

Sociale netwerkversterking binnen de forensische psychiatrie

Een kwalitatief onderzoek naar hoe sociaal professionals cliënten met schizofrenie en een tbs maatregel kunnen ondersteunen in het versterken van hun sociaal netwerk.

Student	Maaïke Sparidaens
Studentnummer	3501205
Klas	45-4V05G
Datum	23-06-2023
Toetscode	23V4G-AFOZ
Afstudeerrichting	GGZ-agoog
Afstudeerbegeleider	Viola van den Berk
Opleiding	Sociale Studies te Fontys Hogescholen

Samenvatting

Het hebben van een sociaal netwerk is steeds belangrijker geworden, doordat deze ingezet kan worden als informele zorg (Van der Ham et al., 2018). Echter hebben cliënten binnen de forensische psychiatrie meestal een klein sociaal netwerk (GGZ Standaarden, 2023b). Schizofrenie belemmert de omgang met het sociaal netwerk, doordat iemand met schizofrenie het moeilijk vindt om zichzelf aan te passen aan de maatschappij (Nevid et al., 2017). Daarnaast zorgt ter beschikking stelling met dwangverpleging ook voor moeilijkheden rondom sociale contacten aangaan en onderhouden, doordat verlobbewegingen steeds strenger zijn geworden (Nagtegaal et al., 2011). De expliciete kennis van hoe de sociaal professionals het sociaal netwerk kan versterken is minimaal (Van Vugt & Van Erp, 2020). Daarom staat binnen dit onderzoek de volgende hoofdvraag centraal: *Hoe kunnen de sociaal professionals van afdeling Y binnen ggz-instelling X het sociaal netwerk versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?*

Om de hoofdvraag te beantwoorden is eerst literatuuronderzoek gedaan en zijn er daarna interviews afgenomen. De interviews zijn afgenomen met zowel sociaal professionals als cliënten aan de hand van twee verschillende topiclijsten die aansloten bij de deelvragen. Na afname van de interviews zijn deze geanalyseerd.

De resultaten zijn dat het sociaal netwerk van een cliënt voornamelijk uit hulpverleners en familie bestaat en dat familie minimaal betrokken wordt bij de behandeling. De cliënten willen ook niet dat hun familie betrokken wordt, maar ze mogen wel op de hoogte gehouden worden. De cliënten willen wel ondersteuning bij aangaan van nieuwe contacten en willen meer gezamenlijke activiteiten ondernemen. Wat de sociaal professionals nodig hebben om het netwerk te kunnen versterken is wisselend, bijvoorbeeld trainingen en uitzonderingen in informatie mogen delen zonder toestemming van de cliënt.

Geconcludeerd kan worden dat er meerdere manieren zijn hoe de sociaal professional het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging kan versterken. Het is in ieder geval belangrijk om rekening te houden met de behoeften van de cliënten. Binnen dit onderzoek is de aanbeveling voor de overheid een wetsaanpassing, voor de organisatie het ontwikkelen van trainingen en voor de sociaal professionals inzet van Sociaal Netwerk Analyse, contact onderhouden met sociaal netwerk, wekelijkse gezamenlijke activiteiten ondernemen en inzet van ervaringsdeskundigheid.

Het onderzoek inclusief conclusies en aanbevelingen is voorgelegd aan de sociaal professionals van afdeling Y en zij stellen dat de aanbevelingen makkelijk implementeerbaar zijn op de afdeling. In het vervolg zou er eventueel nog verder ingegaan kunnen worden op wat de cliënten zelf kunnen doen rondom sociaal netwerkversterking.

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek over het versterken van het sociaal netwerk bij cliënten binnen de forensische zorg met een psychische stoornis. Hierbij wordt gefocust op hoe sociaal professionals passende begeleiding kunnen bieden aan de cliënt bij het vergroten van het sociale netwerk. Het afstudeeronderzoek is in eerste instantie geschreven voor de opleiding Sociale Studies van Fontys Hogescholen te Eindhoven. Daarnaast kan het afstudeeronderzoek ook een bijdrage leveren aan kennis- en vaardigheidsverbreding van de sociaal professionals binnen de forensische zorg. Het afstudeeronderzoek is geschreven in het tijdsbestek van februari 2023 tot en met juni 2023.

In mijn omgeving heb ik kunnen observeren dat iedereen zich weleens eenzaam voelt, inclusief ikzelf. Tijdens mijn stageperiode heb ik ervaren dat cliënten binnen de forensische zorg een klein sociaal netwerk hebben en geen tot een klein sociaal vangnet kennen, waaruit eenzaamheid naar voren komt. Persoonlijk vind ik het bieden van passende begeleiding rondom eenzaamheid en sociaal netwerkversterking binnen de forensische zorg complex. Door onderzoek te doen naar het vergroten van het sociale netwerk binnen de forensische zorg heb ik meer kennis en ervaring gekregen in hoe ik het netwerk van een cliënt kan vergroten. Daarnaast heb ik mogen ervaren hoe ik mijn eigen netwerk kan vergroten. Door middel van het afstudeeronderzoek heb ik mijzelf kunnen ontwikkelen op zowel persoonlijk als professioneel vlak en hierdoor heb ik kunnen uitgroeien tot de beginnend professional die ik graag wil zijn.

Als eerste wil ik mijn afstudeerbegeleider Viola van den Berk bedanken voor de fijne begeleiding die ik heb mogen ontvangen tijdens het schrijven van mijn onderzoek. U heeft ervoor gezorgd dat ik mijzelf bleef uitdagen tijdens het onderzoek, waardoor ik uiteindelijk het maximaal haalbare uit het onderzoek heb kunnen halen. Daarnaast wil ik de studenten uit mijn afstudeerkring bedanken voor de overlegmomenten en adviezen. Ook de instelling en de medewerkers wil ik bedanken voor het mogelijk maken van mijn onderzoek en het kunnen afnemen van de interviews.

Tot slot gaat mijn dankwoord ook uit naar mijn familie en vrienden omdat zij mij gesteund hebben tijdens het proces van mijn afstudeeronderzoek.

Ik wens u veel leesplezier met het afstudeeronderzoek toe!

Maaïke Sparidaens
Eindhoven, 23-06-2023

Inhoudsopgaven

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
1. Context en probleemschets.....	7
1.1 Probleemanalyse.....	7
1.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	7
1.1.2 Sociaal netwerkversterking binnen ggz-instellingen.....	9
1.1.3 Invloed van de cliënt.....	11
1.2 Probleemstelling	13
1.2.1 Probleemverificatie	13
1.3 Onderzoeksdoelstelling	14
1.4 Vraagstelling	14
1.4.1 Hoofdvraag	14
1.4.2 Deelvragen	15
1.5 Begripsafbakening.....	15
2. Theoretisch kader.....	18
2.1 Doelgroepomschrijving	18
2.1.1 Schizofrenie.....	18
2.1.2 Ter beschikking stelling met dwangverpleging.....	19
2.2 Sociale rechtvaardiging	20
2.3 Sociaal kapitaal.....	21
2.4 Herstelproces.....	22
2.5 Rehabilitatie	22
2.6 Sociaal netwerk	23
2.6.1 Sociaal netwerkversterking.....	24
3. Methodologie	27
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	27
3.1.1 Onderzoekspopulatie.....	27
3.1.2 Steekproef	27
3.1.3 Anonimiteit.....	28
3.2 Dataverzamelingsmethode.....	29
3.2.1 Ethische verantwoording	29
3.3 Meetinstrument.....	30
3.3.1 Betrouwbaarheid & validiteit.....	31
3.4 Data-analyse.....	32

4.	Resultaten.....	34
4.1	Resultaat deelvraag 1.....	34
4.2	Resultaat deelvraag 2.....	35
4.3	Resultaat deelvraag 3.....	37
5.	Conclusie en aanbevelingen	39
5.1	Conclusie	39
5.1.1	Conclusie deelvraag 1	39
5.1.2	Conclusie deelvraag 2	39
5.1.3	Conclusie deelvraag 3	40
5.1.4	Conclusie hoofdvraag.....	41
5.2	Aanbevelingen	42
6.	Discussie	45
6.1	Betekenis en bruikbaarheid	45
6.2	Sterkte- zwakteanalyse	46
	Literatuurlijst	48
	Bijlagen	52
1.	Informed consent.....	52
2.	Informatiebrief sociaal professionals	53
3.	Informatiebrief cliënt	54
4.	Omzet theoretisch kader naar topiclijst	55
5.	Topiclijst sociaal professional	58
6.	Topiclijst cliënt	61
7.	Codeboom sociaal professional	63
8.	Codeboom cliënt.....	68

Inleiding

“Ik heb eigenlijk nooit echt bezoek van iemand hier (C1)”. Dit citaat schetst het beeld van meerdere cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling (tbs) met dwangverpleging op afdeling Y. De onderzoeker heeft stagegelopen op afdeling Y en is zich in deze tijd bewust geworden van het feit dat de cliënten een klein sociaal netwerk hebben. Terwijl de verschuivingen in de maatschappij ervoor zorgen dat het hebben van een sociaal netwerk steeds belangrijker wordt, omdat er wordt ingezet op informele zorg binnen de maatschappij (Van der Ham et al., 2018). Een sociaal netwerk fungeert als vangnet en kan die aandacht geven waardoor een cliënt zich beter voelt (Movisie, 2017). Dit maakt dat er binnen de forensische zorg aandacht moet zijn voor het versterken van een sociaal netwerk. Binnen huidig onderzoek staat centraal hoe sociaal professionals met behulp van eigen capaciteiten het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging kunnen versterken. Het betrekken van naasten behoort tot het takenpakket van de sociaal professionals, maar zij hebben meestal te weinig expliciete kennis over hoe dit gedaan kan worden en dit heeft invloed op het re-integratieproces van de cliënt (Van Vugt & Van Erp, 2020). Afdeling Y is een behandelafdeling waar wordt gewerkt aan de terugkeer naar de maatschappij. Binnen dit onderzoek wordt gericht op cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging omdat zij behandeld worden op afdeling Y. Daarnaast zorgt schizofrenie voor belemmering in het sociaal functioneren (Nevid et al., 2017) en bemoeilijkt tbs met dwangverpleging het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten, door vermindering van vrijheid (Veendrick et al., 2006). De inzet van de sociaal professional kan verschil maken rondom het hebben van een sociaal netwerk.

Het doel van huidig onderzoek is het aandragen van aanbevelingen voor de sociaal professionals van afdeling Y waarmee zij in staat zijn om het sociaal netwerk te kunnen versterken bij cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging. Door het onderzoek zou er meer inzicht moeten ontstaan in hoe belangrijk het hebben van een sociaal netwerk is en zouden er handvatten moeten komen rondom sociaal netwerkversterking dat leidt tot verbetering van het herstelproces van een cliënt.

Het onderzoeksrapport is opgebouwd uit 6 hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt het probleem geschetst rondom sociaal netwerkversterking waaruit de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling logisch afgeleid kunnen worden. In dit hoofdstuk zal als laatste de belangrijke begrippen binnen dit onderzoek afgebakend worden. In hoofdstuk 2 is het theoretisch kader opgenomen, waarbij er eerst ingegaan wordt op de doelgroepomschrijving en daarna wordt gekeken naar theorieën zoals sociale rechtvaardiging, sociaal kapitaal, herstelproces en rehabilitatie. Als laatste wordt er dieper ingegaan op het sociaal netwerk en interventies rondom sociaal netwerkversterking. Binnen hoofdstuk 3 staat het onderzoeksontwerp centraal, waarbij eerst wordt gekeken naar de populatie en de steekproef van het onderzoek en daarna naar de dataverzamelingsmethode, meetinstrument en data-analyse. De topiclijsten en codebomen die voortkomen uit hoofdstuk 3 staan opgenomen in de bijlagen. In hoofdstuk 4 staan de resultaten rondom de deelvragen beschreven die worden ondersteund met

citaten vanuit de interviews. In hoofdstuk 5 staan de conclusies centraal die voortvloeien uit de resultaten en waarbij aanbevelingen worden aangedragen, zoals Sociaal Netwerk Analyse en inzet van ervaringsdeskundigheid. In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de betekenis voor de praktijk, de bruikbaarheid en de sterktes en zwaktes van het onderzoek. Hierin is de feedback van de sociaal professionals van afdeling Y verwerkt en daaruit kwam naar voren dat de aanbevelingen makkelijk te implementeren vallen in de praktijk. Na hoofdstuk 6 zullen de literaturen gepresenteerd worden en zijn de bijlagen opgenomen, zoals bijvoorbeeld de informatiebrieven.

1. Context en probleemschets

Hoofdstuk 1 staat in het teken van het schetsen van het probleem dat binnen het onderzoek centraal staat. In paragraaf 1 zal de probleemanalyse aan bod komen, waarin wordt gekeken naar de problemen op macro-, meso- en microniveau rondom sociaal netwerkversterking binnen de forensische zorg. In paragraaf 2 wordt de probleemstelling geformuleerd en deze zal geverifieerd worden in de praktijk bij afdeling Y. In paragraaf 3 zal de onderzoeksdoelstelling gepresenteerd worden en in paragraaf 4 staan de onderzoeksvragen centraal. In de laatste paragraaf staat de begripsafbakening waarin verduidelijking plaatsvindt van belangrijke begrippen binnen de context van dit onderzoek.

1.1 Probleemanalyse

1.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

De verzorgingsstaat heeft plaats gemaakt voor de participatiemaatschappij en hierin staat toegankelijke en gepaste zorg niet meer voorop. De participatiesamenleving vereist autonome inwoners die zelf verantwoordelijkheid kunnen dragen en die betrokkenheid voelen, het gaat om meedoen in de samenleving. Door de komst van de participatiemaatschappij is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) belangrijk geworden om meer inzicht te krijgen in wat participeren in de maatschappij inhoudt (Van den Heuvel, 2014).

Door de Wmo hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen om inwoners met een hulpvraag te ondersteunen bij het maatschappelijk verkeer. De doelen van de Wmo zijn zelfredzaamheid en participatie vergroten (Rijksoverheid, z.d.-d). In 2018 is er vanuit opdracht van het Sociaal en Cultureel Planbureau onderzoek gedaan naar de inzet van de Wmo 2015 binnen gemeenten en hieruit kwam naar voren dat het vergroten van zelfredzaamheid bij de doelgroep psychisch kwetsbaren moeilijk is. Daarnaast wordt er verwacht dat informele zorg wordt ingezet, maar de inzet hiervan is lastig. Cliënten willen geen beroep doen op hun sociaal netwerk en voor naasten is mantelzorg vaak een te grote belasting. Ook wordt er steeds meer ingestoken op 'lichtere' vormen van zorg en hierdoor krijgen complexe casussen niet altijd meer de juiste hulp geboden (Van der Ham et al., 2018).

Mensen met een psychische kwetsbaarheid participeren moeilijker in de maatschappij. In Nederland heeft gemiddeld 13,5% van de populatie een persoonlijkheidsstoornis, die wordt gekenmerkt door rigide gedragspatronen waardoor mensen met deze stoornis zich moeilijk kunnen aanpassen aan externe eisen. Daarnaast hebben in Nederland tussen de 60.000 en 80.000 inwoners een vorm van schizofrenie, dat leidt tot afname in het sociaal en beroepsmatig functioneren en daardoor kunnen mensen met schizofrenie aanpassen aan het leven in de maatschappij als lastig ervaren. De ziektebeelden leiden tot belemmering in contact aangaan en onderhouden met anderen (Nevid et al.,

2017). Een voorbeeld hiervan is dat cliënten verjaardagen van naasten vergeten of dat familie niet uitgenodigd wordt op de eigen verjaardag. Ondanks de belemmering in het aangaan van contacten wordt vanuit de maatschappij ook van hen zelfredzaamheid en een sociaal vangnet verwacht.

Cliënten binnen de forensische zorg maken nauwelijks tot geen deel uit van het maatschappelijk verkeer. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg die wordt opgelegd voor een gepleegd misdrijf met als doel recidive voorkomen. Forensische zorg richt zich op het vergroten van de maatschappelijke veiligheid (Rijksoverheid, z.d.-a). Ter beschikking stelling (tbs) is een forensische titel dat kan worden opgelegd wanneer een verdachte ontoerekeningsvatbaar wordt verklaard voor een misdrijf. Tbs bestaat uit twee soorten: tbs met dwangverpleging en tbs met voorwaarden. Tbs met voorwaarden is een lichte vorm van tbs en hierbij moeten cliënten zich aan bepaalde voorwaarden houden. Tbs met dwangverpleging betekent dat een cliënt wordt opgenomen binnen een gesloten kliniek en pas weer terug de maatschappij in kan wanneer dit als veilig geacht wordt (Rijksoverheid, z.d.-b). Er bestaat een negatieve beeldvorming rondom het tbs-systeem. Verlofbewegingen zijn essentieel in het proces van re-integreren in de maatschappij, omdat een cliënt (sociale) vaardigheden aanleert en leert omgaan met verantwoordelijkheden. Echter komt er vanuit de samenleving regelmatig commentaar op het verlenen van verlof, omdat zij voornamelijk de negatieve beelden in de media zien (Hofstee, 2020). De media tonen vaak casussen waarbij iemand met tbs ontsnapt of opnieuw een misdrijf pleegt tijdens verlof of na behandeling, zoals bijvoorbeeld laatst in het nieuws was dat twee cliënten met tbs ontsnapt waren uit een tbs-kliniek. In een artikel in het tijdschrift KIJK komt naar voren dat het beeld dat tbs niet werkzaam is geen goede weergave is van de werkelijkheid. Het aantal incidenten daalt jaarlijks, maar er komen steeds meer negatieve verhalen in de media waardoor de inwoners van Nederland denken dat het tbs-systeem faalt. De goede dingen komen echter nooit in de media waardoor de samenleving een vertekend beeld zal blijven houden van het tbs-systeem. Een van de goede dingen is bijvoorbeeld de jaarlijkse succesvolle beëindigingen van een tbs behandeling (Dröge, 2021).

Binnen de samenleving bestaat het beleid om mensen met een psychische aandoening te laten deelnemen aan de maatschappij, maar toch kennen veel mensen met een psychische stoornis eenzaamheidsgevoelens door vooroordelen en stereotyperingen rondom een psychische aandoening, zeker wanneer iemand behandeld wordt binnen de forensische zorg. Bijvoorbeeld een cliënt met tbs komt makkelijker in aanmerking voor een betaalde baan wanneer hij/zij niet aangeeft tbs te hebben of te hebben gehad. Door stigmatisering probeert de samenleving mensen met een psychische aandoening te vermijden of buiten te sluiten en dat leidt tot een klein sociaal netwerk (GGZ Standaarden, 2023b). Binnen de psychiatrie kennen cliënten meestal een klein sociaal netwerk, terwijl de verschuivingen in beleid vragen om meer inzet van informele zorg. Er moet dan ook aandacht komen voor het betrekken van het sociaal netwerk bij een behandeling. Binnen de psychiatrie is er sprake van het Mattheus-effect: een zorgbehoefte heeft baat bij een gezond sociaal netwerk maar kan deze niet aangaan en onderhouden en een sociaal netwerk kan positieve invloed hebben op de behandeling omdat zij hun dierbare goed kennen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). De belasting voor

de familie van een cliënt in de forensische zorg kan groot zijn door schaamte, schuldgevoelens en onzekerheid. Als familielid heb je allemaal je eigen verhaal en kan je in een sociaal isolement terecht komen, omdat er schaamte is tegenover de samenleving en hierdoor sociaal contact uit de weg wordt gegaan of doordat buitenstaanders de familieleden gaan vermijden. Bijvoorbeeld een moeder die verweten wordt dat haar zoon een zedendelict heeft gepleegd (Smilde, 2017).

Niet alleen de samenleving maar ook de overheid heeft invloed op het kunnen betrekken en het versterken van het sociaal netwerk binnen de forensische zorg. De overheid vindt het belangrijk dat een cliënt met tbs wordt aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid en dit vraagt motivatie vanuit de cliënt en betrokkenheid vanuit het sociaal netwerk (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2020). Het betrekken van een sociaal netwerk wordt soms bemoeilijkt door de overheid. Verlof is een van de aspecten waarin het sociaal netwerk een belangrijke rol kan spelen en verlof wordt door Ministerie van Justitie toegekend. Cliënten met tbs met dwangverpleging krijgen pas verlof wanneer zij voldoende vooruitgang hebben geboekt en dit kan enige tijd duren. Tijdens verlof zouden cliënten om kunnen gaan met hun sociale contacten en deze kunnen uitbreiden, maar er kan sprake zijn van een langere tijd binnen de kliniek verblijven zonder verlofbewegingen (Rijksoverheid, z.d.-c). Dit kan komen doordat een cliënt eerst verplichte therapieën moet hebben afgerond om verlof op te kunnen starten of doordat er sprake is van constante middelenmisbruik. Uit onderzoek van het Wetenschappelijke Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) blijkt dat de verblijfsduur van iemand met tbs de afgelopen jaren ook is toegenomen en dat dit komt doordat aanvragen en verlenen van verlof steeds strenger is geworden en dit leidt tot toename van administratieve werkzaamheden en afname van verlofbewegingen (Nagtegaal et al., 2011).

Kortom heeft de komst van de participatiemaatschappij het moeilijker gemaakt voor mensen met een psychische stoornis om te kunnen deelnemen aan de maatschappij. Tbs met dwangverpleging scheidt de cliënt van de samenleving en die cliënten krijgen regelmatig te maken met stigmatisering. De stigmatisering leidt samen met de strengere verlofkaders vanuit de overheid tot een klein sociaal netwerk.

1.1.2 Sociaal netwerkversterking binnen ggz-instellingen

Ggz-hulpverleners verschillen nauwelijks van de samenleving wat betreft stigmatisering ten opzichte van mensen met psychische problematiek. Stigmatisering vanuit de hulpverlening komt voort uit gevoelens van machteloosheid, onhandelbaarheid en verantwoordelijkheid. Het risico dat stigmatisering door hulpverleners met zich meebrengt is dat er selffulfilling prophecy kan ontstaan. Hulpverleners vinden het soms moeilijk om in te schatten waar de grens ligt tussen handelen op basis van professionele inschatting of op basis van vooroordelen, zeker wanneer een cliënt regelmatig over de grens gaat (Van Erp et al., 2019). Een voorbeeld hiervan is een forensische cliënt met een zoon waarbij besloten wordt dat het beter voor het kind zijn opvoeding is om zijn vader niet te zien, maar is dit dan vanwege professionele redenen besloten of vanwege de vooroordelen dat de vader een slecht rolmodel is voor het kind omdat hij binnen de forensische zorg wordt behandeld. Een manier waarop

stigmatisering vanuit de hulpverlening teruggezien kan worden is door te snel een negatieve prognose stellen en te weinig aandacht hebben voor het herstelproces (Castelein et al., 2016).

