

“Liever met dan zonder jullie”

Een inventariserend onderzoek naar het sociale netwerk van volwassen mannelijke forensische patiënten



Jeffrey Everink
Opdrachtgever
Praktijkbegeleider
Onderzoeksbegeleider
Opleiding
Academie
Saxion Enschede

: 339873
: Stichting Transfore
: Miranda Moes
: Martijn Gunnewijk
: Maatschappelijk Werk & Dienstverlening
: Mens en Maatschappij

Almelo, 9 juli 2017

“The answers were to be found in changing and fixing society, not people with disabilities. Most important, decisions must be made by the individual, not by the professional. Using these principles, people began to view themselves as powerful and self-directed as opposed to passive victims, objects of charity, cripples, or notwhole. Disability began to be seen as a natural, not uncommon, experience in life; not a tragedy.”
(Österwitz, 1994)

Inhoudsopgave

1: Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling	8
1.3 Korte termijn doelstelling	8
1.4 Lange termijn doelstelling	8
1.5 Hoofdvraag	8
1.6 Theoretische deelvragen	8
1.7 Praktische deelvragen	9
1.8 Visualisatie.....	9
2: Theoretische kader	9
2.1 Forensische patiënten	9
2.2 Forensisch beschermd wonen	10
2.3 Het sociale netwerk	11
3: Methode van onderzoek	12
3.1 Onderzoekstype	12
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	13
3.3 Dataverzameling.....	13
3.4 Data-analyse.....	15
3.5 Ethische overwegingen	16
4: Resultaten	16
4.1 Het sociale netwerk van de patiënten.....	16
4.2 De ervaringen van patiënten.....	28
5. Conclusie	30
5.1 Hoe omschrijven de patiënten hun eigen sociale netwerk?.....	30
5.2 Hoe wordt het sociale netwerk door de patiënt ervaren?	31
5.3 In hoeverre hebben mannelijke forensische patiënten van FBW Twente een ondersteunend sociaal netwerk dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij?	32
5.4 Aanbevelingen	32
5.5 Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	33
5.6 Discussie	34
Referentielijst	35
Bijlagen	39
Bijlage A: Vragenlijst verkorte FSNA	39
Bijlage B: Sociaal netwerkschema	42
Bijlage C: Verdiepende vragenlijst	43
Bijlage D: Verklaring van toestemming	44
Bijlage E: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht.....	45
Bijlage F: Evaluatieformulier opdrachtgever	46
Bijlage G: Toestemmingsformulier toegangsrechten	47

Voorwoord

Bij deze gelegenheid ligt voor u mijn afstudeeronderzoek. Mijn naam is Jeffrey Everink en ik studeer aan Hogeschool Saxion te Enschede, waar ik de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) volg. Dit onderzoek heb ik in opdracht van Stichting Transfore gedaan, waarbij ik specifiek onderzoek heb gedaan naar het sociale netwerk van forensische patiënten die zelfstandig wonen. Mijn keuze is voor dit onderwerp gevallen, omdat de forensische hulpverlening mijn interesse trekt vanwege de complexiteit in diagnostiek. Over de uitvoering van dit onderzoek kan gezegd worden dat het een intensief proces is geweest dat gepaard is gegaan met de nodige druk om versneld af te studeren. Tijdens het schrijven van dit onderzoek miste ik zo nu en dan een studiegenoot om mee te sparren, waardoor ik mij af en toe eenzaam voelde tijdens het schrijven van dit onderzoek. Achteraf ben ik blij met mijn keuze voor dit onderwerp. Ik heb veel mogen leren over forensische patiënten en welke invloeden een sociaal netwerk heeft op deze patiënten.

