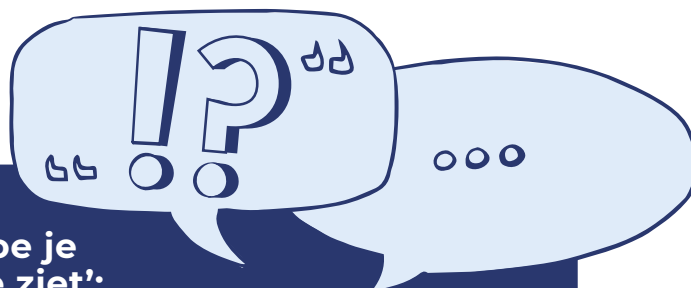
9. De begeleiding aan de patiënt en het sociaal netwerk als co-constructie zien. De professional betreft **verschillende perspectieven** op het probleem en maakt deze **in dialoog bespreekbaar zonder de expertrol** op zich te nemen. Dit betekent:

- Als FMW de expertrol zo min mogelijk inzetten en als gelijkwaardige gesprekspartner naast de patiënt en diens sociaal netwerk staan. Wanneer de expertrol nodig is en verwacht wordt dat dit spanning kan veroorzaken, kan de HB deze inzetten zodat de FMW diens gelijkwaardige positie behoudt. Zo krijg het sociaal netwerk meer inzicht in de problematiek van de patiënt en de risico's.
- Het erkennen van de waarde van familie-inzicht: het sociaal netwerk beschikt over eigen expertise in de vorm van kennis en ervaringen met de patiënt.

10. De patiënt **aanmoedigen** om bij **negatieve invloed van het sociaal netwerk**

eigen keuzes te maken (autonomie) waardoor de patiënt beter bestand leert te zijn tegen deze beïnvloeding. Dit betekent:

- De patiënt stimuleren inzicht te krijgen in niet-helpende contacten door negatieve invloeden te benoemen en de patiënt uit te nodigen na te denken over jouw observaties als professional: *'Ik benoem wat ik opmerk in het contact en stel de patiënt vragen zoals: 'Wil je dit wel? Wil ik de keuze maken om met deze personen door te gaan? Of is het misschien verstandiger voor mij om...?' Je gaat dit dan bewerken. Het komt niet vaak voor dat ik bezoek moet weigeren' (FMW).*
- Hier gezamenlijk in optrekken door multidisciplinair af te stemmen: *'Er was een patiënt die de wens had een relatie te krijgen maar snel van slag en onzeker is. (...) Het team zei dat het kansloos was (...) dit is een menselijke behoefte en het hoort bij het leven. Laat hem er dan zelf maar tegenaan lopen. Dat is ook gebeurd. Hij kwam zelf tot de conclusie dat het veel te zwaar voor hem was, de spanning ontregelde hem bijna. Er stond een afspraakje gepland, ik zou meegaan maar zover is het niet eens gekomen. Hij heeft zelf de stekker eruit getrokken' (FMW).*
- Bewust zijn van de risico's van eenzaamheid wanneer contact met een sociaal netwerk met negatieve invloeden wordt verbroken – ook zulke relaties kunnen steunend zijn.



Reflectievragen 'Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet':

- **Individueel:** Hoe beschrijf je jouw (systemische) bril? Wat kenmerkt jou als professional wanneer het gaat om het betrekken van het sociaal netwerk van patiënten in de behandeling? Waar zit jouw kracht, en waar mogelijk een blinde vlek?
- **Individueel:** In hoeverre lukt het jou om met een systemische bril te kijken als het sociaal netwerk complex of belastend is? Wat helpt hierbij? Wat werkt belemmerend?
- **Intercollegiaal:** Hoe zichtbaar is de systemische benadering zichtbaar in jullie team en instelling? Wordt er structureel aandacht besteed aan het sociaal netwerk in overleggen, plannen en beleid?
- **Intercollegiaal:** In hoeverre nemen jullie als team de tijd om te reflecteren op jullie positie binnen het sociaal netwerk van de patiënt? Hoe alert zijn we op het risico om ingezogen te raken of gemanipuleerd te worden door dynamieken in dat sociaal netwerk?