Binnen de forensische zorg wordt dagelijks aan het herstelproces van een cliënt gewerkt, wat betekent het eigen leven opnieuw vormgeven na een crisis of ontregeling die verandering heeft veroorzaakt. Herstel is een uniek proces van verandering, waarop de omgeving van een cliënt veel invloed heeft (Derison & Boonen, 2017).

Het belangrijkste wat een ggz-organisatie kan doen is het faciliteren van herstelprocessen. Organisaties dienen ruimte te maken voor individuele herstelprocessen, door middel van toegang tot passende zorg. Het is belangrijk dat er een ruim aanbod van therapieën is en dat de draagkracht van een team optimaal is (GGZ Standaarden, 2023c). Er wordt gesignaleerd dat er momenteel sprake is van een ernstig personeelstekort binnen de forensische zorg waardoor de draaglast voor hulpverleners groot is. Het gevolg hiervan is dat er niet genoeg individuele aandacht aan de cliënten geboden kan worden of aan het sociaal netwerk van een cliënt (persoonlijke communicatie, 2023). Naast dat een organisatie ruimte tot passende zorg moet bieden hebben zij ook de verantwoordelijkheid om ruimte te maken voor maatschappelijk herstel door nauw samen te werken met het sociaal netwerk, zodat een cliënt niet vervreemd raakt van de maatschappij (GGZ Standaarden, 2023c).

Bij hulpverleners moet herstelondersteunende zorg een basishouding zijn. Er moet sprake zijn van persoonlijke betrokkenheid, compassie, empathie, nabijheid en trouw. Kenmerkend voor het inzetten van herstelondersteunende zorg is de gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en cliënt, hierbij moet machtsongelijkheid en afhankelijkheidsrelaties voorkomen worden. Echter is dit niet altijd mogelijk binnen de forensische zorg, omdat cliënten op sommige gebieden wilsonbekwaam zijn. Bijvoorbeeld de beslissing tot inzet van rustmomenten op de kamer. Een hulpverlener moet constant reflecteren op de herstelondersteunende zorg die geboden wordt, zodat er oog is voor verbinding tussen waarden en praktijk. Een van de mogelijkheden hiervoor is intervisiebijeenkomsten, maar dit wordt binnen de forensische zorg momenteel minimaal ingezet (GGZ Standaarden, 2017).

Bij herstelondersteunende zorg is de inzet van subjectieve en objectieve beleving waardevol (Derison & Boonen, 2017). Ervaringsdeskundigheid kan bijdragen aan gevoel van hoop en een herstelproces tussen slachtoffer en dader bevorderen. Daarnaast kan een ervaringsdeskundige ook het behandelteam ondersteunen bij vragen die niet vanuit de professie beantwoord kunnen worden. Ervaringsdeskundigheid is bezig met een opmars en wordt momenteel voornamelijk voor cliënten ingezet, maar nog niet binnen een team (Bierbooms et al., 2017). Ervaringsdeskundigheid is niet de enige interventie die kan worden ingezet, maar ook interventies zoals systeemtherapie en lotgenotengroepen kunnen een bijdrage leveren aan het herstelproces (Van Gestel-Timmermans et al., 2015). Op afdeling Y worden bovenstaande interventies op dit moment weinig ingezet.

Bij de inzet van herstelondersteunende zorg komt ook rehabilitatie kijken. Rehabilitatie is het ondersteunen van cliënten op het domein van wonen, werken/opleiding, sociaal contact en zingeving. Sociale steun is belangrijk voor het herstelproces en hier wordt bij rehabilitatie extra aandacht aan besteed. Methodieken die ingezet kunnen worden zijn Individuele Rehabilitatie Benadering en Steunend Relationeel Handelen door middel van familie-interventies. Binnen de forensische zorg worden deze methodieken momenteel nauwelijks ingezet (GGZ Standaarden, 2023c).

Een sociaal netwerk heeft binnen de behandeling van een cliënt een belangrijke rol, omdat delictgedrag niet los gezien kan worden van de sociale context. Een sociaal netwerk bestaat uit de relaties die een persoon heeft met andere personen. Sociaal netwerk kan zowel een beschermende als criminogene factor zijn. Voorbeelden van criminogene factoren zijn: problematische familierelaties en beïnvloeding vanuit vrienden. Bijvoorbeeld een cliënt die in een groep door middel van groepsdruk een overval met geweld pleegt. Daarnaast kan een sociaal netwerk ook een ondersteunende rol hebben bij de motivatie tot verandering. Het sociaal netwerk binnen de forensische zorg bestaat uit formele en informele contacten en is dynamisch. De forensische zorg weet dat het van belang is om te kijken naar de individuele sociale context, maar toch ligt de focus op de behandeling van individuele psychologische factoren. Het sociaal netwerk wordt momenteel minimaal betrokken bij de behandeling en risicotaxatie. Wanneer er door hulpverlening niet genoeg aandacht is voor het sociaal netwerk, stopt het sociaal netwerk eerder met het ondersteunen van de cliënt en dan dient het sociaal netwerk ook niet meer als hulpbron voor de cliënt (Bootsma & Spreen, 2018).

De organisatie, de hulpverleners en het sociaal netwerk hebben dus invloed op de behandeling van een cliënt. Herstelondersteunende zorg wordt dagelijks ingezet binnen de forensische psychiatrie en ervaringsdeskundigheid kan hierin een ondersteunende rol spelen voor zowel cliënt als team. Daarnaast is het sociaal netwerk belangrijk voor het herstelproces en de re-integratie in de maatschappij, maar de inzet hiervan is minimaal.

1.1.3 Invloed van de cliënt

Binnen de forensische zorg worden cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) behandeld. Er wordt van een EPA gesproken wanneer iemand een psychische stoornis heeft waardoor iemand beperkingen ervaart in het sociaal en maatschappelijk functioneren en zorg hierbij noodzakelijk is (GGZ Standaarden, 2023a). Schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen zijn twee ernstig psychiatrische stoornissen die binnen de forensische zorg behandeld worden.

Iemand met een persoonlijkheidsstoornis kan zich moeilijk aanpassen aan externe eisen (Nevid et al., 2017). Door middel van excessieve karaktertrekken zijn relaties met naasten vaak verstoord. Het is voor naasten meestal een grote belasting om betrokken te worden bij de behandeling van hun dierbare, maar naasten worden op een laagdrempelige manier wel betrokken (GGZ Standaarden, 2022). Het netwerk van iemand met schizofrenie daarentegen wordt nauwelijks tot niet betrokken tijdens de behandeling. Mensen met schizofrenie hebben moeite met zich aanpassen aan de

samenleving en het hebben van contact met anderen. Familie van mensen met schizofrenie zijn niet voorbereid op het kunnen omgaan met de stress die erbij komt kijken om voor iemand met schizofrenie te zorgen, dit leidt regelmatig tot gezinsconflicten. Hierdoor wordt het netwerk minimaal tot niet betrokken bij een behandeling (Nevid et al., 2017).

Mensen met een EPA komen regelmatig in aanraking met stigmatisering door zowel de samenleving als hulpverleners. Zelfstigmatisering houdt in dat mensen met een EPA de opvattingen van anderen eigen gaan maken, ze gaan geloven in wat anderen over hun denken en zeggen en zich vaak ook zo gedragen en dat is meestal problematisch. Ook stigmatisering vanuit familie is aanwezig en heeft invloed op iemand met een EPA, vandaar dat de hulpverlening ook familie moet begeleiden in omgaan met hun dierbare (Van Erp et al., 2019).

Door middel van zinvolle dagbesteding en betrekking van het sociaal netwerk kan er herstel in de maatschappij plaatsvinden voor een cliënt met een EPA. Het is belangrijk om samen met de cliënt te kijken welke personen kunnen fungeren als vangnet, momenteel is dit meestal nog niet bekend en daardoor voelen cliënten zich vaak niet begrepen door hun netwerk en komen hier gevoelens van schaamte en destructief gedrag uit voort (Luckier et al., 2010). Daarnaast kan binnen de forensische zorg de personen die als vangnet fungeren ook een belangrijke rol spelen bij het re-integratieproces. Het netwerk van een cliënt kent diegene vaak ook het beste en kunnen kennis aanleveren over welke vaardigheden een cliënt moet aanleren om veilig te kunnen terugkeren naar de maatschappij (Pomp & Bogaerts, 2008).

Uit onderzoek van het Trimbos Instituut blijkt dat naast van cliënten in de forensische zorg het contact en de communicatie met de hulpverlening als onvoldoende beschouwen. Het familiebeleid is te weinig ontwikkeld en de naastenbetrokkenheid die er plaatsvindt is afhankelijk van de kennis en ervaringen van de betrokken hulpverlener. Hulpverleners zijn er niet van op de hoogte dat als een cliënt geen toestemming geeft om het netwerk deel uit te laten maken van de behandeling, dat er dan toch algemene informatie verstrekt mag worden aan familieleden. Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat naast ervoor openstaan om meer betrokken te worden bij de behandeling van hun dierbare en om te participeren in familie-interventies. Met het werken aan sociale netwerken wordt ook gewerkt aan inclusie en participatie. Het betrekken van de naasten van een cliënt behoort tot het takenpakket van de sociaal professional, maar sociaal professionals hebben over het algemeen te weinig expliciete kennis over hoe ze naasten kunnen betrekken en wat dit voor invloed heeft op de ontwikkeling en de re-integratie naar de maatschappij van de cliënt (Van Vugt & Van Erp, 2020). Daarnaast vergt het betrekken van naasten ook veel tijd en energie en dit is er simpelweg niet altijd binnen de forensische zorg (Wilken, 2016).

Wanneer het sociaal netwerk van een cliënt niet actief betrokken wordt dan kan dit leiden tot vermindering van plezier in het leven, een verminderde zelfredzaamheid en een laag gevoel van eigenwaarde. Een sociaal netwerk kan die aandacht geven aan een cliënt waardoor hij/zij zich beter

voelt. Het hebben van geen of een klein sociaal netwerk kan leiden tot gevoelens van eenzaamheid (Movisie, 2017). Eenzaamheid kan dan weer leiden tot verergering van problemen op het gebied van emotioneel en fysiek welbevinden (Movisie, 2020).

Een EPA bemoeilijkt dus het kunnen aangaan en onderhouden van contacten. Het sociaal netwerk van iemand met schizofrenie wordt niet tot nauwelijks betrokken bij de behandeling, terwijl het netwerk van mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaak op een laagdrempelige manier wordt betrokken. Naasten van cliënten uit de forensische zorg vinden momenteel dat ze niet genoeg betrokken worden en de sociaal professionals hebben te weinig expliciete kennis over naastenbetrokkenheid. Dit kan leiden tot vermindering van de zelfredzaamheid en tot eenzaamheid en dat kan zorgen voor problemen op het gebied van het emotioneel en fysiek welbevinden.

1.2 Probleemstelling

Met de komst van de participatiemaatschappij is autonomie en een sociaal vangnet hebben des te belangrijker geworden. Cliënten binnen de forensische zorg hebben meestal een klein sociaal netwerk, want voor cliënten met een EPA is het aangaan en onderhouden van sociale contacten lastig. Bij de behandeling van een cliënt met schizofrenie wordt het sociaal netwerk niet tot nauwelijks betrokken. Door middel van tbs met dwangverpleging worden cliënten van de maatschappij gescheiden. Hierdoor zal er binnen het onderzoek gericht worden op cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging. Een sociaal netwerk kan positieve invloed hebben op de behandeling van de cliënt, omdat zij de cliënt het beste kennen. De inzet van het sociaal netwerk is dan ook belangrijk, maar sociaal professionals hebben momenteel nog niet genoeg kennis over naastenbetrokkenheid en het inzetten van het sociaal netwerk bij een herstelproces.

Op dit moment is het onduidelijk voor sociaal professionals van afdeling Y binnen ggz-instelling X hoe zij met behulp van eigen capaciteiten het sociaal netwerk kunnen versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging. Indien de sociaal professionals deze kennis niet hebben, dan ontstaat het risico dat de cliënt belemmering kent in zijn herstelproces dat de cliënt laat re-integreren in de maatschappij.

1.2.1 Probleemverificatie

Bovengenoemde probleemstelling is door onderzoeker geverifieerd in de praktijk, door middel van een kort interview met een sociaal agoog van afdeling Y van ggz-instelling X. De sociaal agoog begeleidt dagelijks cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging en heeft inzichtelijk hoe het sociaal netwerk van een cliënt eruit ziet en wordt betrokken bij de behandeling. De sociaal agoog gaf aan het probleem te herkennen en bevestigde dat cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging een klein sociaal netwerk hebben wat geen steun biedt en niet tot nauwelijks betrokken wordt bij de behandeling van een cliënt (persoonlijke communicatie, 29 maart 2023). Uit de theorie blijkt dat dit kan leiden tot verminderende zelfredzaamheid en eenzaamheidsgevoelens bij de cliënten (Movisie, 2017).

Daarnaast gaf de sociaal agoog van afdeling Y aan dat de overheid invloed uitoefent op hoe zij als sociaal professionals het netwerk kunnen betrekken bij de behandeling van een cliënt. Een voorbeeld dat de sociaal agoog gaf is dat huisbezoeken met cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging vaak niet gewaarborgd kunnen worden doordat Ministerie van Justitie kaders in verlofplannen wil vastleggen qua locatie en begeleiding, waardoor de organisatie minder de capaciteiten heeft om het uit te voeren. Echter zijn huisbezoeken en het hebben van verlofbewegingen essentieel voor het proces van re-integreren in de maatschappij (Rijksoverheid, z.d.-c).

Volgens de sociaal agoog van afdeling Y is het interessant om onderzoek te doen naar hoe sociaal professionals eigen capaciteiten kunnen inzetten om het sociaal netwerk van een cliënt te kunnen versterken, omdat re-integratie naar de maatschappij vraagt om een sociaal vangnet en cliënten binnen de forensische zorg deze meestal niet hebben (persoonlijke communicatie, 29 maart 2023). Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau komt naar voren dat er meestal geen sprake is van een sociaal vangnet omdat cliënten geen beroep willen doen op hun naasten (Van Ham et al., 2018). Daarnaast gaf de sociaal agoog van afdeling Y aan dat het onderzoek naar sociaal netwerkversterking bij kan dragen aan bewustwording van de sociaal professional over hoe belangrijk een sociaal netwerk is voor een cliënt in de forensische zorg (persoonlijke communicatie, 29 maart 2023). Uit de literatuur blijkt dat delictgedrag niet los gezien kan worden van de sociale context en om risico's te kunnen inschatten moet de sociale context van de cliënt in beeld zijn bij de sociaal professional (Bootsma & Spreen, 2018).

Als laatste gaf de sociaal agoog van afdeling Y nog aan dat het goed is voor het onderzoek om ook de rol van de maatschappelijk werker mee te nemen binnen het onderzoek, omdat diegene veel invloed kan uitoefenen op het betrekken van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt (persoonlijke communicatie, 29 maart 2023).

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Aan de hand van dit onderzoek wordt kennis verzameld over de wijze waarop sociaal professionals van afdeling Y het sociaal netwerk kunnen versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging. Met deze kennis worden in dit onderzoeksrapport aanbevelingen geschreven voor de sociaal professionals van afdeling Y binnen ggz-instelling X waarmee zij in staat zijn om het sociaal netwerk te kunnen versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging waardoor de cliënten makkelijker een herstelproces kunnen ondergaan en eerder kunnen re-integreren in de maatschappij.

1.4 Vraagstelling

1.4.1 Hoofdvraag

Hoe kunnen de sociaal professionals van afdeling Y binnen ggz-instelling X het sociaal netwerk versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

1.4.2 Deelvragen

1. Hoe ervaren de sociaal professionals van afdeling Y momenteel de betrokkenheid van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?
2. Op welke manier zouden de cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging hun sociaal netwerk betrokken willen zien in de behandeling en bij het herstelproces?
3. Wat hebben de sociaal professionals van afdeling Y nodig om het sociaal netwerk te kunnen versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

1.5 Begripsafbakening

Afdeling Y: Een afdeling binnen een forensisch psychiatrische kliniek dat deel uit maakt van de geestelijke gezondheidszorg. Het is een afdeling waar dertien cliënten met een forensische titel zoals tbs met dwangverpleging of een zorgmachtiging behandeld worden. Het overkoepelde ziektebeeld op de afdeling is schizofrenie en daarbij is er sprake van comorbiditeit. De cliënten op de afdeling bevinden zich al een aantal jaar binnen de geestelijke gezondheidszorg en op de afdeling is er sprake van een lage behandeldruk (persoonlijke communicatie, 2023).

Behandeling: Er is sprake van een gedwongen opname in een gesloten kliniek waarbij de cliënten enkele rechten vanuit de Grondwet verliezen. Een behandeling is op vrijwillige basis, omdat er sprake moet zijn van motivatie voordat een behandeling kan plaatsvinden. Een behandeling focust zich op het verkleinen van de kans op recidive en leidt tot terugkeer naar de maatschappij (TBS Nederland, z.d.).

Betrokkenheid: Betrokkenheid is presentie, nabijheid en meelevendheid richting de ander. Het komt voort uit een relatie met een persoon en betekent er actief zijn voor de ander (Schmitz, 2001). In dit onderzoek wordt met betrokkenheid bedoeld of een sociaal netwerk op de hoogte is van de behandeling van een cliënt en meegenomen wordt in het proces van afstemmen, beslissingen maken en uitvoeren binnen de behandeling.

Cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging: Een persoon die in behandeling is binnen de forensische zorg met het ziektebeeld schizofrenie. Het ziektebeeld schizofrenie is een chronische stoornis waardoor iemand disfunctioneert op verschillende facetten van het leven (Nevid et al., 2017). De forensische maatregel ter beschikking stelling met dwangverpleging is een beveiligingsmaatregel die de cliënt opgelegd krijgt na het plegen van een misdrijf terwijl diegene

leed aan een psychische stoornis, verstandelijke beperking of middelenmisbruik. Diegene wordt dan tijdelijk uitgesloten van de maatschappij (Openbaar Ministerie, z.d.).

Eigen capaciteiten: Capaciteiten houdt binnen de zorg datgene in wat jij kan leveren. Hoe graag je ook iets wil geven aan een ander of iemand ergens bij wil begeleiden, moeten alle omstandigheden dit ook toelaten (Broese van Groenou, 2012). Binnen dit onderzoek wordt met eigen capaciteiten bedoeld wat een sociaal professional zelf kan inzetten, bijvoorbeeld kennis en vaardigheden, om het sociaal netwerk van een cliënt te versterken.

Ggz-instelling X: Een geestelijke gezondheidsorganisatie waarbij reguliere, ambulante, specialistische en forensische zorg wordt aangeboden aan mensen met een psychische stoornis. Het is een instelling die zich focust op het bieden van mensgerichte zorg, waarbij actieve betrokkenheid van de cliënt centraal staat (Planetree, 2019). Binnen het onderzoek wordt voornamelijk gericht op de forensische zorg binnen ggz-instelling X.

Herstelproces: Een periode waarin er aan herstel gewerkt wordt. Herstel is het krijgen van een bevredigend bestaan ondanks de psychische aandoening. Het is een ontwikkeling van je eigen verhaal waardoor mensen met een aandoening meer macht krijgen over hun eigen leven en het verwerven van een maatschappelijke positie (Dröes & Witsenburg, 2012). In dit onderzoek wordt met herstelproces bedoeld dat een cliënt leert omgaan met zijn ziektebeeld, vaardigheden aanleert om zich staande te kunnen houden in de maatschappij en delictgedrag wordt teruggedrongen.

Maatschappij: Een samenleving waarin de overheid afstand heeft gedaan van de dominante rol en waar de markt bepalend is. Burgers zijn zelf verantwoordelijk voor welzijn en kwaliteit van leven (Bijlsma & Janssen, 2018). Binnen het onderzoek wordt met maatschappij bedoeld: de Nederlandse samenleving met zijn normen en waarden waarin de cliënten gaan participeren.

Re-integreren: Het geleidelijk aan terugkeren naar de samenleving. Re-integratie is maatwerk en voor iedere cliënt verloopt het proces anders (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.-a). In dit onderzoek staat re-integreren naar de maatschappij gelijk aan resocialisatie en is het een proces waarin kennis en vaardigheden bij de cliënt worden aangeleerd om op een veilige manier weer deel te kunnen gaan nemen aan de maatschappij.

Sociaal professional: In dit onderzoek is een sociaal professional een verpleegkundige, sociaal agoog of een maatschappelijk werker. Het is een medewerker die een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging begeleidt. Daarnaast houdt een sociaal professional zich bezig met zaken waarbij wringing tussen de cliënt en de samenleving plaatsvindt, bijvoorbeeld op het gebied van financiën (Räkers, 2021).

Sociaal netwerk: Een sociaal netwerk bestaat uit een groep mensen waarmee een cliënt een sociale relatie heeft, dit kunnen sociaal professionals, mantelzorgers, familieleden, vrienden, burens, et cetera zijn. Voor iedereen is een sociaal netwerk anders en het kan bestaan uit hechte en oppervlakkige contacten (Movisie, 2017). Binnen dit onderzoek wordt met sociaal netwerk zowel informele als formele contacten bedoeld.

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt als eerste stilgestaan bij de doelgroepomschrijving, waarbij verdieping wordt opgezocht over schizofrenie en tbs met dwangverpleging. Daarna staan theorieën centraal die invloed uitoefenen op het sociaal netwerk van de cliënt en op re-integratie, zoals sociale rechtvaardiging, sociaal kapitaal, herstelproces, rehabilitatie en sociaal netwerktheorieën. Als laatste worden er methodieken en interventies rondom sociaal netwerkversterking beschreven.

2.1 Doelgroepomschrijving

Uit de probleemanalyse is naar voren gekomen dat mensen met schizofrenie een klein sociaal netwerk hebben. Om duidelijk te krijgen hoe een bestaand sociaal netwerk betrokken kan worden bij de behandeling van een cliënt en hoe het netwerk eventueel uitgebreid kan worden is het belangrijk om inzichtelijk te hebben wat schizofrenie en tbs met dwangverpleging inhoudt en welke invloed het kent op het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten.