Graag wil ook van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Ten eerste wil ik mijn onderzoeksbegeleider Martijn Gunnewijk bedanken. De samenwerking ervaarde ik als prettig en professioneel. Dankzij zijn intensieve begeleiding ben ik tot nieuwe inzichten gekomen en heb ik een kritischere visie ontwikkeld bij het uitvoeren van een onderzoek. Zijn begeleiding heeft er eveneens voor gezorgd dat ik versneld kan afstuderen doordat de feedbackmomenten frequent en goed waren. De volgende persoon die ik wil bedanken is mijn eerste beoordelaar, Jillis Kors. Hoewel het niet vanzelfsprekend is dat de eerste beoordelaar het onderzoek van feedback voorziet, voorafgaand het inleveren, heeft Jillis toch mijn onderzoek van nuttige feedback voorzien. Daarnaast heeft Jillis tijd vrijgemaakt om mijn onderzoek op tijd te beoordelen. Hierdoor heb ik op tijd mijn cijfer binnen om zodoende versneld te kunnen afstuderen. Ik stel zijn tijd en moeite erg op prijs. De volgende personen die ik wil bedanken voor hun tijd en moeite zijn de respondenten. Mede dankzij hun inzet, ben ik tot een product gekomen waar ik zelf tevreden over ben. De volgende persoon die ik wil bedanken is de teamleidster van Transfore, Miranda Moes. Dankzij haar inzet was het mogelijk om een onderzoek te starten. Het was een tijdrovende periode geweest, maar het was het waard. Daarom wil ik tot slot mijn vriendin, moeder en vrienden bedanken voor hun ondersteuning en welwillendheid.

Ik wens de lezer veel plezier met het lezen van mijn onderzoek.

Almelo, 15 februari 2018

Samenvatting

Sinds de komst van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet wordt er ook van kwetsbare mensen, waaronder forensische patiënten, verwacht dat zij zoveel mogelijk participeren en zelfredzaam zijn. De toekomstige wetwijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) naar de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg geeft gehoor aan deze richtlijnen. De kern van de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg is namelijk dat er meer aandacht moet zijn voor de maatschappelijke participatie van de patiënt waarbij het sociale netwerk zoveel mogelijk ondersteuning biedt. Doordat het sociale netwerk van forensische patiënten over beschermende factoren maar ook risicofactoren beschikt, wil de opdrachtgever Transfore dat het sociale netwerk van hun patiënten in kaart wordt gebracht. Transfore heeft namelijk weinig tot geen zicht op het sociale netwerk van hun patiënten en worden niet of nauwelijks betrokken bij de resocialisatiefase. Door het sociale netwerk in kaart te brengen kunnen de beschermende factoren en risicofactoren van het sociale netwerk worden geïdentificeerd om het persoonlijke herstelproces van de patiënten te bevorderen.

Om die redenen is een inventariserend onderzoek gestart waarbij het sociale netwerk van 8 mannelijke forensische patiënten van FBW Twente (resocialisatiefase) in kaart zijn gebracht en is er gekeken hoe het sociale netwerk door de patiënten wordt ervaren. In het verlengde daarvan is nagegaan in hoeverre de mannelijke forensische patiënten van FBW Twente een ondersteunend sociaal netwerk hebben dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij. Bij het in kaart brengen van het sociale netwerk van de patiënten is er gekozen voor een kwantitatieve benadering en bij het onderzoek doen naar hoe het sociale netwerk door de patiënten wordt ervaren een kwalitatieve benadering. Doordat het onderzoek een mix van een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek betreft, wordt er gesproken van een 'mixed-methods' onderzoek. De kwantitatieve gegevens zijn geïnventariseerd door middel van een bestaande vragenlijst. Het gaat om de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA). De kwalitatieve gegevens zijn aan de hand van een literatuuronderzoek en een semigestructureerd interview geïnventariseerd. Hoewel mannelijke en vrouwelijke patiënten steunen op hun sociale netwerk voor hun welbevinden, heeft de keuze voor mannelijk patiënten te maken met het feit dat er op dit moment geen vrouwelijke patiënten in de resocialisatiefase behandeld worden.

De belangrijkste resultaten uit de FSNA zijn dat 7 van de 8 respondenten 1 of meerdere personen, voornamelijk vrienden, in hun sociale netwerk hebben met een delinquent verleden. Een volgend resultaat is dat alle 8 respondenten netwerkliden hebben die kritiek hebben op het delict waarvoor de respondent is veroordeeld. Een ander resultaat is dat alle 8 respondenten wekelijks of dagelijks contact hebben met gezinsleden, familieleden, vrienden of hulpverleners. De resultaten die gaan over steun vanuit het sociale netwerk wijzen uit dat alle 8 respondenten concrete steun, emotionele steun en informatie en advies krijgen van gezinsleden, vrienden en hulpverleners. De belangrijkste resultaten uit het semigestructureerde interview zijn dat de personen met een delinquent verleden door 7 van 8 respondenten niet anders dan andere netwerkliden worden ervaren. Wat betreft het ontvangen van kritiek op het delict waarvoor patiënten veroordeeld zijn, hebben alle 8 respondenten begrip voor de geleverde kritiek. Op het gebied van steun wordt dit door alle 8 respondenten als prettig ervaren en geven de respondenten aan open te staan voor sociale controle vanuit het sociale netwerk.