3. Ruis in de communicatie tussen patiënt, sociaal netwerk en instelling

Kennis uit de reguliere GGZ laat zien dat aandacht voor thema's zoals schuld, schaamte, stigma, trauma, trots, taboe, ruzie, rouw/ en levend verlies nodig is om samenwerking mogelijk te maken. Ervaringen vanuit de perspectieven van de patiënt, FMW en HB laten zien hoe dit vorm kan krijgen.

Aandacht hebben voor schuld, betekent:

- Bewustwording van het feit dat dit volgens patiënten voor hen een groot thema is.
- Schuldgevoelens bij zowel de patiënt als het sociaal netwerk bespreekbaar maken en hierin durven doorvragen.
- Begrenzen van overcompenserend gedrag uit schuldgevoel, zoals geld geven of verantwoordelijkheden overnemen door het sociaal netwerk, is van belang. Dit kan de zelfredzaamheid van de patiënt belemmeren wat vaak een centraal behandel-doel is.
- De patiënt en het sociaal netwerk ontschuldigen waarin zij geholpen worden schuldgevoelens los te laten die vaak verbonden zijn aan problemen of situaties uit het verleden. Door erkenning te geven voor hun intenties, keuzes en gedrag worden zij niet alleen als schuldige gezien, maar ook als mensen met een eigen verhaal. Een interventie die hierbij kan helpen is *externaliseren* waarbij het probleem wordt losgemaakt van de persoon. Het probleem (bijvoorbeeld de stoornis) is het probleem, en niet de persoon.⁵
- Weten dat het sociaal netwerk soms schuld voelt bij het delen van positieve ervaringen met de patiënt, terwijl die juist steunend en waardevol zijn voor de patiënt.

Aandacht hebben voor schaamte, betekent:

- Dat schaamte ertoe kan leiden dat patiënten hun sociale kring bewust klein houden, waardoor de afstand tot het bredere netwerk toeneemt.
- Dat ouders zich kunnen schamen voor het delict van hun kind en de opname verzwijgen en druk uitoefenen op de totstandkoming van verlof om hun kind zichtbaar te houden voor de omgeving.
- Rekening houden met culturele aspecten die bijdragen aan schaamte zoals het wonen in een kleine gemeenschap en media-aandacht rondom een delict.
- Een veilige sfeer creëren waarin schaamte bespreekbaar wordt gemaakt en er ruimte is voor verhalen en dilemma's van de patiënt en het sociaal netwerk. Luisteren en erkennen geeft ruimte om te spreken over de impact van het delict – boosheid, walging en verdriet mogen er zijn.

⁵ N.B. Schuld in relatie tot het delict is vaak complex waarbij de patiënten wordt geleerd verantwoordelijkheid voor hun gedrag te nemen. Ontschuldigen kan dan mogelijk ook anders geïnterpreteerd / misbruikt worden.

Aandacht hebben voor stigma, betekent:

- Iets wat zowel speelt tussen de patiënt en diens sociaal netwerk, en tussen het sociaal netwerk en de buitenwereld.
- Oog hebben voor culturele opvattingen die het ziekte-inzicht beïnvloeden. Zo kan het sociaal netwerk de patiënt niet als psychisch ziek zien, maar belast door geesten of voorouderlijke invloeden.

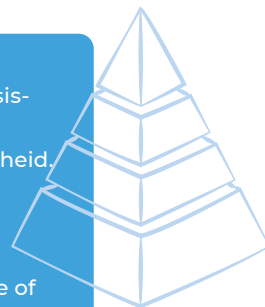
Aandacht hebben voor trauma, betekent:

- Erkennen van (vroegkinderlijk) trauma waarin het sociaal netwerk een rol kan hebben gespeeld.
- Loyaliteit bespreekbaar maken in netwerkgesprekken, om ruimte te geven aan pijnlijke ervaringen.
- Scherp zijn op trauma-gerelateerde klachten van mensen in het sociaal netwerk van de patiënt en hen, indien nodig, adviseren professionele hulp te zoeken.
- Intergenerationeel trauma inzichtelijk en bespreekbaar maken. Bijvoorbeeld middels een [Genogram](#), met aandacht voor culturele verschillen. De [Piramide van Pinto](#) helpt hierbij door waarden en behoeften in niet-westerse, collectivistische culturen te duiden, als tegenhanger van Maslows focus op individuele zelfontplooiing.