2.1.1 Schizofrenie

Schizofrenie is een chronische stoornis die invloed uitoefent op verscheidende facetten van het leven. Volgens de DSM-5 kan iemand met schizofrenie gediagnosticeerd worden wanneer er tijdens verloop van de stoornis psychotisch gedrag aanwezig is voor minstens zes maanden, waarvan één maand de symptomen duidelijk naar voren komen. Schizofrenie begint zich te uiten rond het 25^{ste} levensjaar en komt voornamelijk bij mannen voor en die ervaren hierdoor ernstige cognitieve beschadigingen en grote gedragsdeficiënties. Schizofrenie wordt gekenmerkt door positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen hebben betrekking op de breuk met de realiteit, zoals hallucinaties en wanen. Negatieve symptomen hebben betrekking op verslechtering en verlies van normale functies, zoals het voelen en uiten van emoties, sociale teruggetrokkenheid en verlies van motivatie (Nevid et al., 2017). Uit de probleemverificatie met een sociaal agoog van afdeling Y is naar voren gekomen dat verlies van voelen en uiten van emoties ook grote invloed uitoefent op het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten (persoonlijke communicatie, 29 maart 2023). Schizofrenie wordt ook gekenmerkt door denk- en emotionele stoornissen. Denkstoorissen zijn verstoringen in het denken en uiten van gedachten. Wanen zorgen er bijvoorbeeld voor dat mensen met schizofrenie een verkeerde aanname doen en dit kan leiden tot achterdocht jegens anderen. Schizofrenie kan ook zorgen voor spraakarmoede, wat de communicatie met de buitenwereld bemoeilijkt. Bij emotionele stoornissen is er sprake van een vlak affect, ofwel afwezigheid van emotionele uitingen in zowel gezicht als stem. Ook kan er sprake zijn van een incongruent affect: mimiek en emoties komen niet overeen met elkaar. Dit kan beangstigend zijn voor buitenstaanders en hieruit komt regelmatig buitensluiting en stereotypering vanuit de samenleving voort. Het herkennen en waarnemen van

emoties van anderen vinden mensen met schizofrenie vaak lastig en dit leidt tot het moeilijk kunnen aangaan van sociale relaties (Nevid et al., 2017).

Het sociaal netwerk heeft ook invloed op de ontwikkeling van schizofrenie, doordat tegensprekende boodschappen vanuit ouders kunnen leiden tot gedesorganiseerd gedrag, doordat communicatie deviantie ervoor kan zorgen dat ze elkaar niet begrijpen en doordat er binnen de familie sprake kan zijn van een vijandige en kritische bejegening tegenover diegene met schizofrenie. Tijdens de behandeling van iemand met schizofrenie kan het sociaal netwerk betrokken worden door middel psycho-educatie, waarin iemand met schizofrenie sociale vaardigheden kan aanleren (Nevid et al., 2017).

2.1.2 Ter beschikking stelling met dwangverpleging

Tbs staat voor ter beschikking stelling en is een beveiligingsmaatregel die kan worden opgelegd door de rechter om de samenleving te beschermen tegen iemand die een ernstig misdrijf gepleegd heeft terwijl diegene leed aan een gebrekkige ontwikkeling of psychische stoornis, zoals schizofrenie. Tbs wordt opgelegd om recidive te voorkomen. Tijdens het plegen van het delict moet er sprake zijn geweest van een verminderde toerekeningsvatbaarheid, zoals bijvoorbeeld dat iemand een opdracht kreeg vanuit de stemmen in zijn hoofd (Openbaar Ministerie, z.d.). Bij tbs met dwangverpleging wordt iemand verplicht verpleegd in een gesloten kliniek en krijgt iemand behandeling aangeboden die gericht is op re-integratie in de maatschappij, maar deze behandeling is niet verplicht gesteld omdat er voor behandeling sprake moet zijn van motivatie. Tbs wordt in eerste instantie voor twee jaar opgelegd en na die tijd wordt er geëvalueerd of dat er sprake is van verlening of voorwaardelijke beëindiging. Ook bij voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel moet iemand zich houden aan gemaakte afspraken met de reclassering (Rijksoverheid, z.d.-b). Binnen de tbs-sector is er voortdurend sprake van een gespannen verhouding tussen beveiliging van de maatschappij, de rechtspositie van iemand met tbs en de noodzaak tot behandeling. Op dit moment staat beveiliging van de maatschappij voorop, wat zich uit in een strenger verloffbeleid. Dit kan leiden tot vertraging in het proces van re-integratie naar de maatschappij (Veendrick et al., 2006).

Aan de hand van risicotaxatie-instrumenten kan beoordeeld worden of een cliënt veilig op verlof kan gaan of dat een cliënt kan doorstromen. Een risicotaxatie-instrument is een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst waarmee de kans op recidive ingeschat kan worden. Twee belangrijke risicotaxatie-instrumenten zijn: Historisch, Klinisch en Toekomst (HKT-R) en Historical, Clinical and Risk Management (HCR-20V3) (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.-b). Bij HKT-R wordt gekeken naar de levensgeschiedenis van de cliënt tot aan indexdelict, naar de twaalf maanden voorafgaand aan invullen van HKT-R en naar de risico's die voort kunnen doen bij verlof of doorstroming in de toekomst (Spreen et al., 2013). De HCR-20V3 is een meetinstrument voor het inschatten van de risico's op geweld en maakt een inschatting door te kijken naar de risicofactoren en beschermende factoren. Er wordt gekeken naar specifieke individuele factoren, zoals bijvoorbeeld antisociaal gedrag, respons op behandeling en stress (De Vogel et al., 2013). Bij het invullen van een risicotaxatie-instrument kan de

hulp van naasten worden ingeschakeld. Daarnaast is de aanwezigheid van een risicotaxatie-instrument een vereiste voor een verlofaanvraag en zoals uit de probleemanalyse al naar voren kwam kan verlof leiden tot versterking en uitbreiding van het sociaal netwerk.

Bij tbs met dwangverpleging is verlof een belangrijke stap tot re-integratie in de maatschappij, waarbij iemand met tbs leert omgaan met vrijheden en er beoordeeld kan worden of iemand met tbs de geleerde vaardigheden ook in de praktijk kan brengen. Een verlofmachtiging moet aangevraagd worden bij het ministerie van Justitie en Veiligheid en de verlofaanvraag wordt dan getoetst, waarbij rekening wordt gehouden met de veiligheid van de samenleving. Een verlofmachtiging wordt voor één jaar afgegeven en dan moet er vanuit de kliniek opnieuw een verlofaanvraag worden ingediend. Tijdens verlof moeten zowel diegene met tbs als de begeleiders zich aan de verlofvoorwaarden houden die opgesteld zijn binnen de verlofmachtiging, zoals bijvoorbeeld het bieden van tweepersoonsbegeleiding. Verlof wordt stapsgewijs uitgebreid, waarbij iemand met tbs steeds meer vrijheden en verantwoordelijkheden krijgt. Telkens blijft er getoetst worden hoe het met iemand gaat en bij schending van voorwaarden of onttrekking wordt de verlofmachtiging opgeheven (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.-c).

2.2 Sociale rechtvaardiging

In de probleemanalyse is naar voren gekomen dat de samenleving probeert om iedereen deel uit te laten maken van de maatschappij, maar dat dit bemoeilijkt wordt door vooroordelen en stigmatisering vanuit de mens (GGZ Standaarden, 2023b). In Nederland is er sprake van sociale onrechtvaardigheid en dit heeft invloed op hoe er wordt omgegaan met de psychisch kwetsbaren in de samenleving.

De capability approach is ontwikkeld door Nussbaum en Sen om sociale onrechtvaardigheid tegen te gaan en iedereen een gelijke kans te geven. Het is een theorie die uitgaat van de vermogens van de mens. Nussbaum stelt dat binnen een rechtvaardige samenleving niemand mag worden uitgesloten en dat mensen met een beperking juist de grootste maat moeten vormen binnen de samenleving. Nussbaum heeft de boodschap voor anderen dat als je denkt dat het onmogelijk is dat de minderheid de maat vorm, dat jij jezelf dan moet veranderen. Het is belangrijk om rekening te houden met de zieken, ouderen en gehandicapten binnen de samenleving. De menselijke vermogens zijn volgens Nussbaum: "Basisrechten van burgers die allemaal noodzakelijk zijn voor een fatsoenlijk en menswaardig leven" (Nussbaum, 2006, p. 148). Rechtvaardigheid is het beschermen van deze menselijke vermogens en een van de vermogens die beschermd moet worden zijn de sociale banden van de mens. Mensen moeten het vermogen hebben om met en voor een ander te kunnen leven, zich te kunnen bekommeren om anderen, mee te kunnen doen in sociale interacties en behandeld te worden als een waardig mens dat gelijk is aan een ander (De Brabander, 2013).

Momenteel leven we in een tijdperk waarin persoonlijke verdienste voorop staan, wat inhoudt dat als iemand faalt diegene dat aan zichzelf te danken heeft. Deze gedachten zorgen voor ongelijkheid en

uitsluiting in de samenleving. De capability approach is een benadering waarin individuele, sociale en omgevingsfactoren centraal staan en is behulpzaam bij een vorm geven aan handelen binnen de hulpverlening. Het welzijn van de mens staat voorop en iedereen moet een goed leven kunnen leiden. Een goed leven leiden betekent voor iedereen iets anders en daarom moet je als sociaal professional niet alleen uitgaan van je eigen referentiekader. Om tot een goed welzijn te kunnen komen is het belangrijk dat er vrijheid is tot het maken van keuzes en dat wordt bemoeilijkt binnen de forensische zorg. Autonomie is binnen de capability approach gedefinieerd als het kunnen maken van een eigen keuze uit de verschillende mogelijkheden die een persoon heeft. Als sociaal professional ben je er voor om de keuze- en handelingsmogelijkheden van cliënten te vergroten en om uiteindelijk sociale ongelijkheid tegen te gaan (Tirions et al., 2018).

2.3 Sociaal kapitaal

Om samen te kunnen leven binnen een maatschappij is sociaal kapitaal een vereiste. Sociaal kapitaal bestaat uit een sociaal netwerk wat hulpbronnen aanbiedt. Het vergroten van het sociaal kapitaal bij de individu is belangrijk om sociale insluiting en sociale cohesie te stimuleren. Binnen de hulpverlening is het belangrijk om oog te hebben voor het sociaal kapitaal van de cliënt.

Robert Putnam definieert sociaal kapitaal als kenmerk van een sociale organisatie, zoals vertrouwen, normen en netwerken die leiden tot samenwerking. Er wordt door Putnam gekeken vanuit bonding, bridging en linking. Bonding is het versterken van exclusieve identiteiten en het handhaven van homogeniteit, hierbij gaat het om relaties binnen een gemeenschap. Bij bridging gaat het om leden van een andere gemeenschap en de ontwikkeling van bredere identiteiten en een grotere wederkerigheid. Bridging kan ervoor zorgen dat psychisch kwetsbaren weer meedoen aan de maatschappij. Als laatste houdt linking de relatie met instellingen in (Walraven et al., 2009).

Pierre Bourdieu keek voornamelijk naar hoe sociaal kapitaal invloed kent op de ongelijke toegang tot hulpbronnen en het handhaven van de macht. Bourdieu sprak over economisch, cultureel en sociaal kapitaal en een accumulatie van verschillende soorten kapitaal en het omzetten van kapitaal zorgt voor het verwerven van macht en leidt tot sociale ongelijkheid. Sociaal kapitaal is volgens Bourdieu de hulpbronnen die voortkomen uit netwerken van relaties die gebaseerd zijn op bekendheid en dankbaarheid. James Coleman daarentegen keek voornamelijk naar hoe sociaal kapitaal invloed heeft op persoonlijke competenties. Volgens Coleman is familie het belangrijkste om sociaal kapitaal te ontwikkelen, maar heeft de samenleving ook een rol. De bronnen die beschikbaar zijn binnen de familie en de samenleving leiden tot sociale en cognitieve ontwikkeling van een kind en doordat de bronnen per kind verschillend zijn, zie je dat iedereen ook anders sociaal ontwikkeld is. Het hebben van sociaal kapitaal vereist samenwerking en volgens Coleman komt deze samenwerking tot stand vanuit ieders belang. Voor het ontwikkelen van sociaal kapitaal is het daardoor belangrijk om naar ieders zijn belangen te kijken (Walraven et al., 2009).

Sociaal kapitaal bestaat dus uit sociale netwerken en is belangrijk voor de ontwikkeling van een persoon en samenleving. Door middel van het sociaal kapitaal kan het re-integratieproces begrepen worden en kan inzichtelijk gemaakt worden wat er voor iemand met tbs nodig is om terug te kunnen keren naar de maatschappij (Walraven et al., 2009).

2.4 Herstelproces

Dit onderzoek stelt het probleem dat als sociaal professionals niet weten hoe ze het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging kunnen versterken er het risico bestaat dat er belemmering in het herstelproces van de cliënt kan plaatsvinden. Daarnaast wordt er onderzocht hoe het sociaal netwerk betrokken kan worden bij het herstelproces van een cliënt. Om hier een duidelijk beeld over te kunnen schetsen is het belangrijk om inzichtelijk te hebben wat een herstelproces inhoudt.

Herstel kan op verschillende manieren gedefinieerd worden, een van deze definities is: het krijgen van een zinvol en bevredigend bestaan dat wordt ervaren met of zonder psychische aandoening. Door middel van een herstelproces ontwikkel je jouw eigen verhaal, waardoor mensen met een aandoening meer macht krijgen over hun levens en de maatschappelijke positie. Als hulpverlener bied je herstelondersteunende zorg door present te zijn en ruimte te maken voor het verhaal van de cliënt, waarbij ondersteuning van het sociaal netwerk wordt benut. Er wordt gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van de autonomie. Als ggz-hulpverlener moet je kennis hebben rondom de herstelvisie bij mensen met schizofrenie. Herstel van identiteit is bij schizofrenie de essentie van alle zorg, omdat er sprake is van een breuk met de realiteit. Psychotische verschijnselen kunnen worden gezien als zowel een poging van herstel als een symptoom van de stoornis. Elk symptoom is representatief voor een emotioneel probleem waarmee iemand met schizofrenie niet weet om te gaan. Een voorbeeld hiervan is waanbeelden dat een psychotisch verschijnsel is en dient om betekenis te geven aan gebeurtenissen en belevenissen. Door als hulpverlener gesprekken te voeren over zelfbeleving en motieven kan een cliënt met schizofrenie zijn eigen verhaal vormen en zijn autonomie vergroten. Samen met een cliënt werk je naar actief herstel toe en op dat moment is een cliënt gestopt met zichzelf zien als een ziek en afhankelijk persoon, maar is er ruimte gekomen voor een verandering naar de persoon die de cliënt graag wilt zijn (Dröes & Witsenburg, 2012).

2.5 Rehabilitatie

Mensen met een EPA hebben problemen op verschillende levensgebieden en hebben langdurige hulp nodig. Rehabilitatie is ontwikkeld voor mensen die langdurig hulp nodig hebben en participatieproblemen kennen en kan worden ingezet bij de re-integratie naar de maatschappij. Rehabilitatie is het bieden van ondersteuning bij het verkennen, kiezen en aangaan van doelen op het gebied van activiteiten en participatie, zodat mensen met een beperking beter kunnen functioneren op levensgebieden zoals wonen, werken, leren en sociale contacten aangaan. Niet alleen professionals

hebben invloed op rehabilitatie, maar ook de samenleving moet de best mogelijke maatschappelijke voorwaarden voor re-integratie scheppen.

Drie belangrijke vormen van de rehabilitatiebenadering zijn: Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Steunend Relationeel Handelen (SRH) en kwartiermaken. IRB richt zich op het vergroten van participatie vanuit de individuele doelstelling van de cliënten. Hierbij wordt gekeken naar welke vaardigheden en hulpbronnen er nodig zijn om een doel te begrijpen. Door middel van IRB werk je naar individuele wensverwerkelijking en om dit proces goed te laten verlopen is het belangrijk om eerst een band met de cliënt te scheppen. SRH gaat om het verbeteren van de kwaliteit van leven van een cliënt, hierbij staat zowel de wens als de kwetsbaarheid van de cliënt centraal. Binnen deze vorm van rehabilitatie kan het sociaal milieu veel invloed uitoefenen. Bij kwartiermaken gaat het om het creëren van een samenleving waarin mensen die zich 'vreemd' voelen ook kunnen deelnemen, zoals bijvoorbeeld het opstarten van een maatjesproject of een maatschappelijk steunsysteem. Binnen deze vormen van rehabilitatie zijn er tal van behandelmethodes die ingezet kunnen worden, zoals de Liberman-module. Bij de Liberman-module leer je omgaan met antipsychotica, psychotische symptomen, verslaving en relaties en intimiteit.

Binnen rehabilitatie en het re-integratieproces kan de inzet van een maatschappelijk steunsysteem belangrijk zijn. Een maatschappelijk steunsysteem bestaat uit hulpverleners, familie, lotgenoten, en cetera die samenwerken rondom de cliënt om hem/haar staande te laten houden in de maatschappij. Ze fungeren als sociaal vangnet waarop de cliënt kan terugvallen en dienen als sociale steun (Dröes & Witsenburg, 2012).

2.6 Sociaal netwerk

Een sociaal netwerk bestaat uit personen waar iemand een relatie met onderhoudt, hierbij kan gedacht worden aan familieleden, professionals en vrienden. Meestal bestaat het sociaal netwerk uit mensen die belangrijk zijn voor diegene en hoeft het geen samenhang te kennen maar kan het uit losse contacten bestaan. Het ene contact kan diepgaander zijn dan een ander contact en iedereen kent een ander sociaal netwerk. De belangrijkste functie van een sociaal netwerk is steun geven. Steun kan gegeven worden door medeleven tonen, adviezen geven en begrip uitdragen. Binnen de forensische zorg hebben de cliënten meestal weinig steun, terwijl mensen met een psychische stoornis baat hebben aan directe nabijheid (Van der Ploeg, 2017).

Het hebben van een sociaal netwerk is zeer belangrijk en volgens de sociale bindingstheorie gaat een individu sneller over tot crimineel gedrag wanneer er sprake is van zwak ontwikkelde sociale bindingen in de vorm van gehechtheid, verplichtingen, betrokkenheid en geloof. Het gaat om interesses in elkander, zoals familie en vrienden. Familie betrokkenheid zorgt tevens ook voor sociale controle die delinquent gedrag kan terugdringen. Sociale bindingen en sociale controle vanuit de

samenleving zien we terug door middel van school, werk en gemeentelijke of buitenschoolse activiteiten (Koeppel & Chism, 2018).

2.6.1 Sociaal netwerkversterking

Door de jaren heen zijn er verschillende methodieken en interventies bedacht om het sociaal netwerk van iemand met een psychische stoornis te vergroten. Onderstaande methodieken en interventies kunnen ook ingezet worden binnen de forensische zorg.

Sociaal netwerk in kaart brengen

Om een sociaal netwerk te kunnen versterken of uit te breiden is het belangrijk om eerst inzichtelijk te hebben hoe een sociaal netwerk eruit ziet. Door middel van een ecogram kan je samen met een cliënt een weergave maken, in een schema in de vorm van een zon, van de sociale contacten die een cliënt heeft en wat de kwaliteit van een cliënt zijn netwerk is. Is een contact ondersteunend of zijn er spanningen (Royers, 2018). Een genogram is ook een interventie die ingezet kan worden om de familie van een cliënt visueel te maken door middel van een stamboom. Een genogram geeft inzicht over de familierelaties en – rollen en de geschiedenis. Binnen een stamboom worden ook de onderlinge relaties weergegeven (Kruijswijk et al., 2014). Sociale Netwerk Analyse (SNA) is weer een andere manier om het netwerk van een cliënt in kaart te brengen door middel van een interview. Binnen de SNA wordt er uitgegaan van kenmerkende patronen van relaties in netwerken en dat een persoon afhankelijk van de context in zijn keuzes wordt beïnvloed door interacties met anderen. Daarnaast wordt er inzichtelijk gemaakt welke vaardigheden iemand nog dient te leren in relatie tot zijn sociale omgeving. Uiteindelijk kan een helder beeld over de sociale contacten leiden tot het inschakelen van het sociaal netwerk bij het in kaart brengen van de risicofactoren van een cliënt (Pomp & Bogaerts, 2008).

Triadisch werken

Binnen de forensische zorg zijn naasten voornamelijk betrokken bij zorgafstemmingsgesprekken en verlofbewegingen. Triadisch werken houdt in tussen de cliënt, naasten en professional en kan op verschillende manieren worden gedaan. Een voorbeeld is een gesprek aangaan met naasten en cliënt, waarin de naasten kunnen uitleggen wat het gedrag van een cliënt met hen doet. Binnen triadisch werken wordt er ook zorg geboden aan de naasten en dit is belangrijk omdat ook zij vaak een lange hulpverleningsgeschiedenis kennen. Het betrekken van naasten kan worden gedaan door naasten hun levensverhaal te laten vertellen of door lotgenotengroepen van naasten te laten plaatsvinden (Van Vugt & Van Erp, 2020). Manieren van triadisch werken zijn psycho-educatie voor familieleden en de triadekaart. Psycho-educatie kan op verschillende manieren plaatsvinden, bijvoorbeeld dat familieleden kennis en vaardigheden kunnen opdoen over het ziektebeeld schizofrenie en hoe daarmee om te gaan (Bootsma et al., z.d.). Een triadekaart is een hulpmiddel waarmee het aandeel van de naasten in de behandeling kan worden vastgelegd. Een triadekaart biedt

handvatten om met elkaar in gesprek te komen en geeft duidelijkheid in waar ondersteuning voor de naasten bij nodig is. Een triadekaart kan aansluiten op een signaleringsplan en is een takenlijst die wordt onderverdeeld in bijvoorbeeld financiën, medische situatie, enzovoort (Trimbos Instituut, z.d.).