Op basis van deze gegevens kan mede geconcludeerd worden dat ieder sociaal netwerk over een persoon beschikt met een delinquent verleden. Deze deviante contacten kunnen een verklaring zijn voor het opnieuw begaan van een delict. Een volgende conclusie die getrokken kan worden is dat het sociale netwerk vanuit sociale controle kan toezien op de gesteldheid van de patiënt waardoor onder andere risicogedrag vroegtijdig gesignaleerd kan worden. Een andere conclusie die getrokken kan worden is dat de frequentie en intensiteit van het contact met individuen die crimineel gedrag vertonen, in dit geval bepalend zijn voor het overgaan tot crimineel gedrag. Anderzijds zorgt frequent contact met het sociale netwerk voor afleiding. Deze afleiding heeft een beschermende werking doordat patiënten minder geneigd zijn terug te vallen in oud gedrag. De laatste conclusie is dat de patiënten beschikken over netwerkliden die ondersteuning kunnen bieden om

zodoende een voorspoedige re-integratie in de maatschappij te kunnen realiseren.

De aanbevelingen die hieruit zijn voortgekomen zijn dat een volledige afname van de FSNA uitgevoerd moet worden om meer inzicht te geven in de structuur van het sociale netwerk van de patiënten. Een volgende aanbeveling is dat netwerkliden een bijdrage kunnen leveren aan het houden van toezicht. Een derde aanbeveling is dat patiënten psycho-educatie krijgen over het belang van het hebben van een protectief sociaal netwerk. Tot slot is de laatste aanbeveling dat patiënten meer kennis kunnen hebben van het belang van controle van het eigen netwerk in samenwerking met de controle van FBW Twente.

1: Aanleiding

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), waarbij de decentralisatie van landelijke overheid naar gemeenten centraal staat, wordt er van de burger verwacht dat zij met zo min mogelijk gesubsidieerde steun van de overheid een zelfstandig leven moeten kunnen leiden (De Boer & Van der Lans, 2011). Naast het zelfstandig kunnen leven verwacht de Wmo ook van de burger dat zij binnen hun vermogen zoveel mogelijk maatschappelijk participeren (De Boer & Van der Lans, 2011). Hoewel participatie om enige zelfstandigheid vraagt, lukt het ongeveer twintig procent van de bevolking niet om zelfstandig te leven (De Boer & Van der Lans, 2011). Het gaat hier om mensen die tijdelijk of langdurig afhankelijk zijn van professionele hulp. Dit kan komen door verschillende problemen zoals; fysiek of geestelijk beperkt, verslaafd of in de schulden of langdurig afhankelijk van professionele hulpverlening (De Boer & Van der Lans, 2011). De doelgroep forensische patiënten is overeenkomstig met deze groep gezien zij door hun ziektebeeld ook afhankelijk zijn van professionele hulpverlening (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2017). Ondanks de grote mate van afhankelijkheid wordt ook van deze kwetsbare patiënten verwacht dat zij net als anderen zoveel mogelijk participeren en zelfredzaam zijn (Alsem, 2005; Van Ewijk, 2006). De toekomstige wetswijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) naar de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg geeft gehoor aan deze richtlijnen. De kern van de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg is namelijk dat er meer aandacht moet zijn voor de maatschappelijke participatie van de patiënt waarbij het sociale netwerk zoveel mogelijk ondersteuning biedt (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2017).