Piramide van Pinto

De piramide van Pinto bestaat uit vier lagen, van basisbehoeften tot sociale en culturele waarden:

- Elementaire behoeften – zoals eten, drinken, veiligheid.
- Behagen van de groep – het voldoen aan groepsnormen en verwachtingen.
- Goede naam – reputatie binnen de gemeenschap.
- Eer – het voorkomen van gezichtsverlies, schaamte of eeraantasting.



- Sensitief omgaan met geheimen binnen het sociaal netwerk, zoals incest, dat vaak lang onbesproken is gebleven maar los kan komen tijdens de behandeling: *‘Soms werken gesprekken van de dag door, bijvoorbeeld wanneer seksueel misbruik ter sprake is gekomen in gesprek met het sociaal netwerk. Dat ze je dan bijvoorbeeld in de avond bellen. Dan moet je beschikbaar zijn’ (FMW).*

Aandacht hebben voor trots, betekent:

- Erkennen dat trots twee kanten heeft. Positieve trots versterkt de veerkracht en wordt gevalideerd door complimenten te geven. Negatieve trots kan het moeilijk maken om het sociaal netwerk om hulp te vragen of hen te betrekken.
- Begrijpen dat trots voor sommige patiënten confronterend kan zijn: *‘Trots ben ik sowieso nooit. [...] Accepteren zoals je bent, daar heb ik mijn handen vol aan. Ik zit vol schaamte naar mijn familie toe, over wat er is gebeurd, de moeizame resocialisatie en het traject, over het delict en hoeveel mijn netwerk voor me gedaan heeft. Dat is heel veel. En dat je je ouders teleurgesteld hebt’ (Patiënt).*

- Door te focussen op krachten, successen en voldoening ontstaat ruimte voor herstel – de patiënt is meer dan zijn delict. Kennis over de [narratieve systeemtherapie](#) biedt hierbij waardevolle inzichten.

Aandacht hebben voor taboe, betekent:

- Onbesproken thema's (vaak zeden-gerelateerd) voorzichtig maar doelgericht benoemen.
- Stilstaan bij het lijden van het sociaal netwerk zonder het te willen oplossen. Dit betekent ruimte geven, luisteren en erkennen.
- Culturele gevoeligheid tonen waarin het bijwonen van een [cultureel interview](#) helpend is. Soms is het nodig een taboe te doorbreken om risico's te signaleren – soms juist niet.
- Samen zoeken naar passende taal wat ondersteunend werkt in het contact tussen de patiënt en diens sociaal netwerk. Ook zonder erkenning van het delict of de stoornis kunnen woorden verbinding mogelijk maken: 'Ik heb het niet gedaan maar ik ben er wel voor veroordeeld'. Of bij ontkenning van de psychotische kwetsbaarheid: 'Ik ben niet psychotisch maar ben wel opgenomen op een afdeling met mensen met een psychotische stoornis'.

Aandacht hebben voor ruzie, betekent:

- Zowel actuele als vroegere conflicten bespreekbaar maken. Vaak gaan deze over het delict, de stoornis en/of zaken die men is kwijtgeraakt.
- Inzicht krijgen in interactiepatronen en deze bespreekbaar maken. Gebruik modellen zoals de [hechtingstheorie](#) om inzicht te krijgen in hoe de hechtingsontwikkeling op jonge leeftijd invloed heeft op sociale relaties in het hier en nu. Kennis over de [Kwetsbaarheidscirkel](#) helpt te begrijpen hoe de acties van de ene partner (de strategie) de kwetsbare of gevoelige plekken van de ander raakt wat negatieve patronen versterkt: *'Je zegt nu dit, hoe komt dat bij jou over? En wat is het onderliggende gevoel? En hoe reageert de ander hierop? (FMW).*
- Omgaan met beperkt probleeminzicht van de patiënt en/of het sociaal netwerk wat belemmerend kan werken.
- Weten dat de relationele dynamiek (spanningen, loyaliteitsconflicten en/of misverstanden) tussen de patiënt en het sociaal netwerk kunnen doorwerken in het contact met de instelling en daarmee de behandelrelatie beïnvloedt.
- Spanningen vanuit het sociaal netwerk zien en de patiënt beschermen waar mogelijk: *'Maak die ruzie maar met mij, dan kan ik je wel uitleggen hoe het zit. Leg het niet bij de patiënt neer. Die wordt al genoeg belast met strijd. [...] Een patiënt waar ik me zorgen over maakte heeft gisteren dwangmedicatie gehad. Ik kreeg een telefoontje van het sociaal netwerk dat hij met tien man platgespoten is. Ik ga er naar toe waarbij de patiënt zegt dat hij goed heeft meegewerkt. Ik confronteer de patiënt dan wel ermee dat hij een wat ander verhaal aan zijn netwerk heeft verteld dan hoe het is gegaan' (FMW).*