Systeemtherapie

Binnen systeemtherapie staat centraal dat psychische klachten niet op zichzelf staan maar beïnvloed worden door de sociale omgeving. Tijdens systeemtherapie wordt er gewerkt aan verandering aanbrengen rondom psychische problemen door te kijken naar de relationele, culturele en sociale context. Naasten worden betrokken bij systeemtherapie en dit kan verschillende uitingen hebben. Een systeemtherapeut kijkt zowel naar de problemen van de cliënt als naar de onderlinge interacties tussen het systeem en de cliënt, hierdoor kan er inzichtelijk worden gemaakt hoe het systeem en de cliënt invloed op elkaar hebben en wat dit betekent voor het herstelproces. Een vorm van systeemtherapie die ingezet kan worden bij schizofrenie is: Family Focused Therapy. In deze therapie staat verminderen van negatieve interacties en het verbeteren van de ondersteunende interacties centraal. Er wordt gewerkt aan communicatieve en probleemoplossende vaardigheden. Gezinsinterventies zijn effectief voor mensen met schizofrenie en hun naasten en kan leiden tot verminderde risico op terugval (Langeland, 2019).

Ervaringsdeskundigheid

De inzet van ervaringsdeskundigheid voor herstelondersteunende zorg wordt steeds belangrijker geacht. Een ervaringsdeskundige in de forensische zorg kan inzicht geven op het gebied van het plegen van een delict en het leven met de forensische maatregel. Daarnaast is ervaringsdeskundigheid op het gebied van risicomanagement erg belangrijk en dit heeft weer invloed op het herstelproces van een cliënt. Ervaringsdeskundigheid steunt op: methodische zelfhulp en emancipatie. Als eerste kan een ervaringsdeskundige op grond van eigen herstellervaring ruimte maken voor het herstel van een ander. Daarnaast gaat het om het toevoegen van een cliëntenperspectief aan de behandeling. Ervaringsdeskundigheid is ook zinvol om binnen het team van sociaal professionals in te zetten, omdat er op die vragen antwoord gegeven kan worden waar de professionele kennis geen antwoord op heeft. Een ervaringsdeskundige kan een positief rolmodel zijn voor de cliënt en ook het sociaal netwerk uitleg geven over hoe belangrijk het hebben van een sociaal netwerk is (Bierbooms et al., 2017).

Maatjesprojecten

Een maatjesproject verbindt een vaste vrijwilliger aan iemand binnen de zorg, bijvoorbeeld iemand met een tbs-maatregel. Een maatje onderneemt activiteiten met de cliënt zoals wandelen, boodschappen doen, et cetera. Door middel van een maatje komen cliënten weer in aanraking met de maatschappij en krijgen cliënten de menselijke aandacht die zij nodig hebben. Meedoen aan een

maatjesproject bevordert de welzijn en de zelfredzaamheid van de cliënt. Maatjesprojecten vinden plaats op vrijwillige basis (Movisie, 2016).

3. Methodologie

In hoofdstuk 3 wordt de methodologie voor het onderzoek beschreven. Het hoofdstuk zal eerst ingaan op de onderzoekspopulatie, de steekproef en de bijbehorende anonimiteit. Daarna zal er gefocust worden op de dataverzamelmethode en ethiek. Hierna staat in paragraaf 3 het meetinstrument centraal en wordt er dieper ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Het hoofdstuk zal eindigen met een beschrijving over de data-analyse.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

3.1.1 Onderzoekspopulatie

Een onderzoekspopulatie is de gehele groep waarover in een onderzoek uitspraak gedaan wordt (Baarda et al., 2021). Binnen dit onderzoek staat de inzet van sociaal professionals rondom sociaal netwerkversterking bij cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging centraal. Het huidige onderzoek richt zich op de sociaal professionals van afdeling Y van ggz-instelling X. De sociaal professionals van afdeling Y zijn medewerkers binnen de 24-uurszorg van een forensisch psychiatrische kliniek. De sociaal professionals van afdeling Y waarover dit onderzoek uitspraak doet zijn: zeven verpleegkundigen, één verpleegkundige in opleiding, twee ggz-agogen, flexibele medewerkers met diverse opleidingsachtergronden en één maatschappelijk werker. De sociaal professionals werken dagelijks aan de behandeling en begeleiding van cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging en hebben een indruk van hoe het sociaal netwerk wordt ingezet binnen de behandeling op afdeling Y. De sociaal professionals van afdeling Y bevinden zich tussen de 24^{ste} en 60^{ste} levensjaar. Er is sprake van een heterogene populatie sociaal professionals door verschil in sekse, leeftijd, opleidingsniveau en etniciteit.

Het onderzoek richt zich niet alleen op de sociaal professionals van afdeling Y, maar binnen het onderzoek wordt er ook uitspraak gedaan over de cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging die worden behandeld op de afdeling. Op afdeling Y worden op dit moment dertien cliënten behandeld en de cliëntengroep is onderdeel van zorgpad psychose, autisme en licht verstandelijke beperking. Drie cliënten van afdeling Y hebben een hoofddiagnose die binnen het schizofreniespectrum valt en hebben de forensische titel tbs met dwangverpleging. Het onderzoek doet voornamelijk uitspraak over deze drie cliënten. Alle drie de cliënten zijn mannelijk, afkomstig uit een ander land en hebben de forensische maatregel opgelegd gekregen voor soortgelijke delicten. Er is dan ook sprake van homogeniteit binnen de onderzoekspopulatie die bestaat uit de cliënten van afdeling Y. Door het huidige onderzoek ook te richten op de cliënt wordt het duidelijk waar de wensen van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging ligt rondom sociaal netwerkversterking.

3.1.2 Steekproef

Binnen een onderzoekspopulatie is het belangrijk om een steekproef te trekken, omdat niet iedereen geïnterviewd kan worden. De steekproef is vaak de zwakke plek binnen een onderzoek, omdat er regelmatig wordt gekozen voor respondenten die makkelijk benaderbaar zijn. Hierdoor krijg je een scheve afspiegeling van de onderzoekspopulatie. Het is van belang om ook te kiezen voor die respondenten die moeilijk benaderbaar zijn (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

Binnen dit onderzoek zal er sprake zijn van een selecte steekproef die gebaseerd is op theoretische overwegingen. Hierbij zal er niet te selectief te werk gegaan worden, maar wordt er ook gekozen voor respondenten die moeilijker benaderbaar zijn. In totaal zullen er zeven sociaal professionals van afdeling Y bevestigd worden. De steekproef zal bestaan uit twee vrouwelijke ggz-agogen, één vrouwelijke verpleegkundige, drie mannelijke verpleegkundigen en één vrouwelijke maatschappelijk werker. De respondenten zijn afwisselend in sekse, leeftijd, functie en etnische achtergrond zodat er vanuit verschillende invalshoeken zal worden gekeken. Het criterium dat komt kijken bij de respondenten van de sociaal professionals is dat zij al meer dan één jaar werkzaam zijn op afdeling Y, zodat zij een duidelijk beeld hebben van het sociaal netwerk van een cliënt. De sociaal professionals worden geïnterviewd om inzichtelijk te krijgen over hoe het sociaal netwerk momenteel wordt betrokken bij de behandeling van een cliënt, hoe de sociaal professionals aan sociaal netwerkversterking doen en wat de sociaal professionals eventueel nodig hebben om het sociaal netwerk van een cliënt te kunnen versterken.

Daarnaast zullen er drie cliënten van afdeling Y worden geïnterviewd die de hoofddiagnose schizofrenie en tbs met dwangverpleging hebben. Alle drie de respondenten zijn man en dat is representatief voor de populatie, omdat er voornamelijk mannen worden behandeld met de combinatie van schizofrenie en tbs met dwangverpleging. De cliënten worden tijdens het onderzoek geïnterviewd zodat er een beeld geschetst kan worden over waar hun behoeften liggen ten opzichte van het betrekken van hun sociaal netwerk bij de behandeling, in hoeverre ze nieuwe contacten willen aangaan en om te kijken hoe een sociaal netwerk invloed heeft op de re-integratie richting de maatschappij.

3.1.3 Anonimiteit

Binnen een onderzoek moet de privacy van de respondenten worden gewaarborgd. Om zorgvuldig om te gaan met de gegevens van een respondent zullen de verzamelde gegevens vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden (Baarda et al., 2021). De respondenten worden voorafgaand uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek en hierbij wordt uitleg verstrekt over dat hun deelname als respondent anoniem verwerkt zal worden in het onderzoek. Tijdens de dataverzameling zal eerst een schriftelijke overeenkomst worden getekend waar de onderzoeker tekent voor het anoniem verwerken van de gegevens. Op deze schriftelijke overeenkomst is bewust gekozen om alleen de datum en handtekening te vragen.

3.2 Dataverzamelingmethode

Een onderzoek kan zowel kwantitatief als kwalitatief worden uitgevoerd, dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Er is sprake van een kwalitatief onderzoek omdat het onderzoek gericht is op de betekenis en de relatie tussen de sociaal professionals en de cliënt. Een onderzoek wordt gefundeerd op empirische onderzoeksgegevens, die worden verzameld aan de hand van een dataverzamelingmethode. Binnen huidig onderzoek zal voor de dataverzamelingmethode kwalitatieve interviews worden gekozen, omdat binnen het onderzoek onderzoeksvragen centraal staan die kijken naar de houdingen, opvattingen en ervaringen van zowel de sociaal professionals als die van de cliënten. Door middel van een interview zal er ruimte geboden worden aan de respondenten om hun eigen opvattingen en ervaringen ten opzichte van sociaal netwerkversterking kenbaar te maken (Boeije & Bleijenbergh, 2019). De interviews zullen face-to-face, mondeling en semi-gestructureerd worden afgenomen, wat inhoudt dat er beperkte sturing binnen het interview aanwezig zal zijn. Er wordt gekozen om de interviews face-to-face en mondeling af te nemen, zodat dat de verbale en non-verbale communicatie geobserveerd kunnen worden en er zo geen belangrijke informatie verloren kan gaan. Daarnaast zullen de interviews semi-gestructureerd worden afgenomen omdat een beperkte sturing ervoor zal zorgen dat die ervaringen, houdingen en opvattingen aan bod komen die kunnen bijdrage aan het beantwoorden van de hoofdvraag en deelvragen, maar de respondenten wel de ruimte hebben om hun eigen gedachten te kunnen delen. Tijdens de afname van de interviews zal er gebruik gemaakt gaan worden van gesprekstechnieken, zoals luisteren, samenvatten en doorvragen, om zo onbevooroordeeld een gesprek aan te kunnen gaan (Baarda et al., 2021).

3.2.1 Ethische verantwoording

Een onderzoek moet op een wetenschappelijke verantwoorde en betrouwbare manier worden uitgevoerd (Baarda et al., 2021). Tijdens een onderzoek moeten er verscheidende afwegingen worden gemaakt en hierbij moet er rekening gehouden worden met dat de belangen van anderen niet geschaad worden. Een onderzoeker binnen het hoger beroepsonderwijs moet het maatschappelijk belang dienen, respectvol en integer zijn, zorgvuldig te werk gaan en alle gemaakte keuzes kunnen verantwoorden (Andriessen et al., 2010).

De respondenten van de interviews krijgen enkele dagen voorafgaand aan het interview een informatiebrief uitgereikt, zodat de respondenten de tijd hebben om een weloverwogen beslissing te maken rondom deelname aan het interview. Er is een informatiebrief voor de sociaal professionals (zie bijlage 1) en een voor de cliënten (zie bijlage 2). In de informatiebrief voor de sociaal professionals wordt informatie verstrekt over het interview, de doelstelling van het onderzoek en wordt er benadrukt dat er ruimte is om vragen te stellen over het interview. Daarnaast wordt er gewezen op dat deelname aan het interview vrijwillig is en dat een respondent zich op elk moment kan terugtrekken uit het onderzoek. De informatiebrief voor de sociaal professionals worden individueel en digitaal verstuurd, zodat de informatiebrief de respondenten tijdig zal bereiken. Voor de cliënten is er een andere

informatiebrief opgesteld, omdat er het risico bestaat dat de cliënten de informatiebrief voor de sociaal professionals niet zullen begrijpen. De informatiebrief voor de cliënten is opgesteld aan de hand van wie, wat, waar, waarom, wanneer en hoe, waarin wordt uitgelegd wat het interview inhoudt, dat deelname aan het interview een vrije keuze is en dat er met toestemming vanuit de cliënt een geluidsopname zal worden gemaakt. De informatiebrieven worden persoonlijk verstrekt aan de cliënten, zodat de informatiebrief mondeling verduidelijkt kan worden.

Bij aanvang van de interviews worden met zowel de sociaal professionals als de cliënten een informed consent ondertekend (zie bijlage 3). In dit formulier staat beschreven dat de respondenten genoeg informatie verstrekt hebben gekregen over het onderzoek, de respondent vrijwillig meedoet aan het interview en dat de respondent er van op de hoogte is dat die zich elk moment mag terugtrekken uit het onderzoek. Tijdens het interview zullen de vragen zo worden uitgekozen dat er sprake is van afwezigheid van nadelige effecten, er zullen zo min mogelijk emotionele belastbare vragen gesteld worden (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Bij het tekenen van de informed consent zal nogmaals benadrukt worden dat het gesprek via een geluidsopname wordt opgenomen, dat gegevens anoniem verwerkt zullen worden en dat na afronding van het onderzoek de verzamelde gegevens vernietigd zullen worden (Baarda et al., 2021).

Voorafgaand aan een interview met een cliënt zal er eerst afstemming met het team plaatsvinden om in te schatten of de psychische conditie van de cliënt goed genoeg is om het interview door te laten gaan, dit vanuit bescherming voor zowel de cliënt als de onderzoeker. Aan de sociaal professionals wordt in een later stadium een terugkoppeling van de voorlopige resultaten van het onderzoek gegeven door middel van een presentatie. Na afronding van het onderzoek kunnen andere sociaal professionals en cliënten ook nog een terugkoppeling van het onderzoek ontvangen.

3.3 Meetinstrument

Een onderzoeksonderwerp binnen het sociaal werk is meestal niet te meten en daarom is het belangrijk om de vraagstelling te operationaliseren. De operationalisering van dit onderzoek is de topiclijst. Het doel van de topiclijst is richting geven aan het interview, zodat met de interviews antwoord kan worden gegeven op de onderzoeksvragen (Baarda et al., 2021).

De interviews voor het onderzoek worden afgenomen aan de hand van een topiclijst. Hiervoor is gekozen binnen dit onderzoek omdat door een topiclijst het risico wordt verminderd om belangrijke onderwerpen over te slaan tijdens een interview, doordat er ruimte is voor spontane vragen. In de topiclijst staan onderwerpen die tijdens het interview aan bod moeten komen, zoals sociaal netwerk, invloed vanuit maatschappij en inzet van de sociaal professional. De topiclijst zal 'psychologisch' worden opgesteld, waardoor de respondenten de topiclijst als logisch zullen ervaren (Baarda et al., 2021). Dit zal er binnen huidig onderzoek als volgt eruitzien: er wordt begonnen met in kaart brengen hoe een sociaal netwerk eruitziet, hoe de maatschappij en de cliënt zelf belemmeringen vormen om

sociale contacten te kunnen aangaan en onderhouden en wat de inzet van de sociaal professional op dit moment is en kan zijn ten opzichte van het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Binnen dit onderzoek is de conceptuele definitie: hoe sociaal professionals het sociaal netwerk van cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging kunnen versterken. Om dit te kunnen meten zullen twee verschillende topiclijsten worden opgesteld. De topiclijsten worden ontwikkeld vanuit de onderzoeksvragen en vanuit het theoretisch kader (zie bijlage 4). Er zal een topiclijst zijn voor de sociaal professionals (zie bijlage 5) en een voor de cliënten (zie bijlage 6). Met de topiclijst van de sociaal professional zal gemeten gaan worden wat hun ervaringen zijn rondom het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging, welke invloed de samenleving, overheid en cliënt hebben op het kunnen aangaan en onderhouden van contacten, hoe zij momenteel de betrokkenheid van het sociaal netwerk binnen een behandeling ervaren en welke kennis en ervaringen de sociaal professionals nog nodig hebben om een sociaal netwerk te kunnen versterken. Met de topiclijst van de cliënten wordt gemeten wat de grootte is van het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging, hoe de leefomgeving, de samenleving, het ziektebeeld en de forensische titel invloed hebben op het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten, hoe zij momenteel de behandeling ervaren en hoe ze graag hun sociale netwerk betrokken zouden willen zien hebben binnen de behandeling. Na de eerste afname aan de hand van de topiclijsten zullen de topiclijsten verfijnd worden door middel van ervaringen en feedback vanuit de respondenten. Dit wordt gedaan omdat de topiclijst dan nog beter zal gaan aansluiten op de hoofd- en deelvragen.

Een interview zal worden opgebouwd uit een introductie over waarom en hoe het interview wordt afgenomen. Daarna zullen er persoonsvragen, zoals hoe oud een respondent is, gesteld worden om de respondent op zijn gemak te stellen. Hierna zal het interview verder worden afgenomen aan de hand van de topiclijsten en daarbij wordt het principe van makkelijke naar moeilijke topics gehanteerd. Het bespreken van de topics wordt voornamelijk gedaan door middel van indirecte vragen, hiervoor wordt gekozen om sociale wenselijkheid en heftigheid van de topics te reduceren. Als laatste vindt er een passende afsluiting inclusief dankwoord plaats (Baarda et al., 2021).

3.3.1 Betrouwbaarheid & validiteit

Bij betrouwbaarheid gaat het om voorkomen van toevallige fouten binnen het onderzoek, zoals bijvoorbeeld het stellen van gestuurde vragen tijdens een interview. Toevallige fouten moeten geminimaliseerd worden, omdat dit invloed kan uitoefenen op de onderzoeksresultaten (Baarda et al., 2021). Een onderzoek moet herhaalbaar en controleerbaar zijn (Boeije & Bleijenbergh, 2019). In dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid zo groot mogelijk gemaakt door gebruik te maken van verschillende data in het vooronderzoek, door de probleemstelling te verifiëren in de praktijk en door het interview af te nemen in een bekende ruimte voor de respondenten waarbij de omgevingsgeluiden minimaal zijn. Dit zal worden gewaarborgd door een gespreksruimte op een rustige deel van de afdeling te kiezen. De interviews met de cliënten zullen 1-op-1 worden afgenomen, zodat er vrijuit gesproken kan worden over de onderwerpen. De interviews zullen worden opgenomen, met

toestemming vanuit de respondent, om later terug te luisteren om te kijken of de onderzoeker niet onbewust invloed uitoefent op de respondent zijn antwoorden.

Bij de interne validiteit gaat het om de afwezigheid van systematische fouten en dat er gemeten wordt met het meetinstrument wat de onderzoeker wil meten voor zijn onderzoek (Baarda et al., 2021). Om systematische fouten te voorkomen is er gebruik gemaakt van verschillende data in het vooronderzoek. Daarnaast sluit de dataverzamelmethode aan bij de onderzoeksvragen, omdat in de interviews ruimte geboden wordt voor de houdingen en ervaringen van de verschillende doelgroepen. De topiclijsten zullen voorafgaand aan gebruik worden voorgelegd aan andere onderzoekers, zodat persoonlijke voorkeuren en overtuigingen vanuit de onderzoeker worden tegengegaan. In de interviews zullen open vragen gesteld worden die kort zijn en makkelijk te begrijpen vallen, zodat het gaat om de inhoud van de vragen. Daarnaast zullen retroperspectieve vragen zo min mogelijk gesteld gaan worden, omdat dit tot vertekening van de werkelijkheid kan leiden. Na afloop van de interviews zullen alle interviews worden teruggeluisterd, uitgeschreven en systematisch worden geanalyseerd. De externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten. Huidig onderzoek richt zich op een specifieke doelgroep binnen een specifieke instelling, waardoor de onderzoeksresultaten niet overgenomen kunnen worden voor andere situaties (Baarda et al., 2021).

3.4 Data-analyse

De afgenomen interviews zullen met behulp van geluidopnames getranscribeerd worden. Tijdens de data-analyse zal dan gekeken worden naar wat de verzamelde gegevens te vertellen hebben over de probleemstelling en onderzoeksvragen. Tijdens het analyseren van het materiaal vindt er een proces van ontleden en synthetiseren plaats (Baarda et al., 2021). Binnen huidig onderzoek zal er sprake zijn van inductief coderen: de codes worden afgeleid uit empirisch materiaal om zo tot een theorie over een sociaal verschijnsel te kunnen komen. Aan het begin van de analyse zullen de transcripten gefragmenteerd worden door middel van fragmentnummers en aan de hand van de topics, zoals bijvoorbeeld sociale contacten. Niet relevante informatie zal worden doorgestreept maar krijgt wel een fragmentnummer, omdat dit in een later stadium toch relevant kan worden. Na de fragmentering vindt de open codering plaats waarin de fragmenten een label toegekend krijgen, als voorbeeld nieuwe mensen leren kennen op verlof. Open coderen wordt gedaan om het materiaal grondig te leren kennen, verzamelde gegevens hanteerbaar te maken en thema's toe te kennen. De labels zullen ontstaan vanuit de woorden die de respondenten zelf gebruikt hebben, eigen taalgebruik van de onderzoeker en theorieën en begrippen vanuit het theoretisch kader (Boeije & Bleijenbergh, 2019). De open codering is de ontleding van de verzamelde gegevens en na de ontleding vindt het synthetiseren plaats. Codes worden weer samengevoegd en er zal gekeken worden naar samenhang tussen bepaalde codes (Baarda et al., 2021). De codes zullen worden samengevoegd door middel van axiaal coderen. Codes zullen worden geïntegreerd door het gebruik van categorieën, waardoor er makkelijk gekeken kan worden naar de samenhang en het onderscheid. Een voorbeeld hiervan is sociale

contacten en manieren van contact maken, waarin duidelijk de samenhang en onderscheid naar voren komt hoe er wordt omgegaan met sociaal contact. Axiaal coderen wordt gedaan om gegevens te reduceren en hoofd- en bijzaken te onderscheiden. Als laatste stap vindt selectief coderen plaats, waarbij een selectie van kernbegrippen ontstaat waardoor verbanden tussen categorieën worden blootgelegd (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

Binnen dit onderzoek ontstaat een codeboom door middel van de bottum-up aanpak: er wordt begonnen bij de losse codes en vanuit daar wordt gekeken hoe de codes kunnen worden samengevoegd (Baarda et al., 2021). De open codering, axiaal codering en selectief codering zijn opgenomen in de codeboom die uit de data-analyse is ontstaan. Door middel van de data-analyse kunnen de deelvragen worden beantwoord. Binnen dit onderzoek zijn er deelvragen gericht op zowel de sociaal professionals als op de cliënt, hierdoor zal er sprake zijn van een codeboom ontwikkeld uit de gegevens van de sociaal professionals (zie bijlage 7) en een codeboom die voorkomt uit het materiaal van de cliënten (zie bijlage 8). Om de betrouwbaarheid van de data-analyse zo groot mogelijk te krijgen zal er transparant te werk gegaan worden en zal er overleg met medeonderzoekers plaatsvinden.