Het betrekken van het sociale netwerk is namelijk geen nieuw fenomeen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk wordt vaak een beroep gedaan op het sociale netwerk om het leven van een forensische patiënt zo leefbaar mogelijk te houden (Borgesius, 1994; Claassen, 2011; Donkers, 2008; Lucassen & Poll, 2012; Scholte, 2010; Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Dit heeft te maken met het feit dat een sociaal netwerk voor forensische patiënten een belangrijke voorspeller is voor een succesvolle terugkeer in de maatschappij (Tervoort, 2010). Dit komt doordat het sociale netwerk een beschermende factor is (Borgesius, 1994; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2008; McCann, McKeown & Porter, 1996; Skipworth & Humberstone, 2002). Het kan gezien worden als een 'stootkussen' tegen stress en vervelende momenten, maar ook als 'pilaar' voor het geven van steun (Bales & Mears, 2008; Skipworth & Humberstone, 2002). Daarnaast kan het sociale netwerk toezien op de gesteldheid van de patiënt waardoor onder andere risicogedrag vroegtijdig gesignaleerd kan worden (McCann, McKeown & Porter, 1996). Op deze manier draagt het sociale netwerk bij aan een succesvolle re-integratie en staat het in lijn met de toekomstige wetgeving. Echter kent een sociaal netwerk ook risico factoren waardoor het re-integratie proces kan stagneren (Borgesius, 1994; Oppelaar & Wittebrood, 2006; Skipworth & Humberstone, 2002). Een veel voorkomend risicofactor is dat het sociale netwerk delict gedrag vertoont (Pomp & Bogaerts, 2008). Doordat de patiënt zich met delict bevorderende netwerkliden associeert, wordt de kans op een terugval, ook wel recidive genoemd vergroot (Borgesius, 1994; Humberstone, 2002; McKeown & Porter, 1996). Recidive heeft grote consequenties. Niet alleen de slachtoffers en andere directe betrokkenen lijden onder emotionele, fysieke of materiële schade. Recidive heeft namelijk ook een negatieve invloed op het veiligheidsgevoel van de rest van de samenleving (Oppelaar & Wittebrood, 2006). Het vervelende hiervan is niet alleen dat de re-integratie van een patiënt stagneert, maar worden de kosten van een verlengd verblijf in een kliniek ook nog gedragen door de samenleving (Oppelaar & Wittebrood, 2006). Dit alles maakt duidelijk dat het van belang is dat het sociale netwerk in kaart gebracht moet worden. Op deze manier kunnen hulpverleningsinstanties risicofactoren signaleren, reduceren en beschermende factoren op het gebied van sociale bindingen stimuleren (Bouman, De Ruiter & Schene, 2009; Hartwell & Orr, 199; Lamb e.a., 1999; Nedopil & Banzer, 1996).

Voor de opdrachtgever Transfore is het dus ook van belang dat zij het sociale netwerk van hun patiënten in kaart brengen. Transfore heeft namelijk weinig tot geen zicht op het sociale netwerk van de patiënten en worden niet of nauwelijks betrokken bij de resocialisatiefase. Om die reden heeft Transfore belang bij het

verbeteren van haar resocialisatieprogramma waarbij het sociale netwerk bijdraagt aan een succesvolle re-integratie. Door het sociale netwerk in kaart te brengen kunnen beschermende factoren en risicofactoren van het sociale netwerk worden geïdentificeerd om het persoonlijke herstelproces van de patiënten te bevorderen. Transfore is dan niet alleen bezig met het verbeteren van de door haar geleverde zorg, maar staat ook meer in lijn met de toekomstige wetgeving.

1.2 Doelstelling

In dit onderzoek is gekozen om het sociale netwerk van mannelijke forensische patiënten in kaart te brengen en te onderzoeken hoe de patiënten dit netwerk zelf ervaren. Hiervoor is het van belang dat er inzicht wordt verkregen in hoeverre de mannelijke forensische patiënten een ondersteunend sociaal netwerk hebben dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij. Hoewel mannelijke en vrouwelijke patiënten steunen op hun sociale netwerk voor hun welbevinden, heeft de keuze voor mannelijk patiënten te maken met het feit dat er op dit moment geen vrouwelijke patiënten in de resocialisatiefase behandeld worden. De resocialisatiefase is de laatste fase van hun behandeling. In deze fase wonen de patiënten zelfstandig op verschillende woonlocaties. De woonlocaties vallen onder de naam Forensisch Beschermd Wonen (FBW) Twente, dat onderdeel van Transfore is. Om het sociale netwerk in kaart te brengen wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst genaamd Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA), dit is een methode dat informatie geeft over de structuur van het sociale netwerk van een patiënt (Pomp en Bogaerts, 2008). Met behulp van de FSNA wordt het sociale netwerk blootgelegd en kan individueel risicomanagement worden toegepast. Daarom is het van belang, gezien de doelstelling van dit onderzoek, te weten welke netwerkleiden juist gezien kunnen worden als protectief en welke als risico. Het inventariseert het delict netwerk (sociale netwerk van een patiënt ten tijde van het delict), het huidige netwerk (sociale netwerk van een patiënt ten tijde van het FSNA-onderzoek) en het terugkeernetwerk (het toekomstige sociale netwerk van een patiënt, wanneer hij of zij weer terugkeert naar de maatschappij) van de patiënt. Door het delictnetwerk van een forensisch patiënt te vergelijken met het huidige netwerk van een patiënt, verkrijgt men informatie over de rol die het netwerk speelde bij het tot stand komen van delictgedrag van de patiënt. Bij overeenkomsten tussen deze netwerken kan geïmpliceerd worden dat de patiënt nog op dezelfde manier mensen om zich heen verzamelt als hij of zij deed ten tijde van het delict. Het verzamelen van informatie alleen al uit het sociale netwerk, door middel van de FSNA, draagt bij aan risicobeheersing. In hoofdstuk 3 zal de toepassing van de FSNA nader worden toegelicht. Dit alles resulteert in de volgende doel- en vraagstelling.