Levend verlies

Levend verlies betekent dat iemand langdurig verdriet ervaart door een ingrijpende verandering, zoals ziekte, verslaving of detentie van een dierbare. Het verlies is niet zichtbaar zoals bij overlijden, maar blijft voelbaar. Daardoor stopt de rouw niet vanzelf en kan die jaren duren.

Aandacht hebben voor rouw en levend verlies, betekent:

- Open communicatie over toekomstverwachtingen wat overschatting van draagkracht voorkomt en helpend is bij het formuleren van realistische doelen: *'Er is een jonge patiënt die ooit op de universiteit gestart is maar dit door zijn psychotische kwetsbaarheid niet meer aankan. De patiënt wil loyaal blijven aan zijn ouders en hen niet teleurstellen. Vaardigheidstrainingen kunnen deze patiënt helpen om verwachtingen los te laten en dichterbij de eigen mogelijkheden te komen. Wanneer de patiënt zover is, breng ik het sociaal netwerk bij elkaar en ondersteun ik de patiënt dit uit te leggen aan zijn sociaal netwerk'* (FMW).
- Culturele invloeden erkennen. Bijvoorbeeld: een patiënt met een islamitische achtergrond kan geen gezin stichten vanwege zijn psychiatrische kwetsbaarheid, omdat zijn familie dit niet accepteert. Dit kan voor de patiënt gevoelens van rouw teweeg brengen.
- Oog hebben voor het verlies van sociaal netwerk, overlijden van dierbaren of demografisch op grote afstand zitten. *Inspiratie: De Van der Hoeven Kliniek doet ervaring op met 'Huisdier op De Voorde' waarbij vrijwilligers met hun huisdier(en) op bezoek komen bij de patiënt. Het doel is om een positieve invloed te hebben op patiënten door middel van contact met dieren. Ook wordt er ervaring opgedaan met de inzet van vrijwilligers, bijvoorbeeld bij religieuze activiteiten.*
- Gevoelens van rouw of levend verlies van broers of zussen van de patiënt erkennen. Deze broers of zussen van de patiënt hebben bijvoorbeeld in hun jeugd niet volledig kind kunnen zijn door de langdurige zorgen om hun broer of zus.

Reflectievragen 'Ruis in de communicatie':

- **Individueel:** In hoeverre lukt het je om in gesprekken met patiënten en hun netwerk stil te staan bij wat er écht speelt? Denk aan onderwerpen die niet altijd direct uitgesproken worden, maar wel voelbaar zijn. Wat lukt goed en wat minder goed?
- **Individueel:** Welke persoonlijke overtuigingen of gevoelens beïnvloeden jouw handelen bij het bespreekbaar maken van deze thema's? In hoeverre ben je je hiervan bewust?
- **Intercollegiaal:** Hoe zorgen jullie er als team voor dat er structureel aandacht is voor deze thema's / onbesproken onderwerpen in de behandeling en begeleiding? In hoeverre zijn jullie tevreden over hoe nu gaat?
- **Intercollegiaal:** Welke gezamenlijke taal, werkwijzen of methodieken gebruiken jullie om deze thema's / onbesproken onderwerpen te benaderen? Wat is hierbij helpend en wat werkt belemmerend?



Colofon

Handreiking

Samenwerken met het sociaal netwerk van de forensisch psychiatrische patiënt – wat werkt (niet)?

Lectoraat Werken in Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht

<https://www.hu.nl/onderzoek/werken-in-justitieel-kader>

Met subsidie van Stichting Vrienden van Oldenkotte

Vormgeving en lay-out Vermogen – Een kapitaal aan creativiteit, vrmgn.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