4. Resultaten

In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven die voortkomen uit de data-analyse van de interviews met de sociaal professionals en de cliënten. De resultaten worden per deelvraag beschreven en er wordt een koppeling gemaakt met het theoretisch kader. Ter ondersteuning van de resultaten zullen citaten vanuit de interviews gebruikt worden, waarbij namen in een citaat worden geanonimiseerd.

4.1 Resultaat deelvraag 1

Deelvraag 1 luidt: Hoe ervaren de sociaal professionals van afdeling Y momenteel de betrokkenheid van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

Voor het beschrijven van deze deelvraag is gebruik gemaakt van de codeboom van de sociaal professionals. Volgens de respondenten van de interviews bestaat het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging uit: behandelteam, persoonlijk begeleider, team op de werkvloer, mentor, curator, bewindvoerder, reclassering, familie, maatje en soms vrienden. De cliënten hebben voornamelijk contact met hun netwerk door bezoek op de afdeling, huisbezoeken en verlof. Drie respondenten geven aan dat het contact wat de cliënten hebben met anderen voornamelijk functioneel is. Volgens de theorie is het belangrijk dat iemand sociaal kapitaal heeft omdat dit sociale insluiting en sociale cohesie kan bevorderen. Het sociaal kapitaal dat een cliënt heeft bestaat uit een sociaal vangnet wat hulpbronnen aanbiedt (Walraven et al., 2009). Eén van de respondenten zegt: *“Als sociaal netwerk zie ik een vangnet wat cliënten hebben, wat beschermend is”* (SP1). Meerdere respondenten zeggen dat een sociaal netwerk kan zorgen voor een gezonde omgeving voor de cliënt. Daarnaast geeft één respondent stellig aan dat het sociaal netwerk invloed kan uitoefenen op de cliënt en het daarom belangrijk is om het netwerk te betrekken bij de behandeling van een cliënt. *“Dus ik denk dat de tbs’ers die we nu in behandeling hebben nog best een redelijk gezond netwerk om zich heen hebben”* (SP3). Dit citaat laat zien dat er gekeken wordt naar hoe gezond een contact eigenlijk is voor de cliënt. Vier respondenten geven aan dat voor het betrekken van het netwerk bij de behandeling er wel sprake moet zijn van gezond contact, want gezonde contacten kunnen namelijk steun bieden. Daarbij geven twee respondenten aan dat medecliënten ook steun kunnen bieden aan een cliënt.

Uit de theorie blijkt dat een van de voordelen van betrokkenheid door familie bij de behandeling van een cliënt sterkere sociale bindingen en meer sociale controle kan zijn, waardoor delinquent gedrag kan worden teruggedrongen (Koeppel & Chism, 2018). Meerdere respondenten van de interviews geven aan dat het belangrijk is om het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling en het herstelproces van een cliënt. Enkele respondenten geven aan dat een cliënt zelf de keuze heeft om netwerk wel of niet te zien en te betrekken bij behandeling. Vanuit de respondenten komen

verschillende geluiden over de betrokkenheid van het sociaal netwerk. *“Maar anders als ze nog wel betrokken zijn dan kom, dan kom en dan laat merken dat je betrokken bent. Want ik denk juist dat mensen daar zo’n behoefte aan hebben. Wie niet, wie niet, maar ik denk zeker mensen die met die stigmatisering te maken hebben en overal uitgekotst worden, die misschien nog wel extra”* (SP2). Dit citaat is wat één van de respondenten zegt over de betrokkenheid van familie bij de behandeling van cliënten. Andere respondenten geven aan dat er weinig contact met familie is, ouders niet veel in beeld zijn, maatje weinig wordt betrokken en dat de inzet van het sociaal netwerk bij therapieën laag is. Daarentegen geven twee van de zeven respondenten aan dat de betrokkenheid van het sociaal netwerk goed is naar behoefte van de cliënt. Wat de sociaal professionals momenteel inzetten om het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling van een cliënt is: kleine (telefonische) contacten onderhouden, plannen van huisbezoeken, verlofplannen schrijven, rapporteren en overleggen, inzetten van therapieën voor de cliënt, gesprekken aangaan, uitnodigen voor een zorgplan en doorlopen van verlofstappen met cliënten. Eén respondent gaf aan dat er ook weleens systeemgesprekken gevoerd worden, psycho-educatie wordt gegeven en dat netwerk wordt ingezet bij risicotaxatie. Daarbij gaf weer een andere respondent aan dat de inzet van systeemgesprekken minimaal is. *“We hebben bijvoorbeeld niet echt, voor zover ik weet, geen systeemtherapeut ofzo. Dat zou misschien ook wel in sommige gevallen goed zijn”* (SP6).

Er zijn ook verschillende soorten belemmeringen die komen kijken bij het betrekken van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt. Vier respondenten geven aan dat schizofrenie het bemoeilijkt om contacten te onderhouden met het sociaal netwerk en twee respondenten geven aan dat dit komt doordat ze moeite hebben met vertrouwen van anderen. Daarnaast geven drie respondenten aan dat gedwongen opname contact met naasten lastig maakt. Uit de theorie blijkt dat verlofbewegingen belangrijk zijn om contact te kunnen hebben met het sociaal netwerk. Verlof wordt goedgekeurd door Ministerie van Justitie en deze kennen veel voorwaarden rondom verlof (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.-c). Vier respondenten geven aan dat Ministerie van Justitie veel voorwaarden oplegt. Eén respondent geeft aan dat daardoor regelmatig op netwerkverlof gaan niet haalbaar is. Meerdere respondenten geven aan dat ook de samenleving invloed heeft op hoe het sociaal netwerk betrokken kan worden bij de behandeling van een cliënt. Vier respondenten geven aan dat er sprake is van stigmatisering en drie respondenten geven aan dat door de samenleving alleen wordt gekeken naar de maatregel. Dit bemoeilijkt volgens de respondenten contacten aangaan en onderhouden. *“Dus ik kan mij voorstellen dat een cliënt met tbs bijvoorbeeld buiten de kliniek op zoek gaat naar vrijwilligerswerk en daar werken ‘gewone’ mensen uit de maatschappij en die komen te weten dat iemand tbs heeft dan denk ik echt wel dat ze afstand houden zeg maar, want stel je voor dat die iets doet wat niet kan of hij gevaarlijk is. Ik denk echt dat daar vooroordelen over zijn”* (SP3).

4.2 Resultaat deelvraag 2

Deelvraag 2 luidt: Op welke manier zouden de cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging hun sociaal netwerk betrokken willen zien in de behandeling en bij het herstelproces?

Voor het beschrijven van de resultaten van deelvraag 2 is de codeboom van de cliënten gebruikt. Uit de interviews met de cliënten is naar voren gekomen dat hun sociaal netwerk voornamelijk bestaat uit: sociaal professionals, familieleden en medecliënten. Twee respondenten gaven aan ook weleens vrienden te hebben. Daarnaast doet één cliënt mee aan een maatjesproject. De manieren waarop contact met het sociaal netwerk plaatsvindt is voor iedere respondent verschillend. *“Ik heb eigenlijk nooit echt bezoek van iemand hier”* (C1). Dit citaat geeft het beeld van twee van de respondenten weer. Deze respondenten hebben voornamelijk contact met hulpverlening op de afdeling en contact met naasten vindt buiten de kliniek plaats, door middel van verlof en/of huisbezoek. Eén respondent krijgt weleens bezoek op de afdeling, maar deze frequentie is niet hoog. Deze respondent heeft voornamelijk telefonisch contact met zijn naasten.

Uit de theorie komt naar voren dat mensen met schizofrenie vaak moeite hebben met contact aangaan en onderhouden, doordat er sprake is van een emotionele stoornis waardoor iemand met schizofrenie moeilijk emoties kan uiten en die van anderen kan lezen (Nevid et al., 2017). Eén respondent zei: *“Kijk hier kun je geen contact opbouwen, want je wordt continue geobserveerd, er loopt continue mensen om je heen die meeluisteren. Je merkt pas als je op een bankje bent in een grote omgeving, al is het 100 meter rechts naast het gebouw, dat je opener kunt praten”* (C2). In het interview geven de respondenten aan meer vrijheid te willen om sociale contacten te kunnen aangaan en onderhouden. Alle drie de respondenten geven wisselend aan dat ze wel/geen moeite hebben met contact maken. Echter geven alle drie de respondenten aan sociaal contact als spannend te ervaren, waarbij één respondent aangeeft dat dit bemoeilijkt om weer naar buiten te gaan. De respondenten geven aan voornamelijk nieuwe contacten op te doen bij verlofbewegingen en therapieën, waarop één respondent aansluit het moeilijk te vinden om nieuwe contacten aan te gaan en hierbij hulp vanuit de sociaal professionals te willen. De onderzoeker heeft de respondenten ook bevraagd over het leefklimaat op de afdeling en hierbij geven alle drie de respondenten aan dat er sprake is van een wisselende sfeer op de afdeling, maar dat er vaak wel respect is voor elkaar. Twee van de respondenten geven aan dat er momenteel geen onderlinge gezamenlijke activiteiten worden uitgevoerd en dat dit gemist wordt.

De behandeling van een cliënt zorgt er meestal voor dat een cliënt een herstelproces doorloopt. Bij de behandeling van een cliënt is het behandelteam en de persoonlijk begeleider van een cliënt betrokken. Het betrekken van een sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt kan leiden tot het creëren van een sociaal vangnet en sociale steun waardoor een cliënt kan re-integreren in de maatschappij (Dröes & Witsenburg, 2012). Eén van de respondenten gaf aan ook veel van zijn familie te leren. Echter willen alle drie de respondenten niet dat hun familie wordt betrokken bij de behandeling of herstelproces. Hiervoor zijn verschillende redenen, zoals de familie heeft een eigen

leven, er is een te grote afstand en andere normen en waarden die belangrijk zijn. Eén respondent geeft wel aan dat zijn familie ingelicht mag worden bij positieve en negatieve situaties die spelen op de afdeling. Uit de interviews blijkt dat de respondenten vinden dat hun behandeling te traag gaat en dat ze meer vrijheid willen. Wanneer de onderzoeker de rol van het sociaal netwerk in de toekomst exploreert dan geven twee respondenten aan nog niet te weten hoe hun sociale netwerk later een rol krijgt in hun leven.

4.3 Resultaat deelvraag 3

Deelvraag 3 luidt: Wat hebben de sociaal professionals van afdeling Y nodig om het sociaal netwerk te kunnen versterken bij cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

Voor het beschrijven van het resultaat van deze deelvraag is de codeboom van de sociaal professionals gebruikt. Volgens Tirions et al. (2018) leven we momenteel in een tijdperk waarin iemand die faalt diegene dat aan zichzelf te danken heeft. Dit zorgt voor ongelijkheid en uitsluiting in de samenleving en daar hebben cliënten binnen de forensische zorg veel mee te maken. Uitsluiting in de samenleving bemoeilijkt het om sociale contacten te kunnen onderhouden en nieuwe contacten te kunnen aangaan. Twee respondenten gaven aan dat de cliënten op afdeling Y openstaan voor het aangaan van nieuwe contacten. Uit de interviews is naar voren gekomen dat het aangaan van nieuwe contacten gedaan kan worden bij de voorzieningen binnen de kliniek en op verlof. Er komt meerdere keren in de interviews naar voren dat nieuwe contacten aangaan niet altijd gezond is voor de cliënt. *“(…), maar contacten buiten de hulpverlening is lastig omdat ze op dit terrein zitten en eigenlijk de mensen die hier op dit terrein zitten hebben zelf vaak psychische problemen en zijn ook wel bekend met drugsgebruik, het zijn vaak geen gezonde mensen om mee om te gaan”* (SP6). Dit citaat geeft weer welke sociale contacten een cliënt kan aangaan op het terrein.

Als hulpverlener krijg je te maken met het sociale netwerk van een cliënt. Uit de interviews komt naar voren dat het niet alleen belangrijk is om hulpverlening te bieden aan de cliënt, maar dat het sociaal netwerk ook ondersteuning vanuit de hulpverlening nodig heeft. Eén respondent geeft aan dat het van belang is dat de maatschappelijk werker regelmatig contact heeft met het netwerk. Drie respondenten geven aan dat zij het sociaal netwerk meer betrokken zouden willen zien bij de behandeling van een cliënt. De behoeftes vanuit de hulpverleners die in de interviews naar voren komen zijn: dat ze handvatten krijgen om contact met het netwerk te onderhouden, dat een persoonlijk begeleider familieleden meer mag betrekken bij de behandeling, dat er bewust wordt nagedacht over contact wel/niet herstellen, dat er aandacht besteed wordt aan het maken van vrienden, dat de samenleving meer ontmoetingsplekken krijgt voor mensen met tbs, dat er warmer contact is met de familie en dat het team op de werkvloer meer op de hoogte is van wat het behandelteam inzet. *“Nou ik denk dat het heel belangrijk is dat er inzicht wordt gegeven, ik mis dat zelf nu ook echt want we krijgen allemaal mensen met tbs”* (SP2). Eén respondent gaf ook aan dat het belangrijk is dat er meer inzicht wordt gegeven in wat tbs nu precies is en hoe daar als hulpverlener mee om te gaan.

In het theoretisch kader wordt gesteld dat voor het versterken en uitbreiden van een sociaal netwerk gebruik gemaakt kan worden van een ecogram, Sociale Netwerk Analyse, triadisch werken, systeemtherapie, ervaringsdeskundigheid en een maatjesproject. De respondenten uit de interviews hebben zelf ook verschillende inzichten over hoe het sociaal netwerk van cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging kan worden uitgebreid of betrokken worden bij de behandeling. Vijf respondenten geven aan dat het belangrijk is dat er een training komt voor de sociaal professionals waarbij het betrekken en uitbreiden van het sociaal netwerk centraal staat. Daarnaast geven enkele respondenten ook aan dat het fijn zou zijn als zij ook inzicht krijgen in de trainingen en therapieën die de cliënt volgt, zodat zij ook met de cliënt kunnen oefenen door middel van rollenspellen. Daarnaast geeft één respondent aan dat het belangrijk is dat er meer financiering vanuit de overheid of organisatie komt zodat maatjes en vrijwilligers meer met de cliënten kunnen ondernemen, want de cliënten met tbs hebben daar geen geld voor. Daarnaast geven twee respondenten aan dat het belangrijk is dat cliënten gestimuleerd blijven worden om toestemming te geven tot het delen van informatie of dat er uitzonderingen gemaakt kunnen worden ook al is er geen toestemming, want een cliënt met schizofrenie heeft niet altijd door hoeveel steun het sociaal netwerk kan bieden. De hulpverlening kan dan namelijk ook regelmatig telefonisch contact opnemen met het netwerk, een luisterend oor zijn voor het netwerk, het netwerk op de hoogte houden van de behandeling en inzet van een systeemtherapeut of psycho-educatie aanraden. Daarnaast zijn er twee respondenten die zeiden dat de inzet van ervaringsdeskundigheid helpend kan zijn, zodat er binnen de hulpverlening een duidelijker beeld ontstaat van hoe het is voor het sociaal netwerk van een cliënt met tbs met dwangverpleging. *“Ik denk dat het belangrijk is dat wij inzicht krijgen en dat wij daarvoor misschien ook weleens een familielid zouden kunnen ontvangen van een ex-tbs’er, die eens zou komen praten van hoe is dat nou voor de familie”* (SP2). Daarnaast geeft één respondent aan dat nieuwe vrienden maken als behandelpunt moet worden opgenomen, één respondent zei dat er meer aanbod qua dagbesteding nodig is, één respondent geeft aan dat er meer personeel beschikbaar moet komen en weer en andere respondent geeft aan dat cursussen meer gericht op psychose moeten worden. *“Meer gericht op onze cliënten worden want ik denk dat dat vooral in cursussen mist, want mensen met een psychose zijn vaak toch heel anders dan met een persoonlijkheidsproblematiek”* (SP6).

5. Conclusie en aanbevelingen

In hoofdstuk 5 wordt aan de hand van de resultaten antwoord gegeven op de deelvragen die leiden tot een conclusie op de hoofdvraag van huidig onderzoek. In paragraaf 2 zullen er aanbevelingen voor de sociaal professionals beschreven worden met uitleg over de implementatie van de aanbevelingen. Daarnaast zullen er ook aanbevelingen voor zowel de overheid als de organisatie beschreven worden.

5.1 Conclusie

5.1.1 Conclusie deelvraag 1

Deelvraag 1 luidt: Hoe ervaren de sociaal professionals van afdeling Y momenteel de betrokkenheid van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

In het vooronderzoek is naar voren gekomen dat de betrokkenheid van het sociaal netwerk binnen de forensische zorg laag is (Bootsma & Spreen, 2018). Binnen het empirisch onderzoek is naar voren gekomen dat het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging voornamelijk uit hulpverleners en familie bestaat en dat een enkeling ook een ander sociaal contact heeft. Volgens de respondenten is contact met het sociaal netwerk meestal functioneel, terwijl contact met sociaal netwerk kan zorgen voor een gezonde omgeving van de cliënt. Medecliënten kunnen ook als steun bieden voor de cliënt, maar er moet dan wel sprake zijn van gezond contact. Cliënten hebben zelf de keuze in de betrokkenheid van het netwerk. De respondenten zien over het algemeen dat het sociaal netwerk minimaal betrokken wordt bij de behandeling. Op dit moment is er sprake van betrokkenheid door uitnodigingen voor een zorgplan en verlofbewegingen. Het betrekken van het sociaal netwerk wordt volgens de respondenten belemmerd door schizofrenie en door de voorwaarden die Ministerie van Justitie rondom verlof oplegt, terwijl verlof de grootste mogelijkheid is tot contact met naasten. Uit de probleemanalyse bleek dat stigmatisering ook invloed kan uitoefenen op de betrokkenheid van het sociaal netwerk en uit de resultaten van de interviews bleek dat stigmatisering vanuit de samenleving de betrokkenheid beïnvloedt omdat er alleen gekeken wordt naar de maatregel van iemand.

Geconcludeerd kan worden dat de sociaal professionals van afdeling Y de betrokkenheid van het sociaal netwerk, meestal familie, als minimaal ervaren. Het betrekken van het sociaal netwerk wordt belemmerd door schizofrenie, voorwaarden vanuit Ministerie van Justitie en stigmatisering.

5.1.2 Conclusie deelvraag 2

Deelvraag 2 luidt: Op welke manier zouden de cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging hun sociaal netwerk betrokken willen zien in de behandeling en bij het herstelproces?

Uit de interviews kwam naar voren dat de cliënten hun sociaal netwerk bestaat uit sociaal professionals en familie. Contacten met familie vinden voornamelijk buiten de kliniek plaats. Contact aangaan en onderhouden met het sociaal netwerk wordt door iedere cliënt met schizofrenie en tbs anders ervaren. Echter stellen de respondenten wel dat ze meer vrijheid nodig hebben om contact goed te kunnen aangaan en onderhouden. De respondenten geven aan dat sociaal contact hebben spannend is en dat dit kan bemoeilijken tot buiten de kliniek gaan. De respondenten hebben weleens contact met medecliënten, maar er vinden momenteel geen gezamenlijke activiteiten plaats en dat wordt gemist. De respondenten geven aan dat het behandelteam en de persoonlijk begeleider betrokken is bij de behandeling en dat ze hun familie niet willen betrekken bij de behandeling en herstelproces, omdat familie een eigen leven heeft en de afstand te groot is. Enkele respondenten geven wel aan dat familie op de hoogte gehouden mag worden. Sommige respondenten stellen ook eventueel ondersteuning te willen bij het aangaan van nieuwe contacten.

In conclusie willen de cliënten met schizofrenie en tbs met dwangverpleging hun familie niet betrekken bij de behandeling en herstelproces, maar ze mogen meestal wel op de hoogte gehouden worden. De belemmering die door de cliënt wordt ervaren in contact kunnen aangaan en onderhouden is dat er sprake is van weinig vrijheden en zoals uit de theorie blijkt zijn de mogelijkheden tot verlof ook steeds strenger geworden (Nagtegaal et al., 2011). De cliënten zouden graag meer gezamenlijke activiteiten ondernemen met de afdeling en hulp willen bij nieuwe vrienden aangaan.

5.1.3 Conclusie deelvraag 3

Deelvraag 3 luidt: Wat hebben de sociaal professionals van afdeling Y nodig om het sociaal netwerk te kunnen versterken bij cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

Het probleem dat binnen huidig onderzoek centraal staat is dat het momenteel onduidelijk is voor de sociaal professionals van afdeling Y hoe zij met behulp van eigen capaciteiten het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging kunnen versterken. Om een duidelijk beeld te hebben over hoe het sociaal netwerk versterkt kan worden is het belangrijk om inzichtelijk te hebben wat de sociaal professionals hiervoor nodig hebben. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de sociaal professionals nodig hebben dat ze meer handvatten krijgen om het sociaal netwerk te betrekken bij behandeling, dat een persoonlijk begeleider familie meer mag betrekken en dat er binnen de behandeling aandacht wordt besteed aan het maken van nieuwe vrienden. Wat de sociaal professionals nodig hebben om het sociaal netwerk te kunnen versterken is wisselend. De respondenten stellen dat de overheid meer geld beschikbaar kan stellen voor het maatjesproject en het makkelijker kan maken om informatie te delen met het netwerk zonder toestemming vanuit de cliënt, dat de organisatie meer trainingen kan ontwikkelen rondom sociaal netwerkversterking en dat

er op de afdeling zelf meer aandacht besteed kan worden aan het aangaan van nieuwe contacten en de inzet van ervaringsdeskundigheid.