1.3 Korte termijn doelstelling

Het doel van dit onderzoek op korte termijn is inzicht krijgen in het belang van een sociaal netwerk bij mannelijke forensische patiënten in de resocialisatiefase.

1.4 Lange termijn doelstelling

Het doel van dit onderzoek op langer termijn is het verbeteren van het resocialisatieprogramma waarbij het sociale netwerk van de patiënt bijdraagt aan een succesvolle terugkeer met zo min mogelijk kans op recidive.

1.5 Hoofdvraag

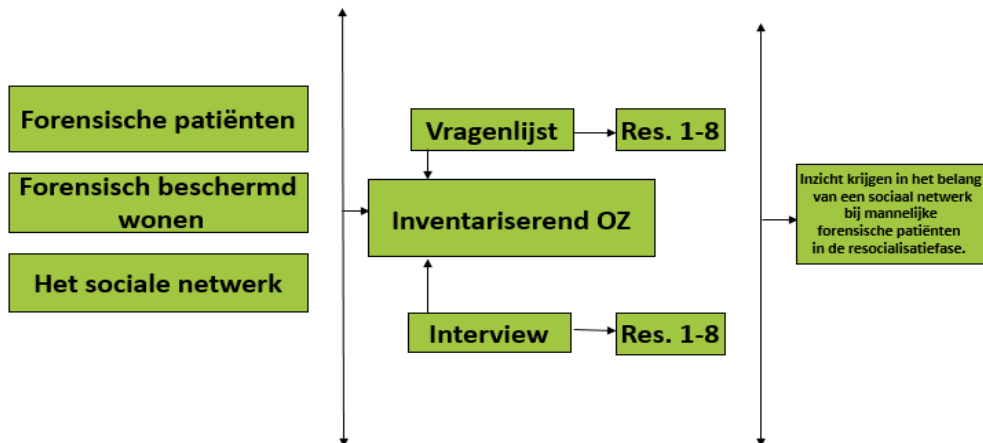
In hoeverre hebben mannelijke forensische patiënten van FBW Twente een ondersteunend sociaal netwerk dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij?

1.6 Theoretische deelvragen

- 1) Wat wordt er in dit onderzoek verstaan onder forensische patiënten?
- 2) Wat wordt er in dit onderzoek verstaan onder beschermd wonen?
- 3) Wat is een sociaal netwerk en het belang hiervan?

1.7 Praktische deelvragen

- 1) Hoe omschrijven de patiënten hun eigen sociale netwerk?
- 2) Hoe wordt het sociale netwerk door de patiënt ervaren?



1.8 Visualisatie

In de eerste kolom zijn de kernbegrippen uit de theoretische deelvragen terug te vinden. Deze begrippen worden in het theoretische kader in hoofdstuk 2 uitgewerkt. In het centrum van het model staat de onderzoeksmethode. Dit onderzoek betreft een inventariserend onderzoek. Bij inventariserend onderzoek gaat het om het in beeld brengen en analyseren van (uitgangs)probleem/- situatie (Migchelbrink, 2013). Met behulp van twee dataverzamelmethoden wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. De theoretische deelvragen worden beantwoord met behulp van een literatuuronderzoek. Daarnaast worden interviews gehouden om antwoord te krijgen op de praktische deelvragen. De interviews zijn de dataverzamelmethoden die worden gebruikt om tot resultaten te komen. Deze resultaten leiden het onderzoek naar de korte termijn doelstelling, die in de meest rechter hokje staat beschreven.