5.1.4 Conclusie hoofdvraag

De hoofdvraag luidt: Hoe kunnen de sociaal professionals van afdeling Y binnen ggz-instelling X het sociaal netwerk versterken van cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

Eerder werd in het onderzoek gesteld dat het onduidelijk is voor de sociaal professional van afdeling Y hoe zij met behulp van eigen capaciteiten het sociaal netwerk kunnen versterken van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging en uit de literatuur bleek dat dit kan leiden tot belemmering in het herstelproces en re-integratie naar de maatschappij doordat delictgedrag niet los gezien kan worden van de sociale context van een cliënt (Bootsma & Spreen, 2018). Hierdoor is het belangrijk dat een sociaal professional kennis heeft van hoe een sociaal netwerk versterkt kan worden. Er kan geconcludeerd worden dat het sociaal netwerk van een cliënt op verschillende manieren versterkt kan worden. Als eerste hebben de sociaal professionals aangegeven dat het sociaal netwerk voornamelijk bestaat uit hulpverleners en familie. Een enkeling kent ook een ander sociaal contact. Het is belangrijk om als sociaal professional inzichtelijk te hebben hoe het sociaal netwerk zich vormgeeft en of er sprake is van (on)gezond contact. Dit kan door meerdere methodieken te gebruiken, maar door gebruik te maken van de Sociale Netwerk Analyse kan het netwerk in een later stadium ook ingezet worden bij risicotaxatie en kunnen de behoeften rondom nieuwe contacten aangaan in kaart worden gebracht. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt en de cliënten geven aan dat zij hun familie niet willen betrekken bij de behandeling, maar dat deze wel op de hoogte gehouden mogen worden. De sociaal professionals gaven aan dat er momenteel geen standaard contactmomenten plaatsvinden met het sociaal netwerk. Er kan worden ingezet op vaste contactmomenten en eventueel met de cliënt samen, mits de cliënt hier toestemming voor geeft. De cliënten gaven daarnaast aan ondersteuning te willen bij het aangaan van nieuwe contacten en willen meer gezamenlijke activiteiten ondernemen. Een sociaal professional kan de behoeften van de cliënt omzetten in interventies. Een van de ideeën die een sociaal professional inbracht was dat nieuwe vrienden maken als behandelpunt kan worden opgenomen. Een andere interventie die kan worden ingezet is wekelijks of maandelijks een activiteitenmiddag of -avond organiseren, want ook medecliënten kunnen als steun bieden voor de cliënt.

Hoe een sociaal professional het netwerk van een cliënt zal versterken is wisselend. Echter door de inzet van trainingen en inzicht te krijgen in de trainingen en therapieën voor de cliënten kunnen de sociaal professionals meer kennis krijgen over sociaal netwerkversterking. Ook kan de inzet van ervaringsdeskundigheid de sociaal professional kennis geven over de behoeften van het sociaal netwerk en de cliënt en hiermee kan dan rekening gehouden worden bij ondersteuning bieden aan het sociaal netwerk en de cliënten.

5.2 Aanbevelingen

Binnen huidig onderzoek is gekeken naar hoe het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie en tbs met dwangverpleging kan worden versterkt. In deze paragraaf zullen aanbevelingen worden aangedragen over hoe het sociaal netwerk versterkt kan worden. Als eerste een aanbeveling voor de overheid, daarna een aanbeveling voor de organisatie en als laatste vier aanbevelingen voor de sociaal professionals.

Wetaanpassing

De resultaten gaven aan dat cliënten momenteel toestemming moeten geven voor het verstrekken van informatie met het sociaal netwerk, dit kan volgens de sociaal professionals een belemmering vormen in het betrekken en versterken van het sociaal netwerk van een cliënt. Dit terwijl uit het theoretisch kader blijkt dat cliënten met schizofrenie zelf moeite hebben met het aangaan en onderhouden van sociale contacten en hierdoor kan de steun vanuit het sociaal netwerk verloren gaan (Nevid et al., 2017). Een sociaal professional gaf binnen de interviews aan dat er ruimte moet zijn voor uitzonderingen en dit is dan ook de aanbeveling voor de overheid. Het is belangrijk dat er niet alleen gekeken gaat worden naar de toestemming vanuit de cliënt, maar dat ook de inzichten vanuit de sociaal professionals over het belang van het betrekken van het sociaal netwerk meegenomen worden in het wel of geen informatie mogen delen en dat er uitzonderingen gemaakt kunnen worden wanneer de sociaal professionals inschatten dat het sociaal netwerk als steun kan bieden. Door de sociale controle die deze steun met zich meebrengt kan ook het delinquent gedrag verminderd worden (Koeppel & Chism, 2018).

Training sociaal netwerkversterking

Binnen de interviews kwam naar voren dat er momenteel geen trainingen rondom sociaal netwerkversterking binnen de organisatie beschikbaar zijn, maar dat hier wel behoefte aan is. Een aanbeveling voor de organisatie is dan ook om een training te ontwikkelen waarin de sociaal professionals handvatten krijgen aangeboden om een sociaal netwerk te betrekken en te versterken. Een voorbeeld van een methodiek die binnen de training centraal kan staan is: Steunend Relationeel Handelen. Hiermee kan specifiek gewerkt worden aan het verbeteren van sociale contacten door te kijken naar zowel de wens als de kwetsbaarheid van de cliënt (Dröes & Witsenburg, 2012). De organisatie kan deze training ontwikkelen door middel van verdieping in handboeken of samen te werken met een organisatie of trainingscentra die al trainingen beschikbaar hebben rondom sociaal netwerkversterking.

Onderstaande aanbevelingen zijn voor de sociaal professionals van afdeling Y, omdat er binnen huidig onderzoek centraal staat hoe zij met behulp van hun eigen capaciteiten het netwerk kunnen versterken.

Sociaal Netwerk Analyse

De sociaal professionals weten dat het sociaal netwerk van een cliënt voornamelijk bestaat uit hulpverleners en familie. Een enkele cliënt kent ook andere contacten. De eerste aanbeveling voor de sociaal professionals is om het sociaal netwerk van een cliënt in kaart te brengen door middel van de methodiek: Sociale Netwerk Analyse. De sociaal professional houdt een interview met de cliënt waarbij de sociale contacten in kaart worden gebracht. Hieruit volgen door middel van deze methodiek de kenmerkende patronen van relaties en de beïnvloeding vanuit het sociaal netwerk. Daarnaast wordt er inzichtelijk gemaakt welke vaardigheden een cliënt nog dient aan te leren en ontstaat er een duidelijk overzicht welke contacten als (on)gezond worden ervaren. De gezonde contacten kunnen later ook nog ingezet worden bij de risicotaxatie van een cliënt, omdat deze niet los gezien kan worden van de sociale context (Pomp & Bogaerts, 2008). Om aan de slag te kunnen gaan met de Sociale Netwerk Analyse moet er kennis aanwezig zijn over deze methodiek. Wanneer er toestemming vanuit het management is kan dit gedaan worden door de cursus als team te volgen en dat elke persoonlijk begeleider de Sociale Netwerk Analyse met zijn/haar cliënt invult of doordat de maatschappelijke werker de cursus volgt en samen met de cliënt gaat kijken naar de Sociale Netwerk Analyse en de belangrijkste inzichten dan deelt met de sociaal professionals.

Contact onderhouden met sociaal netwerk

Uit het resultaat van deelvraag twee komt naar voren dat de cliënten niet willen dat hun familie betrokken wordt bij de behandeling en het herstelproces, maar dat ze wel op de hoogte gehouden mogen worden. De sociaal professionals gaven in de interviews aan dat er momenteel geen regelmatig contact is met het sociaal netwerk van de cliënt. Daarnaast is in eerder onderzoek gebleken dat naast het contact met de hulpverlening als onvoldoende beschouwen (Van Vugt & Van Erp, 2020). Hieruit volgt de aanbeveling dat de persoonlijk begeleiders van de cliënten vaste contactmomenten inplannen met het sociaal netwerk van de cliënt wat momenteel in beeld is. De frequentie van dit vaste contact is een keuze die door het sociaal netwerk gemaakt kan worden. Dit contact is tweeledig, want aan de ene kant wordt het sociaal netwerk op de hoogte gehouden van de behandeling en aan de andere kant wordt het sociaal netwerk een luisterend oor geboden.

Wekelijkse gezamenlijke activiteiten ondernemen

Enkele sociaal professionals stellen dat medecliënten steun kunnen bieden aan een cliënt. Vanuit de cliënten kwam naar voren dat ze het ondernemen van gezamenlijke activiteiten op de afdeling missen. Om het sociaal netwerk van een cliënt te versterken kan er worden ingezet op wekelijks een gezamenlijke activiteit met de afdeling ondernemen, waar cliënten vrijblijvend aan mee kunnen doen. Een activiteit hoeft geen extra geld of personeel te kosten, maar wel extra inzet vanuit de sociaal professional. Activiteiten die gezamenlijk gedaan kunnen worden zijn: wandelingen, spelletjesavond, kookworkshop, filmavond, enzovoort. Het ondernemen van wekelijkse gezamenlijke activiteiten kan

geïmplementeerd worden door de activiteiten samen met de cliënten vast te stellen in een groepsgesprek, één sociaal professional de verantwoordelijkheid te geven over het organiseren van de activiteiten en de activiteiten als team tot uitvoering te brengen.

Inzet ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet als toevoeging van een cliëntenperspectief aan de behandeling (Bierbooms et al., 2017). Uit de resultaten blijkt dat ervaringsdeskundigheid binnen het team minimaal wordt ingezet. Binnen de ggz-organisatie zijn wel ervaringsdeskundigen aanwezig en de laatste aanbeveling is dan ook dat ervaringsdeskundigheid binnen het team ingezet gaat worden. Dit kan in eerste instantie door ervaringsdeskundigen binnen een overlegvorm uit te nodigen waarin diegene vertelt hoe zij hun behandeling ervaren hebben, wat ze daar in gemist hebben en hoe een sociaal professional om kan gaan met het sociaal netwerk. Daarnaast kan er ook een keer een familielid van een ervaringsdeskundige uitgenodigd worden, om meer inzichten te krijgen in hoe het voor het netwerk is. In een later stadium zou een ervaringsdeskundige zelfs gekoppeld kunnen worden aan een afdeling, zodat er sprake van warm contact kan zijn en de ervaringsdeskundige binnen het team die vragen kan beantwoorden die vanuit de professie niet beantwoord kunnen worden (Bierbooms et al., 2017).

6. Discussie

In dit laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de betekenis van het onderzoek voor de praktijk op macro-, meso- en microniveau. Daarna wordt de bruikbaarheid van het onderzoek voor afdeling Y beschreven. Op het laatst wordt er gekeken naar de sterke en zwakke punten van het onderzoek, waarbij wordt ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Huidig onderzoek is gepresenteerd aan sociaal professionals van afdeling Y en deze feedback zal binnen dit hoofdstuk worden meegenomen.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Op macroniveau komt naar voren dat de door de komst van de participatiemaatschappij steeds meer verwacht wordt dat informele zorg wordt ingezet, terwijl dit lastig is omdat cliënten geen beroep willen doen op het sociaal netwerk (Van der Ham et al., 2018). Uit empirisch onderzoek bleek te kloppen dat cliënten inderdaad geen beroep willen doen op het sociaal netwerk en dat de naastenbetrokkenheid laag is. Het contact dat de cliënten hebben met het sociaal netwerk is door middel van verlofbewegingen, maar dit wordt bemoeilijkt door Ministerie van Justitie (persoonlijke communicatie, 2023). Het aanvragen en verlenen van verlof is steeds strenger geworden (Nagtegaal et al., 2011). Hierdoor kunnen cliënten minder goed (sociale) vaardigheden aanleren (Hofstee, 2020). Ook wordt het betrekken van het sociaal netwerk bemoeilijkt door het moeten hebben van toestemming van de cliënt om informatie te mogen verstrekken aan het sociaal netwerk. Hierover valt momenteel weinig te vinden in de literatuur en is daarom ook opgenomen in de aanbevelingen. Uit de conclusies komt naar voren dat stigmatisering vanuit de samenleving veel invloed uitoefent op het hebben van een sociaal netwerk binnen de forensische zorg (persoonlijke communicatie, 2023). Er vindt buitensluiting plaats door vooroordelen en stereotyperingen en dit bemoeilijkt het kunnen hebben van een sociaal netwerk (GGZ Standaarden, 2023b).

De organisatie biedt momenteel geen cursussen rondom sociaal netwerkversterking aan, terwijl de behoeften van de sociaal professionals is dat ze handvatten krijgen aangeboden om het sociaal netwerk van een cliënt met schizofrenie te kunnen versterken. Op dit moment wordt het sociaal netwerk minimaal betrokken en wordt er nauwelijks aandacht besteed aan het maken van nieuwe vrienden (persoonlijke communicatie, 2023). Terwijl volgens Bootsma & Spreen (2018) het hebben van een sociaal netwerk erg belangrijk is binnen de forensische zorg, omdat delictgedrag niet los gezien kan worden van de sociale context. De beschermende en criminogene factoren moeten in kaart worden gebracht, maar dit wordt niet genoeg gedaan. Ondanks dit kan zorgen voor het sneller doorlopen van een herstelproces. Ook de inzet van ervaringsdeskundigheid kan bijdragen aan het sociaal netwerk versterken doordat zij een subjectieve beleving kunnen geven en vragen kunnen beantwoorden die niet door de professie beantwoord kunnen worden (Bierbooms et al., 2017). Dit

inzicht leidt samen met dat de sociaal professionals ervaringsdeskundigheid als mogelijke interventie zien tot een aanbeveling van inzet van ervaringsdeskundigheid.

Op microniveau komt naar voren dat schizofrenie kan leiden tot moeite met aanpassen aan anderen en dit kan zorgen voor onderlinge conflicten, waardoor een netwerk minimaal betrokken wordt bij de behandeling van een cliënt (Nevid et al., 2017). De cliënten gaven aan hier geen last van te ervaren, terwijl de sociaal professionals aangaven dat zij zien dat schizofrenie daadwerkelijk wel invloed op hun vaardigheden rondom sociale contacten onderhouden kan uitoefenen (persoonlijke communicatie, 2023). Hierdoor is het belangrijk dat er specifiek gekeken wordt naar schizofrenie, omdat dit ziektebeeld op verschillende manieren het hebben van een sociaal netwerk beïnvloedt. De naasten geven aan dat ze het contact met de hulpverlening als onvoldoende beschouwen (Van Vugt & Van Erp, 2020). De conclusies stellen dat naasten inderdaad weinig betrokken worden en dat de cliënten ook niet willen dat ze betrokken worden (persoonlijke communicatie, 2023). De sociaal professional moet rekening houden met de behoeften van de cliënt en daarom zijn er alleen aanbevelingen geadviseerd op het gebied van informatie verstrekken aan het sociaal netwerk en gezamenlijke activiteiten uitvoeren. Het hebben van geen sociaal netwerk kan leiden tot vermindering van plezier in het leven en zelfredzaamheid en een laag gevoel van eigen waarde geven (Movisie, 2017).

Binnen huidig onderzoek is gekeken naar hoe de sociaal professional van afdeling Y met behulp van eigen capaciteiten het sociaal netwerk van een cliënt kan versterken. Uit de probleemverificatie en de interviews zijn naar voren gekomen dat de waarde van het onderzoek is dat het bijdraagt aan bewustwording van de sociaal professional over hoe belangrijk het hebben van een sociaal netwerk is. Als feedback op de presentatie kwam dat het onderzoek ook kan bijdrage aan bewustwording over wat de behoeftes vanuit de cliënt zijn en hoe hierop aangesloten kan worden. Het onderzoek kent voor afdeling Y een belangrijke waarde, maar het onderzoek kan niet gegeneraliseerd worden naar andere afdelingen. Dit komt omdat binnen huidig onderzoek de specifieke kenmerken van de sociaal professionals en de cliënten van afdeling Y zijn meegenomen. De sociaal professionals geven aan de aanbevelingen ook als nuttig te ervaren, omdat ze makkelijk te realiseren zijn en voor een groot verschil op de afdeling kunnen zorgen. Uit de feedback kwam naar voren dat het interventies zijn waarmee het team aan de slag kan en waarbij de organisatie ondersteunend kan zijn. Eén van de sociaal professionals gaf bijvoorbeeld aan dat het in kaart brengen van het sociaal netwerk een aanbeveling is dat snel en makkelijk geïmplementeerd kan worden. Het onderzoek is momenteel gericht op de wat de sociaal professionals kunnen inzetten om het sociaal netwerk van een cliënt te versterken. Het onderzoek draagt niet bij aan wat een cliënt zelf zou kunnen inzetten, dit zou volgens een sociaal professional in een later stadium verder onderzocht kunnen worden (persoonlijke communicatie, 2023).

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

In deze paragraaf worden schematisch de sterke en zwakke kanten van het onderzoek weergegeven. Hierbij wordt dieper ingegaan op de methodologie en de betrouwbaarheid en validiteit. De sociaal professionals van afdeling Y beschouwen het onderzoek als betrouwbaar en valide.

Sterke kanten	Zwakke kanten
Gebruik van verschillende literatuurbronnen en eerder uitgevoerd onderzoek om betrouwbaarheid te vergroten.	Er wordt gefocust op het ziektebeeld schizofrenie, terwijl er meestal sprake is van comorbiditeit met andere stoornissen.
De probleemstelling is geverifieerd in de praktijk, om de validiteit te vergroten.	Er zijn enkele methodieken binnen het onderzoek belicht, terwijl er meer methodieken zouden kunnen bijdragen aan het onderzoek.
Cliënten hun behoeften zijn onderzocht binnen het onderzoek, ondanks het onderzoek aanbevelingen voor de sociaal professional presenteert.	Er is sprake van een minimale steekproef. De betrouwbaarheid kan vergroot worden door een grotere steekproef.
Er is sprake van een proefafname geweest bij zowel de sociaal professional als de cliënt om de topiclijsten te optimaliseren en de validiteit te vergroten.	Het onderzoek richt zich op het sociaal netwerk van een cliënt, maar het sociaal netwerk is niet geïnterviewd.
De interviews zijn face-to-face, semi-gestructureerd en in een rustige omgeving afgenomen waardoor waardevolle informatie niet verloren ging en de respondenten vrijuit konden praten. Zo werd de betrouwbaarheid vergroot.	Bij de proefafname van de sociaal professional was er sprake van verstoring door twee cliënten, waardoor zowel de respondent als de interviewer opnieuw in de structuur van het interview moest komen.
Er is een aparte informatiebrief voor de cliënt ontwikkeld die beter aansluit op het niveau van de cliënt.	De data-analyse is door één onderzoeker uitgevoerd. Door de data-analyse met meerdere onderzoekers te doen kan de betrouwbaarheid vergroot worden.
De topiclijst voor de sociaal professional en de cliënt is voorgelegd aan een medeonderzoeker om persoonlijke meningen te voorkomen en de betrouwbaarheid en validiteit te vergroten.	Uit de data-analyse kwam naar voren dat cliënten toestemming moeten geven voor het verlenen van informatie, maar hierover heeft de onderzoeker geen literatuur kunnen vinden en kunnen toevoegen aan het onderzoek.

Literatuurlijst

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Raad Vereniging van Hogescholen. Geraadpleegd op 05 mei 2023, van <https://edu.nl/t49bc>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (5e druk). Noordhoff.
- Bierbooms, J., Barendregt, C., Martinelli, T., Lorenz, K., Dijkslag, D., & Van Bokkem, S. (2017). *Ervaringsdeskundigheid in de forensische GGz: Een overzicht uit literatuur en praktijk* (1). Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/b8qbj>
- Bijlsma, J., & Janssen, H. (2018). *Sociaal werk in Nederland: Vijfhonderd jaar verheffen en verbinden* (4e editie). Uitgeverij Coutinho.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (3e editie). Boom.
- Bootsma, M., Spreen, M., & Van den Berg, M. (2018). *Het betrekken van persoonlijke netwerken in de forensische psychiatrische zorg: idee – fixe of werkelijkheid?* Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/w6gnf>
- Broese van Groenou, M. I. (2012). *Informeel zorg 3.0: Schuivende panelen en een krakend fundament*. Vrije Universiteit van Amsterdam. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://core.ac.uk/download/pdf/15474833.pdf>
- Castelein, S., Slooff, C., Van Boekel, L., & Lohuis, C. (2016). Stigmatisering binnen de hulpverlening. In G. Kienhorst (Red.), *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: Perspectieven, principes en praktijken*. (pp. 183-198). Uitgeverij Coutinho.
- De Brabander, R. (2013). *Van gedachten wisselen: Filosofie en ethiek voor zorg en welzijn* (2e editie). Uitgeverij Coutinho.
- De Vogel, V., De Vries-Robbé, M., Bouman, Y. H. A., Chakhssi, F., & De Ruiter, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20^{V3}. *Gedragstherapie*, 46, 107-118. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/rjjgj>
- Derison, T., & Boonen, H. (2017, 30 juni). *Herstelgericht kijken naar psychische problemen*. Sociaal.net. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://sociaal.net/achtergrond/herstelgericht-kijken/>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.d.-a). *Resocialisatie*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://edu.nl/fefmg>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.d.-b). *Risicotaxatie-instrumenten*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.d.-c). *Verlof voor tbs-gestelden*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://edu.nl/aht8g>

Dröes, J., & Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg: Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (1e editie). Uitgeverij SWP.

Dröge, P. (2021, 11 november). 'Er gebeurt iets goeds, maar dat haalt de krant niet'. Kijk.

Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://www.kijkmagazine.nl/mens/michiel-van-der-wolf/>

GGZ Standaarden. (2017, 14 november). *Samenvattingskaart generieke module: Herstelondersteuning*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/m4ypv>

GGZ Standaarden. (2022, 7 december). *Persoonlijkheidsstoornissen (zorgstandaard 2017)*. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://edu.nl/pyd8q>

GGZ Standaarden. (2023a, 3 februari). *EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen)*. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://edu.nl/xp39t>

GGZ Standaarden. (2023b, 3 februari). *Generieke module: Destigmatisering*. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van edu.nl/gjfpb

GGZ Standaarden. (2023c, 28 februari). *Generieke module: Herstelondersteuning*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/anj4c>

Hofstee, J. (2020, 3 april). *Tbs: een falend systeem?* Incretus. Geraadpleegd op 30 maart 2023, van <https://incretus.nl/tbs-een-falend-systeem/>

Koeppel, M. D. H., & Chism, K. A. (2018). Substance Use and Sexual Orientation: A Test of Hirschi's Social Bonds Theory. *American Journal of Criminal Justice*, 43(2), 278-293.
<https://doi.org/10.1007/s12103-017-9397-3>

Kruijswijk, W., Van der Veer, M., Brink, C., Calis, W., van de Maat, J.-W., & Redeker, I. (2014). *Aan de slag met sociale netwerken*. Movisie. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://edu.nl/jxhfw>

Langeland, W. (2019). *Systeemtherapie bij kinderen, jeugdigen en volwassenen: Stand van wetenschap en praktijk* [Factsheet]. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://edu.nl/kw8r9>

Lucker, T. P. C., Bruggeman, F. M. J., Kirstensens, P., & Hochstenbach, J. (2010). Tbs-behandeling: niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk. *GZ-psychologie*, 6, 26-35. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://edu.nl/4n8qv>

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2020). *Visie forensische zorg 2020*. Geraadpleegd op 4 april 2023, van <https://edu.nl/4cfxy>

Movisie. (2016, 18 mei). *Maatje voor kwetsbare mensen: Vriendendiensten*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://edu.nl/mqwy9>

Movisie. (2017, 12 juli). *Oog voor het sociale netwerk*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://www.movisie.nl/artikel/oog-sociale-netwerk>

Movisie. (2020, 10 januari). *Eenzaamheid: Wat weten we en waar staan we?* Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/xknee>

Nagtegaal, M. H., Van der Horst, R. P., & Schönberger, H. J. M. (2011). *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden: Cijfers en mogelijke verklaringen*. WODC. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://core.ac.uk/download/pdf/15474833.pdf>

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2017). *Psychiatrie een inleiding* (9e editie). Pearson Benelux B.V.

Nussbaum, M. (2006). *Grensgebieden van het recht: Over sociale rechtvaardigheid* (1e editie). Ambo.

Openbaar Ministerie. (z.d.). *Tbs*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://www.om.nl/onderwerpen/tbs>

Planetree. (2019). *Planetree: Liefde voor de zorg*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/aqq3d>

Pomp, L., & Bogaerts, S. (2008). Sociale netwerkanalyse in het tbs-systeem. *Justitiële verkenningen*, 34(5), 60-78. Geraadpleegd op 25 mei 2023 van, <https://edu.nl/6rpy4>

Räkers, M. (2021, 12 oktober). *Kan de verstoorde verhoudingen tussen overheid en burger hersteld?* Sociale Vraagstukken. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/dnctn>

Rijksoverheid. (z.d.-a). *Forensische zorg in de praktijk*. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://edu.nl/yqg4h>

Rijksoverheid. (z.d.-b). *Soorten tbs*. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://edu.nl/6bjvj>

Rijksoverheid. (z.d.-c). *Verlof tijdens tbs*. Geraadpleegd op 4 april 2023, van <https://edu.nl/m3v79>

Rijksoverheid. (z.d.-d). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://edu.nl/ffybw>

Royers, T. (2008). Familie en medewerkers dicht bij elkaar brengen: Werken met ecogram en familieleefplan. *Denkbeeld*, 36-37.

Schmitz, M. (2001). Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid. *Huisarts & Wetenschap*, 12, 555-558. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/bnfcq>

Smilde, M. (Red.). (2017). *Uw familielid opgenomen in een forensische kliniek: Wat betekent dat voor u als familielid en naastbetrokkenen?* Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Geraadpleegd op 11 mei 2023, van <https://edu.nl/kem3e>

Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding HKT-R: Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/n8tqf>

Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Movisie. Geraadpleegd op 30 maart 2023, van <https://edu.nl/63ydn>

TBS Nederland. (z.d.). *Verpleging en behandeling*. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://www.tbsnederland.nl/tbs/verpleging-en-behandeling/>

Tirions, M., Blok, W., & Den Braber, C. (2018). *De capabilitybenadering in het sociaal domein: Een praktijkgerichte kennismaking* (1e editie). Bohn Stafleu van Loghum.

Trimbos Instituut. (z.d.). *Erkende interventie: Triadekaart*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/4hxhp>

Van Erp, N., Knispel, A., Michon, H., De Lange, A., Boumans, J., Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2019). *Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ: Deelonderzoek 4 – Landelijke monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://edu.nl/a7afu>

Van Gestel-Timmermans, H., Place, C., Van Vugt, M., Van Rooijen, S., & Van Nieuwenhuizen, C. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: Addendum bij het EFP-zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/ywhwp>

- Van Vugt, M., & Van Erp, N. (2020). *Naastenbeleid in de Forensische GGZ: Behoeft inventarisatie betrekken familie en andere naasten bij de forensische zorg*. Trimbos Instituut. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/nxj7r>
- Van den Heuvel, W. J. A. (2014). Geen fundament voor een participatiemaatschappij. *Gerōn*, 3, 33-37. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://edu.nl/eeef6>
- Van der Ham, L., Den Draak, M., Mensink, W., Schyns, P., & Van den Berg, E. (2018). *De Wmo 2015 in praktijk: De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd op 28 maart 2023, van <https://edu.nl/qyqhd>
- Van der Ploeg, J. (2017). *Eenzaamheid bij jeugdigen* (1e editie). Bohn Stafleu van Loghum.
- Veendrick, L., Van den Bogaard, M., & Nijman, H. (2006). Tbs: opvoeding zonder einde? *Pedagogiek*, 26(3), 255-261. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/hh89d>
- Walraven, G., De Brabander, R., & Peters, D. (2009). *Overbruggen en verheffen: Werken aan sociaal kapitaal in de stad* (1e editie). Garant.
- Weeghel, J. (2022). Stigmatisering binnen de ggz; onderzoek onder cliënten en hulpverleners. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 64, 568-573. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://edu.nl/9nm4v>
- Wilken, J.-P. (2016). *Werken met sociale netwerken: De professional als netwerker*. Wmo-werkplaats Utrecht. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://edu.nl/p69hp>

Bijlagen

1. Informed consent

Toestemmingsverklaring interview

Titel onderzoek: Sociale netwerkversterking binnen de forensische psychiatrie

Verklaring deelnemer interview:

- De informatiebrief is verstrekt en ik heb deze doorgelezen. Er was een gelegenheid voor het stellen van vragen en het maken van een weloverwogen beslissing om deel te nemen aan het interview.
- Ik weet dat meedoen aan het interview vrijwillig is en dat ik op elk moment mijzelf zonder opgegeven redenen kan terugtrekken uit het interview.
- Ik geeft toestemming voor het verzamelen, gebruiken en bewaren van mijn gegevens. Tevens mag het interview via geluidsopnamen worden opgenomen.
- Ik ben op de hoogte van dat de verzamelde gegevens binnen het onderzoek anoniem verwerkt zullen worden en dat de gegevens vernietigd worden na afronding en beoordeling van het onderzoek.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Verklaring onderzoeker:

De onderzoeker verklaard bij deze dat de deelnemer van het interview de informatiebrief heeft gekregen. De geluidsopname die gemaakt wordt tijdens het interview zal discreet opgeborgen worden en worden vernietigd na afronding en beoordeling van het onderzoek. De verzamelde gegevens worden anoniem verwerkt, zodat derden niet kunnen herleiden van wie de gegevens afkomen.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

2. Informatiebrief sociaal professionals

Informatiebrief interview voor sociaal professionals

Beste [deelnemer interview],

Graag zou ik u vriendelijk willen vragen om deel te nemen aan een interview voor mijn afstudeeronderzoek. Het interview zal plaatsvinden op een moment dat u op de afdeling aanwezig bent en zal ongeveer één klokuur duren. Ik zou u graag willen uitnodigen voor [plaats en tijd]. Het interview zal worden afgenomen in een van de gesprekskamers van de afdeling. Deelname aan het interview is vrijwillig en u kunt u op elk moment terugtrekken uit het onderzoek, zonder opgegeven redenen. Met deze brief wil ik u informatie geven over hoe het onderzoek en de interviews eruit zullen zien.

In het afstudeeronderzoek staat het versterken van het sociaal netwerk bij cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging centraal. De doelstelling van het onderzoek is kennis verzamelen over de wijze waarop sociaal professionals het sociaal netwerk kunnen versterken bij een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging. Tijdens de interviews zal het gaan over hoe sociaal professionals momenteel de betrokkenheid van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging ervaren en wat sociaal professionals nodig hebben om het sociaal netwerk te kunnen versterken bij cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging.

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig en de interviews gaan over sociaal netwerkversterking bij cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging. Tijdens het interview mag u aangeven wanneer u geen antwoord wilt geven op een vraag en het interview kan op elk moment vroegtijdig beëindigd worden. Voorafgaand aan het interview zal er gevraagd worden om samen een toestemmingsformulier te ondertekenen voor de vrijwillige deelname aan het interview en het maken van een geluidsopname. De geluidsopname is bedoeld voor het kunnen verwerken van gegevens binnen het onderzoek, deze worden verwijderd na afronding en beoordeling van het onderzoek.

Ik hoop u op deze manier genoeg geïnformeerd te hebben over het onderzoek en de bijbehorende interviews. Mocht u vragen hebben of extra informatie willen dan is hiervoor ruimte en kan u contact opnemen met mij. Mochten er verder geen vragen zijn dan hoor ik graag van u of u vrijwillig wilt deelnemen aan het onderzoek en of de voorgestelde datum en tijd passend zijn voor u.

Met vriendelijke groet,
Maaïke Sparidaens

3. Informatiebrief cliënt

Informatiebrief interview cliënt

WIE?	[deelnemer] + Maaïke
WAT?	Gesprek van ongeveer 30 minuten waarin Maaïke vragen stelt en waarop je antwoord mag geven. De vragen gaan over het betrekken van familie en kennissen bij behandeling op de afdeling.
WAAR?	Gespreksruimte op de afdeling
WANNEER?	[datum + tijd]
WAAROM?	Om Maaïke te helpen met haar onderzoek en het behalen van haar diploma.
HOE?	Deelname aan het interview is een vrije keuze. Het interview wordt opgenomen via een geluidsopname, zodat Maaïke het kan terugluisteren. De geluidsopname wordt verwijderd naar afronding van het onderzoek.
ACHTERAF	Een lekkere chocoladereep!

4. Omzet theoretisch kader naar topiclijst

Theoretisch kader	Topiclijst sociaal professional	Topiclijst cliënt
<i>Schizofrenie:</i> Het ziektebeeld brengt belemmering in sociaal contact aangaan met zich mee door emotionele stoornissen, denkstoornissen en incongruent affect (Nevid et al., 2017).	<i>Belemmering vanuit de cliënt:</i> Inzicht krijgen in hoe de sociaal professionals denken dat schizofrenie van invloed kan zijn op contact tussen de cliënt en het sociaal netwerk.	<i>Belemmering:</i> Inzichtelijk krijgen welke belemmeringen de cliënten zelf ervaren bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten.
<i>Ter beschikking stelling met dwangverpleging:</i> Binnen de tbs-sector staat beveiliging van de maatschappij momenteel voorop, wat resulteert in een strenger verlofbeleid (Veendrick et al., 2006). Terwijl het hebben van verlof een belangrijke stap is voor re-integratie naar de maatschappij (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.).	<i>Belemmering vanuit de cliënt:</i> Vragen naar hoe de sociaal professionals denken dat tbs met dwangverpleging van invloed is op het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten. <i>Invloed maatschappij:</i> Een beeld schetsen hoe de overheid volgens de sociaal professionals invloed uitoefent op het contact met het sociaal netwerk.	<i>Belemmering:</i> Inzichtelijk krijgen welke belemmeringen de cliënten zelf ervaren bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten.
<i>Sociale rechtvaardiging:</i> De capability approach is een benadering die kan worden ingezet rondom sociale rechtvaardigheid. Er wordt gesteld dat de samenleving rekening moet houden met de minderheid en dat de menselijke vermogens, zoals sociale banden aangaan, moeten worden beschermd (De Brabander, 2013).	<i>Invloed maatschappij:</i> Inzicht krijgen in hoe de samenleving volgens de sociaal professionals invloed heeft op het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten.	<i>Samenleving:</i> Een beeld schetsen over hoe de cliënten kijken naar de samenleving en op welke manier ze contact hebben met mensen buiten de kliniek.
<i>Sociaal kapitaal:</i> Een vereiste om samen te kunnen leven binnen een maatschappij. Het is een sociaal netwerk dat	<i>Sociaal netwerk:</i> Kijken naar hoe de sociale contacten die een cliënt heeft als hulpbron kunnen bieden en hoe nieuwe contacten steun kunnen bieden. Hierbij zal	<i>Leefomgeving:</i> Kijken naar hoe de cliënten de sfeer ervaren op de afdeling en hoe de afdeling eventueel als hulpbron kan bieden.

hulpbronnen aanbiedt (Walraven et al., 2009).	geïnterviewd worden welke problemen er gesignaleerd worden rondom het sociaal netwerk van een cliënt.	<i>Sociale contacten</i> : Een beeld schetsen van welke mensen belangrijk zijn voor de cliënt en bij wie de cliënt terecht kan met zijn vragen. Daarnaast inzichtelijk maken wat de behoeften zijn van de cliënten rondom nieuwe mensen ontmoeten.
<i>Herstelproces</i> : Bij een herstelproces ontwikkelt ieder zijn eigen verhaal, waardoor diegene meer macht over zijn leven krijgt en een betere maatschappelijk positie verwerft. Een cliënt gaat zich niet meer zien als ziek persoon, maar er is ruimte gekomen voor de persoon die de cliënt graag wil zijn (Dröes & Witsenburg, 2012).	<i>Behandeling</i> : Inzicht verwerven in hoe de behandeling op afdeling Y er momenteel uitziet en wie hierbij betrokken zijn. <i>Herstelproces</i> : Te weten komen wat de sociaal professionals verstaan onder herstelondersteunende zorg en op welke manier dit momenteel wordt ingezet. Daarnaast kijken naar hoe er specifiek gewerkt wordt aan het ontwikkelen van sociale vaardigheden en wat hierbij de inzet van het sociaal netwerk is.	<i>Behandeling</i> : Informatie krijgen over hoe de behandeling op afdeling Y momenteel door de cliënt wordt ervaren en wie erbij de behandeling betrokken zijn. Zouden de cliënten het sociaal netwerk eventueel meer betrokken willen zien?
<i>Rehabilitatie</i> : Er wordt specifieke ondersteuning geboden bij het aangaan van doelen op het gebied van activiteiten en participatie, waardoor iemand met een beperking beter kan gaan functioneren op het gebied van sociale contacten aangaan. Daarbij wordt gewerkt aan de terugkeer richting de maatschappij (Dröes & Witsenburg, 2012).	<i>Terug naar de maatschappij</i> : Een beeld schetsen over hoe er momenteel gewerkt wordt aan de terugkeer naar de maatschappij en hoe hierbij het sociaal netwerk betrokken wordt.	<i>Terugkeer maatschappij</i> : Kijken naar hoe de cliënt het vindt om uiteindelijk terug te keren in de maatschappij en kijken naar wat de cliënt hiervoor nodig heeft, eventueel ondersteuning vanuit het sociaal netwerk.
<i>Sociaal netwerk</i> : Een sociaal netwerk bestaat uit personen	<i>Sociaal netwerk</i> : Wat verstaan de sociaal professionals onder	<i>Sociale contacten</i> : Te weten komen met welke mensen de

waar iemand een relatie mee onderhoudt. Een sociaal netwerk hoeft geen samenhang te kennen en kan uit losse contacten bestaan met verschillende functies (Van der Ploeg, 2017).	een sociaal netwerk en op welke manier hebben zij momenteel contact met het sociaal netwerk. <i>Inzet sociaal professional:</i> Een beeld schetsen over op welke manier er ondersteuning wordt geboden aan het sociaal netwerk van de cliënt en welke verbeteringen de sociaal professionals hier eventueel in zien.	cliënten regelmatig contact hebben en op welke manier ze dan contact hebben.
<i>Netwerkversterking:</i> Er zijn verschillende methodieken en interventies die ingezet kunnen worden om het sociaal netwerk van een cliënt te versterken. Een voorbeeld hiervan is de inzet van een maatjesproject.	<i>Inzet sociaal professional:</i> Kijken naar hoe de sociaal professional momenteel een cliënt ondersteunt bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten en welke verbeteringen ze hier eventueel in zien. Daarbij wordt in kaart gebracht wat er vanuit de organisatie, samenleving en overheid nodig is om deze verbeteringen te kunnen doorvoeren. <i>Methodieken en interventies:</i> Een beeld schetsen rondom welke methodieken en interventies momenteel worden ingezet op afdeling Y en welke kennis en vaardigheden de sociaal professionals bezitten. Ook wordt er gekeken naar waar ruimte ligt voor verbetering en op welke manier dit eventueel gedaan zou kunnen worden.	

5. Topiclijst sociaal professional

Topiclijst sociaal professionals

1. Inleiding interview

- Doel van het onderzoek aandragen.
- Doel van het interview benoemen.
- Opbouw interview uitleggen inclusief tijdsduur benoemen.
- Uitleg geven over het nemen van een pauze tijdens het interview of het stoppen van het interview.
- Gezamenlijk toestemmingsformulier voor opname en het anoniem verwerken van de verzamelde gegevens tekenen.

2. Persoonsvragen

- Wat is jouw leeftijd?
- Wat is jouw functie op de afdeling?
- Wat is jouw vooropleiding?
- Hoelang ben je werkzaam op de afdeling?
- Hoelang ben je ongeveer al werkzaam binnen een geestelijke gezondheidszorg instelling?

3. Openingsvraag: Wat zijn je dagelijks werkzaamheden rondom de behandeling van een cliënt?

4. Topiclijst

Topics	Vragen
<i>Sociaal netwerk</i>	- Wat wordt volgens jou bedoeld met de term 'sociaal netwerk'? - Welke sociale contacten heeft een cliënt over het algemeen? - Op welke manier heeft een cliënt contact met zijn/haar sociale contacten? - Op welke manier dienen de sociale contacten van de cliënt momenteel als steun/hulpbron? - (Hoe) staat een cliënt open voor het aangaan van nieuwe sociale contacten? - Waar kunnen de cliënten nieuwe sociale contacten aangaan binnen de kliniek? - Hoe ga je als professional om met de sociale contacten onderling op de afdeling? - Hoe kom je als sociaal professional in aanraking met het sociaal netwerk van de cliënt? - Welke problemen signaleer jij als sociaal professional rondom het sociaal netwerk van een cliënt?

	- Wat voor invloed hebben deze problemen volgens jou op de cliënt?
<i>Invloed maatschappij</i>	- Op welke manier heeft de samenleving invloed op het sociaal netwerk van de cliënt? - Heeft de overheid invloed op het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten bij de cliënt? Op welke manier hebben zij invloed? - Hoe denk jij dat de cliënten de invloed van de maatschappij op hun behandeling ervaren?
<i>Belemmering vanuit de cliënt</i>	- Heeft volgens jou het ziektebeeld schizofrenie invloed op het aangaan en onderhouden van sociale contacten? - Hoe heeft de forensische maatregel ter beschikking stelling met dwangverpleging invloed op het aangaan en onderhouden van sociale contacten? - Welke belemmeringen zie je als professional vanuit de cliënt bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten?
<i>Behandeling</i>	- Wie zijn er betrokken bij de behandeling van een cliënt? - Op welke manier wordt het sociaal netwerk van een cliënt betrokken bij de behandeling van een cliënt? - Wat vind je op dit moment van de betrokkenheid van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt? - Bij wie ligt de verantwoordelijkheid om het sociaal netwerk een plaats te geven binnen de behandeling van de cliënt? - Op welke manier zou je het sociaal netwerk van een cliënt betrokken willen zien hebben bij de behandeling?
<i>Herstelproces</i>	- Welk omschrijving zou jij geven bij de term 'herstelondersteunende zorg'. - Op welke manier wordt herstelondersteunende zorg momenteel ingezet op de afdeling? - Wat vind je van de manier waarop herstelondersteunende zorg op dit moment wordt ingezet op de afdeling? - Hoe wordt er specifiek gewerkt aan het sociaal herstelproces op de afdeling? - Op welke manier wordt het sociale netwerk betrokken bij het (sociaal) herstelproces van de cliënt? - Hoe belangrijk is het volgens jou op het sociaal netwerk in te zetten bij het herstelproces van een cliënt? - Welke verbeteringen zie jij ten opzichte van herstelondersteunende zorg op de afdeling?

<i>Terug naar de maatschappij</i>	- Op welke manier wordt er momenteel met de cliënt gewerkt aan terugkeer naar de maatschappij? - Hoe wordt het sociaal netwerk betrokken bij de cliënt zijn terugkeer naar de maatschappij? - Op welke manier zou het sociaal netwerk een toegevoegde waarde kunnen hebben bij de terugkeer naar de maatschappij van de cliënt?
<i>Inzet sociaal professional</i>	- Hoe ondersteun jij als professional momenteel de cliënt bij het aangaan en onderhouden van een sociaal netwerk? Heb je hierbij voorbeelden? - Hoe zou jij de ondersteuning van cliënten bij het aangaan en onderhouden van een sociaal netwerk willen veranderen? - Wat heb je nodig vanuit de organisatie om passende ondersteuning te kunnen bieden bij het aangaan en onderhouden van het sociaal netwerk? - Wat heb je nodig vanuit de maatschappij/overheid om passende ondersteuning te kunnen bieden bij het aangaan en onderhouden van het sociaal netwerk? - Op welke manier wordt er momenteel ondersteuning geboden aan de netwerken van cliënten? - Is het volgens jou belangrijk dat er ondersteuning aan het sociaal netwerk wordt aangeboden? Wat zijn jouw redenen hiervoor?
<i>Methodieken en interventies</i>	- Welke methodieken en/of interventies worden momenteel ingezet om het netwerk van een cliënt te versterken? - Welke kennis en vaardigheden bezit je op dit moment om een cliënt te helpen bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten? - Welke kennis en vaardigheden heb je nog nodig om een cliënt passende ondersteuning te kunnen bieden bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten? - Hoe kan de organisatie hulp bieden bij het ontwikkelen van methodieken en interventies met betrekking tot het aangaan en onderhouden van sociale contacten?

5. Afsluiting

- Terugblik op de respondent zijn ervaring van het interview.
- Dankwoord uitspreken.

6. Topiclijst cliënt

Topiclijst interview cliënt

1. Inleiding interview

- Doel van het interview benoemen.
- Opbouw interview uitleggen inclusief tijdsduur benoemen.
- Uitleg geven over het nemen van een pauze tijdens het interview of het stoppen van het interview.
- Gezamenlijk toestemmingsformulier voor opname en het anoniem verwerken van de verzamelde gegevens tekenen.

2. Persoonsvragen

- Wat is jouw leeftijd?
- Hoelang verblijf je op de afdeling?
- Weet je hoelang je ongeveer in behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg bent?