1.9 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, wordt ingegaan op de theoretische achtergrond van het betrekken van het sociale netwerk bij de re-integratie van forensische patiënten. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verbanden die in de literatuur gelegd worden tussen forensische patiënten, beschermd wonen en hoe dit samenvalt met het sociale netwerk van de patiënten. Hier wordt met name uitgebreid ingegaan op de wijze hoe een sociaal netwerk invloed heeft op de behandeling van de patiënten. In hoofdstuk drie wordt vervolgens de onderzoeksopzet geïntroduceerd om te onderzoeken in hoeverre mannelijke forensische patiënten van FBW een ondersteunend sociaal netwerk hebben dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. De bevindingen hiervan worden in hoofdstuk 5 vertaald naar praktische implicaties en aanbevelingen.

2: Theoretische kader

Het uitgangspunt van dit theoretische kader is stapsgewijs de theoretische deelvragen uit het vorige hoofdstuk beantwoorden. Hier wordt ingegaan op forensische patiënten, forensisch beschermd wonen en hoe dit samenvalt met het sociale netwerk van de patiënten. Hier wordt met name uitgebreid ingegaan op de wijze hoe een sociaal netwerk invloed heeft op de behandeling van de patiënten.

2.1 Forensische patiënten

Een forensische patiënt is een individu die een strafbaar feit heeft gepleegd dat gecombineerd is gegaan met een psychische of psychiatrische stoornis (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, z.j.; Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2017; Ministerie van Veiligheid en Justitie, z.j.). Een forensische patiënt (justitiabele) ontvangt dan op basis van zijn psychische of psychiatrische stoornis behandeling doordat het risico op het plegen van nog een strafbaar feit hoog is (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, z.j.; Ministerie van

Veiligheid en Justitie, 2017). Op basis van het ziektebeeld worden de patiënten geclassificeerd in de volgende categorieën; patiënten met een chronische psychotische stoornis; patiënten die een seksueel delict hebben begaan en die gefixeerd blijven op hun deviante seksualiteitsbeleving; patiënten met een persoonlijkheidsstoornis; patiënten met een delict gerelateerde verslavingsproblematiek; verstandelijk beperkten die zonder externe sturing en controle onvoldoende greep hebben op hun impulsen; patiënten met andere, uiteenlopende stoornissen of combinaties van stoornissen (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2017). De hierboven genoemde classificaties schetsen slechts een aantal ziektebeelden waarin de patiënten gecategoriseerd kunnen worden. De daadwerkelijke eigenschappen van een gemiddeld patiënt is dat hij of zij impulsief is, weinig inlevingsvermogen heeft, gevoelig is voor stresserende triggers, inadequaat omgaat met stresserende situaties, beschikt over beperkte sociale en relationele vaardigheden, weinig probleemoplossend heeft en weinig inzicht heeft in factoren die probleemgedrag veroorzaken (Bogaerts & Spreen, 2011). De behandeling of begeleiding voor de patiënten is daarom gericht op het bestrijden van deze ziekteverschijnselen, het hervinden van stabiliteit, het verminderen van psychisch lijden en het weer kunnen functioneren in de maatschappij (Bogaerts & Spreen, 2011). De patiënt leert om deze redenen tijdens een behandeling of begeleiding te handelen op basis van nieuw aangeleerde vaardigheden. De bedoeling hiervan is dat de patiënt in staat is het aangeleerde gedrag te generaliseren naar nieuwe situaties. Met als doel dat een patiënt zelfredzamer wordt en steeds meer wordt ondersteund door een eigen sociaal netwerk (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2017; Pomp, & Bogaerts, 2008). Zelfredzaamheid is daarnaast een belangrijke voorspeller voor een succesvolle terugkeer. Verschillende onderzoeken tonen aan dat een verminderde zelfredzaamheid de kans vergroot op recidive en het psychische functioneren vermindert (Alsem, 2005; Bond, Drake, Mueser & Latimer, 2001; Van Veldhuizen & Bähler, 2008). Dit betekent dus dat als een patiënt beperkt zelfredzaam is, dan versterkt dit de psychische problematiek en wordt deze in stand gehouden. Zo blijkt uit een effectonderzoek dat zelfredzame patiënten er daadwerkelijk in slagen om de regie en verantwoordelijkheid over hun eigen leven te nemen en te houden (Brink, Lucassen, Middelaar & Poll, 2012). Een omgeving waar de zelfredzaamheid van een patiënt vooral wordt getoetst is tijdens het forensisch beschermd wonen (Transfore, 2016). Dit is een behandeltraject waar patiënten onder begeleiding zelfstandig wonen en werken aan hun terugkeer naar de samenleving (Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks, 2006).