3. Openingsvraag: Hoe ziet jouw week er normaal gesproken uit?

4. Topiclijst

Topics	Vragen
<i>Sociale contacten</i>	- Met welke mensen heb je regelmatig contact? - Hoe heb je contact met deze mensen? - Op welke manier gebruik je het internet om contact te maken met anderen? - Welke mensen zijn voor jou belangrijk? Hoe ervaar je het contact momenteel met deze mensen? - Van wie krijg je weleens bezoek op de afdeling? - Naar wie ga jij weleens op bezoek? - Bij wie kan je terecht met praktische vragen, zoals het instellen van de wifi? - Bij wie kan je terecht wanneer je blij ben en dit wilt delen? - Bij wie kan je terecht wanneer je boos of verdrietig bent? - Op welke plek ontmoet jij nieuwe mensen/leer je nieuwe mensen kennen? - Hoeveel contact met andere mensen zou je graag willen hebben? - Hoe zou je het contact met andere mensen graag voor je willen zien? - Als je het contact met anderen zou kunnen verbeteren op welke manier zou je dit willen?

<i>Leefomgeving</i>	- Hoe ervaar je de sfeer op de afdeling? - Hoe vind je het om met meerdere cliënten op een afdeling te wonen? - Op welke manier zorgen activiteiten ervoor dat je contact hebt met anderen op de afdeling? - Hoe zou je het contact graag willen zien op de afdeling? - Hoe vind je dat er om wordt gegaan met de contacten/vriendschappen binnen de afdeling/kliniek? - Neem je weleens deel aan dagbesteding/werk/therapie? Hoe ervaar je de sfeer daar?
<i>Samenleving</i>	- Op welke manier heb je contact met mensen buiten de kliniek? - Wat is jouw kijk op de samenleving?
<i>Belemmering</i>	- Vind je het weleens lastig om contact te maken met anderen? Wat vind je hier dan lastig aan? - Vind je het weleens lastig om contact te onderhouden met anderen? Wat vind je hier dan lastig aan? - Wat denk jij dat het voor jou lastig maakt om contact te maken of te onderhouden met anderen? - Hoe heeft volgens jou het wonen binnen een instelling invloed op het aangaan en onderhouden van contacten? - Op welke manier heeft jouw verlofplan invloed op het kunnen aangaan en onderhouden van contacten?
<i>Behandeling</i>	- Hoe ervaar je jouw behandeling op dit moment? - Hoe zou je graag jouw behandeling voor je willen zien? - Wie is er momenteel betrokken bij jouw behandeling op de afdeling? - Praat je weleens met familie of anderen over jouw behandeling? Hoe ervaar jij dit dan? - Wat is jouw kijk op het betrekken van familie en anderen in jouw behandeling op de afdeling? - Wat kan volgens jou jouw familie en anderen bijdragen aan jouw behandeling op de afdeling?
<i>Terugkeer maatschappij</i>	- Hoe kijk jij er naar om terug te keren naar de maatschappij? - Wat heb jij nodig om terug te kunnen keren naar de maatschappij? - Op welke manier zou jouw familie en anderen kunnen helpen bij de terugkeer naar de maatschappij?

5. Afsluiting

- Terugblik op de respondent zijn ervaring van het interview.

- Dankwoord uitspreken.
- Beloning uitreiken.

7. Codeboom sociaal professional

Deelvraag 1: Hoe ervaren de sociaal professionals van afdeling Y momenteel de betrokkenheid van het sociaal netwerk bij de behandeling van een cliënt met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

Deelvraag 3: Wat hebben de sociaal professionals van afdeling Y nodig om het sociaal netwerk te kunnen versterken bij cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging?

Hoofdcode	Sub- en opencode
Sociaal netwerk	<u>Sociale contacten:</u> - Ouders (+) – 3 - Vrienden (+/-) – 6 - Maatje (+) – 3 - Behandelteam (+) – 7 - Persoonlijk begeleider (+) – 5 - Mentor (+) – 2 - Curator (+) – 1 - Bewindvoering (+) – 2 - Reclasseringstoezicht (+) – 2 - Formele contacten (+) – 2 - Contact met hulpverlening en medecliënten (+) – 2 - Team op de werkvloer (+) – 5 - Cliënten hebben momenteel nauwelijks vrienden (-) – 2 - Medecliënten (+) – 2 - Online contacten (+/-) – 2 <u>Manier van contact:</u> - Bezoek op afdeling (+) – 4 - Huisbezoek (+) – 6 - Met medecliënten op verlof (+/-) – 1 - Sociaal contact in beeld door risicotaxatie (+) – 1 - Verlof kent invloed op hoe een cliënt sociale contacten kan aangaan (+/-) – 2 - Verlof (+) – 5 - Contact is functioneel (-) – 3 - Wisselende contacten met sociaal netwerk (+/-) – 1 - Meer motivatie wanneer er iets te halen valt (-) – 1

Functie sociaal netwerk:

- Beschermend vangnet (+) – 2
- Praktische zaken (+) – 1
- Ontspanning (+) – 1
- Sociaal netwerk zorgt voor kwaliteit van leven (+) – 1
- Beroep doen op sociaal netwerk (-) – 1
- Fijn gevoel door contact te hebben in eigen omgeving (+) – 2
- Netwerk kan betrokken worden bij een beeld schetsen van de cliënt (+) – 2
- Kijken naar hoe de situatie in het verleden was (+/-) – 1
- Sociaal netwerk heeft invloed op een cliënt (+/-) – 1
- Gezonde omgeving (+) – 2

Invloed sociale contacten:

- Geen goede balans tussen contact en begrenzing (-) – 1
- Sterke familie nodig om stigmatisering tegen te gaan (+/-) – 1
- (on)gezond contact (+/-) – 4
- Steun vanuit medecliënten (+) – 2
- Netwerk kent de cliënt het beste (+) – 2
- Niet alle netwerkleden zijn helpend (-) – 1
- Netwerk kan steun bieden in moeilijke en leuke periodes (+) – 1

Betrokkenheid sociaal netwerk:

- Aanwezig bij zorgplan (+/-) – 4
- Informatie delen met netwerk (+) – 3
- Cliënt geeft zelf toestemming voor delen van informatie (+/-) – 3
- Mentor geeft toestemming voor het delen van informatie (+) – 1
- Bij geen toestemming mag er niks gedeeld worden (-) – 3
- Netwerk neemt zelf contact met de afdeling op (+) – 2
- Cliënt heeft zelf keuze in zien van netwerk (+/-) – 1
- Betrokkenheid netwerk door inzicht vanuit de professional (+) – 1
- Doel betrokkenheid is herstel van contact (+) – 4
- Weinig contact met familie (-) – 1
- Netwerk wordt al regelmatig betrokken, maar er zal iets meer uitgebreid kunnen worden (+/-) – 2
- Ouders niet veel in beeld bij behandeling (-) – 1
- Maatje wordt niet betrokken bij behandeling (-) – 1
- Persoonlijk begeleider verantwoordelijk om netwerk bij behandeling te betrekken (+/-) – 1
- Niet veel therapieën waarbij het sociaal netwerk wordt betrokken (-) – 1

	- Betrokkenheid ligt aan de noodzaak die erbij de cliënt ligt (+) – 1 - Betrokkenheid van de het sociaal netwerk is goed naar de behoefte van de cliënt (+) – 1 <u>Nieuwe contacten:</u> - Op verlof wisselende contacten op doen (+/-) – 3 - Contacten op doen bij de voorzieningen binnen de kliniek (+) – 2 - Openstaan voor nieuwe contacten (+) – 2 - Moeten openstaan voor nieuwe hulpverleningscontacten (+) – 1 <u>Behoeft van cliënt:</u> - Cliënt vindt netwerk groot genoeg (+/-) – 2 - Meer perspectief buiten de hekken (+) – 1 - Aandacht vanuit hulpverlening nodig om verder te komen in behandeling (+) – 1 <u>Behoeft van sociaal netwerk:</u> - Sociaal netwerk heeft ondersteuning vanuit hulpverlening nodig (+/-) – 3 - Belangrijk dat maatschappelijk werker of behandelaar regelmatig contact heeft met netwerk (+/-) – 1 - Netwerk vindt het fijner om zelf geen grens te hoeven geven (+/-) – 1 <u>Behoeft van hulpverlener:</u> - Handvat hebben om contacten met netwerk te onderhouden (+/-) – 1 - Netwerk mag meer betrokken worden bij de behandeling (-) – 3 - Persoonlijk begeleiders mogen familie meer betrekken bij de behandeling (+/-) – 1 - Media moet tbs ook positief belichten (+/-) – 2 - De weg naar familie toe zacht maken (+) – 1 - Organisatie moet meer inzicht geven in wat tbs precies inhoudt (-) – 1 - Er moet bewust nagedacht worden over contact wel of niet herstellen (+/-) – 2 - Aandacht besteden aan vrienden maken (+) – 1 - Samenleving moet meer ontmoetingsplekken hebben voor mensen met tbs (+) – 1 - Een team moet op de hoogte zijn van wat een behandelteam doet (+/-) – 1 - Warmer contact hebben met de familie (-) – 1
<i>Belemmering</i>	<u>Belemmering vanuit cliënt:</u> - Moeite met vertrouwen (-) – 2 - Leven in eigen wereld (-) – 1 - Schizofrenie bemoeilijkt contact onderhouden (-) – 4

	- Gedwongen opname maakt contact met naasten lastig (-) – 3 - Bang zijn voor terugvallen (-) – 1 - Bij tbs dwang nog niet het moment om familie optimaal te betrekken (-) – 1 - Wisselende stemmingen (-) – 1 - Combinatie van factoren maakt het aangaan en onderhouden van sociale contacten moeilijk (-) – 1 - Schizofrenie zorgt voor passief gedrag (-) – 1 - Voortgang in verlofplan maken gaat traag (-) – 1 - Netwerklid in waansysteem (-) – 2 - Beperking in vrijheid (-) – 1 - Niet meekrijgen van de snel veranderende samenleving (-) – 1 - Paranoïde gedrag (-) – 1 <u>Belemmering vanuit sociaal netwerk:</u> - Naasten geen kennis over schizofrenie (-) – 1 - Overvraging van het sociaal netwerk (-) – 2 - Netwerk betrokken op vrijwillige basis (-) – 1 - Gepleegd delict in familiare omgeving maakt betrekken sociaal netwerk lastig (-) – 1 <u>Belemmering vanuit hulpverlening:</u> - Lastig zicht hebben op online contacten (-) – 2 - Vaak op netwerkverlof is niet haalbaar (-) – 1 - Geen recht op verlof, maar mogelijkheid (+/-) – 1 - Niet genoeg kennis en vaardigheden over sociale netwerkversterking (-) – 1 - Als professional niet genoeg inleven in het sociaal netwerk (-) – 1 - Meer herstelondersteunende zorg inzetten wordt bemoeilijkt door het management van de organisatie (-) – 1 - Zorgen voor de naasten gaat niet (-) – 1 - Contact buiten de kliniek lastig te monitoren (-) – 1 - Therapieën altijd in groepsverband (-) – 1 <u>Belemmering vanuit samenleving:</u> - Maatschappij verwacht dat iedereen een sociaal vangnet heeft (+/-) – 1 - Er wordt alleen gekeken naar de maatregel (-) – 3 - Stigmatisering (-) – 4 - Media invloed op stigmatisering (-) – 1 <u>Belemmering vanuit overheid:</u> - Huisbezoek is gekaderd door Ministerie (+/-) – 1
--	---

	- Overheid invloed op financiering rondom tbs (+/-) – 1 - Justitie legt veel voorwaarden op (-) – 4 - Ministerie keurt verlofplan goed (+/-) – 1 - Cliënt moet een-op-een begeleid worden op verlof (-) – 1 - Wettelijke toestemming moeten hebben maakt het lastig (-) – 1
Inzet professional	<u>Inzet op dit moment:</u> - Als professional kleine contacten met netwerk (+/-) – 3 - Inschatting maken of netwerk de cliënt goed doet (+/-) – 1 - Inzet van maatje (+) – 5 - Kijken naar waar de wens ligt van de cliënt en daarop insteken (+) – 3 - Dag invulling of dagbesteding buiten de hekken om nieuwe sociale contacten op te doen (+) – 5 - Professional neemt initiatief in het plannen van huisbezoek (+/-) – 1 - Inzicht krijgen in contact tussen netwerk en cliënt (+) – 1 - Afdeling schrijft verlofplan (+) – 1 - Duurzaam verbinden om warme zorg te geven (+) – 2 - Hulpverlener is externe motivatie (+) – 2 - Als sociaal professional in contact met formele netwerk door rapporteren en overleggen (+) – 1 - Therapieën (+) – 3 - Observeren en signaleren (+) – 3 - Gesprek aangaan (+) – 5 - Ervaren, terugkijken en verder gaan (+) – 1 - Uitnodigen voor een zorgplan (+) – 4 - Liberman-training (+) – 3 - Doorlopen van verlofplan met cliënt (+) – 1 - Begeleiden van een cliënt in contact aangaan (+) – 1 - Motiverende gespreksvoering (+) – 1 - Systeemgesprekken inzetten (+) – 1 - Groepsgesprek (+) – 1 - Risicotaxatie (+) – 1 - Cliënt richtlijnen geven over contact hebben (+) – 1 - Psycho-educatie (+) – 1 - Datingssite binnen de psychiatrie (+) – 1 - Dramatherapie (+) – 1 - Er wordt genoeg aandacht besteed aan het aanleren van sociale vaardigheden (+) – 1 - Geen inzet van methodieken op de werkvloer (-) – 3 - Geen ondersteuning geboden aan netwerk (-) – 2 - Inzet systeemgesprek is weinig (-) – 1

	- Weinig contact met dagbesteding en therapie over de cliënt (-) – 1 <u>Gewenste/mogelijke interventies:</u> - Netwerkverlof op geleide van beeld (+) – 1 - Maatschappelijk werk moet contact onderhouden met sociaal netwerk (+/-) – 1 - Drempel bij netwerk verlagen om zelf contact op te zoeken met hulpverlening (+) – 1 - Netwerk betrekken bij overplaatsen (+) – 2 - Rol maatschappelijk werk is als tussenpersoon fungeren tussen cliënt en naasten (+/-) – 1 - Financiering vanuit organisatie voor maatjesproject (+/-) – 1 - Trainingen (+) – 5 - Therapieën (+) – 3 - Oefenen met rollenspellen (+) – 2 - Cliënt motiveren tot het geven van toestemming om informatie te delen (+) – 2 - Meer inzet van ervaringsdeskundigheid (+/-) – 2 - Een luisterend oor zijn voor het sociaal netwerk van een cliënt (+) – 1 - Structuur aanbrengen in het leven van een cliënt (+) – 1 - Regelmatig telefonisch contact hebben met netwerk (+/-) – 1 - Nieuwe vrienden maken als behandelpunt (+) – 1 - Meer inzet van trajectbegeleiding (+) – 1 - Betrokkenheid maatje vergroten (+) – 1 - Meer aanbod qua dagbesteding (+) – 1 - Meer personeel (+) – 1 - Op de hoogte houden van de behandeling (+) – 1 - Meer inzet van systeemtherapeut (-) – 1 - Meekijken met de online contacten (+/-) – 1 - Uitzonderingen maken in wettelijke toestemmingen geven (-) – 1 - Meer inzetten van psycho-educatie (-) – 1 - Cursussen meer richten op psychose (+) – 1 - Meer motiveren van cliënten (+) – 1
--	---

8. Codeboom cliënt

Deelvraag 2: Op welke manier zouden de cliënten met schizofrenie en ter beschikking stelling met dwangverpleging hun sociaal netwerk betrokken willen zien in de behandeling en bij het herstelproces?

Hoofdcodes	Sub- en opencode
Sociaal netwerk	<u>Sociale contacten:</u> - Cliënten (+) – 2 - Begeleiders (+) – 2 - Behandelaar (+) – 1 - Afdeling (+) – 1 - Vrienden (+) – 2 - Logopedie (+) – 1 - Gezin (+) – 1 - Vader (+) – 1 - Moeder (+) – 1 - Neef (+) – 1 - God (+) – 1 - Sociale contacten op het terrein (+) – 1 - Cliënten van een andere afdeling (+) – 1 - Maatje (+) - 1 <u>Manieren van contact maken:</u> - Film kijken, aan tafel eten en praatje maken (+) – 1 - Geen gebruik van internet bij contact maken (+/-) – 2 - Begeleiders opzoeken bij praktische vraag (+) – 1 - Geen bezoek van naasten (-) – 2 - Bezoek naar familie (+) – 1 - Telefonisch contact met familie (+) – 2 - Delen van goed nieuws (+) – 2 - Therapieën (+) – 2 - Contact door middel van afspraken (+) – 1 - Verlof (+) – 2 - Familie komt op bezoek (+) – 1 - Praten met medewerkers (+) – 1 - Aanspraak hebben (+) – 1 - Hulp van begeleiding (+) – 1 - Boosheid delen met mijzelf (+/-) – 1 - Huisbezoek (+) – 1 - Anderen aanspreken op gedrag (+/-) – 1 <u>Omgang met sociaal contact:</u> - Bij contact moet er sprake zijn van normaal, vriendelijk en openheid (+/-) – 1 - Leert veel van familie (+) – 1

	- Loyaliteitsgevoel (+) – 1 - Goede band met neef (+) – 1 - Positief contact met moeder (+) – 1 - Grenzen duidelijk kunnen aangeven (+) – 1 - Steeds meer durven (+) – 1 - Begrepen voelen door anderen (+/-) – 1 - Positieve kant inzien (+) – 1 - Buiten de kliniek opener kunnen praten (+) – 1 - Verkeerde manier gebruik van internet gemaakt voor contact (-) – 1 <u>Belemmering bij contact maken:</u> - Geen moeite met contact maken (+) – 1 - Geen moeite met contact onderhouden (+) – 2 - Geen contact kunnen opbouwen binnen een kliniek (-) – 1 - Continue worden geobserveerd (-) – 1 - Moeizaam contact met familie door ander karakter (-) – 1 - Spannend met anderen om je heen (-) – 1 - Weinig mensenkennis (-) – 1 - Boos worden (-) – 1 - Elkaar aanspreken niet de sterkste kant (-) – 1 - Ontwijken van anderen (+/-) – 1 - Kat uit de boom kijken (+/-) – 1 - Situaties in- en uitstappen (+/-) – 1 - Bekeken voelen (-) – 1 - Geen begeleiding opzoeken bij boosheid (-) – 1 - Niet bezighouden met andere mensen (+/-) – 1 - Contact maken is moeilijk (-) – 1 - Contact onderhouden gaat goed door aan afspraken te houden (+) – 1 - Angst voor terugvallen (-) – 1 - Moeilijk om weer naar buiten te gaan (-) – 1 - Spanningen (-) – 1 <u>Nieuwe contacten aangaan:</u> - Nieuwe mensen leren kennen op verlof (+) – 1 - Therapieën (+) – 1 - Meer sociale contacten door meer vrijheid (+/-) – 1 - Momenteel nog geen nieuwe mensen leren kennen (-) – 1 - Nieuwe vrienden maken (+) – 1 - Vrienden maken die niet beïnvloeden (-) – 1 - Moeilijk om nieuwe vrienden te zoeken (-) – 1
--	---

	- Rondkijken naar nieuwe vrienden (+) – 1 - Hulp bij nieuwe mensen vinden (+) – 1
Samenleven	<u>Samen leven op gesloten afdeling:</u> - Wisselende sfeer op afdeling (+) – 2 - Leuk, volwassen, open, moeilijk en makkelijk (+) – 1 - Grappig om met anderen te wonen (+) – 1 - Afdeling soort van aparte wereld (+) – 1 - Goede omgang met vriendschappen op afdeling (+) – 1 - Respectvolle omgang op afdeling (+) – 1 - Juiste bejegening vanuit begeleiders en respect onder elkaar (+) – 1 - Gemoedelijk (+) – 1 - Ruimte te klein op de afdeling (-) – 1 - Geen dreiging op de afdeling (+) – 1 - Missen van gezamenlijke activiteiten (-) – 2 - Meer gezelligheid op de afdeling creëren (+/-) – 1 - Niet op de afdeling om vrienden te maken (+) – 1 - Irritatie door anderen op de afdeling (-) – 1 <u>Kijk op de maatschappij:</u> - Verandering in de samenleving (-) – 1 - Tegenwoordig iedereen achter computer (-) – 1 - Beter leven in Nederland dan in Marokko (+/-) – 1
Herstelproces	<u>Behoeftes vanuit de cliënt:</u> - Mensen om mij heen (+) – 1 - Na behandeling eigen woning (+) – 1 - Geen bemoeienis door familie (+) – 1 - Mensen opzoeken van wie ik hou, die mij begrijpen en die verbeteringen hebben gezien (+) – 1 - Meer kunnen omgaan met vrienden (+/-) – 1 - Vrijheid, gezondheid en liefde (+) – 1 - Vrijheid (+) – 1 - Meer eigen keuzes mogen maken (-) – 1 - Jezelf mogen zijn (-) – 1 - Voor mijzelf kiezen (+) – 1 - Reclassering als stok achter de deur (+) – 1 - Op het terrein blijven wonen (+) – 1 - Eigen appartement (+) – 1 - Coach voor de financiën (+) – 1 - Geen onderdeel meer willen uitmaken van de maatschappij (-) – 1 - Weekendverlof (+) – 1

	- Meer contact met andere mensen willen (+) – 1 - Hulp bij nieuwe mensen vinden (+) – 1 - Vaker op verlof kunnen gaan (-) – 1 - In goede handen zijn in de samenleving (+) – 1 <u>Behandeling:</u> - Aantal mensen betrokken bij behandeling (+) – 1 - Praten met familie over behandeling (+) – 1 - Goede ervaring praten over behandeling (+) – 1 - Spannend om te praten over behandeling (-) – 1 - Geen wens tot betrokkenheid familie bij behandeling (-) – 1 - Familie niet betrekken door leeftijd en afstand (+/-) – 1 - Familie heeft hun eigen leven (+/-) – 1 - Familie wel inlichten bij positieve en negatieve dingen (+) – 1 - Ervaringen opgedaan tijdens behandeling (+) – 1 - Later op de planning familie betrokkenheid bij vervolgtraject (-) – 1 - Eigen dag invulling moeten hebben (+) – 1 - Terugval houdt geen probleemgeval in (+/-) – 1 - Professionele kliniek (+) – 1 - Behandeling gaat traag (-) – 1 - Jezelf niet mogen bewijzen tijdens behandeling (-) – 1 - Behandeling zinloos (-) – 1 - Hersteld zijn (+) – 1 - Hulp maakt toekomstbeeld beter (+) – 1 - Focussen op eigen behandeling (+) – 1
--	---