2.2 Forensisch beschermd wonen

Het forensisch beschermd wonen (FBW) is een afrondende fase in het behandeltraject waar forensische patiënten onder begeleiding zelfstandig wonen. Deze woonvoorzieningen bieden een veilige gestructureerde leefomgeving voor patiënten die terugkeren naar de maatschappij, waarbij tegelijkertijd toezicht wordt uitgeoefend (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013). Het gaat om patiënten die in staat zijn relatief zelfstandig te wonen, maar wel begeleiding en zorg nodig hebben bij hun terugkeer naar de samenleving (Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks, 2006). Om deze begeleiding en zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de patiënt vindt er tijdens de overplaatsing van kliniek naar woonvoorziening een uitvoerige overdracht en informatie-uitwisseling plaats over risicofactoren van de patiënt (Transfore, 2016). Om die reden is er in de woonvoorziening dagelijks contact met de patiënt, waardoor signalering van risicovol gedrag in een vroeg stadium plaatsvindt. Mocht er sprake zijn van risicovol gedrag, met als gevolg een terugval, dan kan de patiënt direct in de kliniek worden teruggeplaatst (Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks, 2006; Transfore, 2016). Doordat het een afrondende fase in de behandeling is en de patiënten hierna terugkeren in de maatschappij, ligt het zwaartepunt van deze fase vooral op het maatschappelijk herstel. Hier kan gedacht worden aan contact met verwanten, pro-sociaal netwerk en zelfredzaamheid, waarbij wordt gewerkt aan verschillende doelen waaronder het versterken van het probleemoplossend vermogen en de opbouw van autonomie (Ministerie van Veiligheid en Justitie, z.j.; Transfore, 2016). De patiënten worden daarom begeleid en getraind in het ontwikkelen van dagelijkse vaardigheden zoals het organiseren en doen van huishoudelijke taken, boodschappen doen, koken, de financiën (deels) organiseren en beheren en persoonlijke verzorging. Daarnaast is er aandacht voor vaardigheden op het gebied van relaties, werk of dagbesteding (Ministerie van Veiligheid en Justitie, z.j.; Transfore, 2016). Desondanks blijkt voor de patiënten die uitstromen uit een forensische kliniek

de overgang van begrenzing naar de grotere vrijheid groot kan zijn. Het zelfstandig wonen brengt namelijk vele verleidingen en verleiders met zich mee. Het probleem is echter wel dat op die situaties niet reëel genoeg geoefend kan worden tijdens de klinische behandeling (Kuyvenhoven & Van Marle, 2007). De overgang van intramurale behandeling naar volledige vrijheid dient daarom gefaseerd plaats te vinden en het extramurale toezicht dient langdurig te zijn (Eaves e.a. 2000; Heilbron & Peters, 2000; Nedopil & Banzer, 1996). Deze toezicht wordt onder andere uitgeoefend door het sociale netwerk zoals familie en buurtbewoners (Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks, 2006). Het sociale netwerk kan op deze manier toezien op de gesteldheid van de patiënt waardoor onder andere risicogedrag vroegtijdig gesignaleerd kan worden (McCann, McKeown & Porter, 1996). Het sociale netwerk vervult daarmee een belangrijke rol doordat het de kans op recidive verkleint met als gevolg dat patiënten zoveel mogelijk kunnen blijven participeren. Daarnaast sluit deze samenwerking, tussen patiënt en zijn sociale netwerk, aan op de toekomstige Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

2.3 Het sociale netwerk

Het sociale netwerk van een patiënt wordt in de literatuur gezien als een belangrijke voorspeller voor een succesvolle re-integratie in de maatschappij (Borgesius, 1994; Oppelaar & Wittebrood, 2006; Tervoort, 2010). Dit komt doordat het sociale netwerk zowel een beschermende als een risicofactor kan zijn (Borgesius, 1994; Oppelaar & Wittebrood, 2006; Tervoort, 2010). Het sociale netwerk beschikt namelijk over een grote diversiteit aan relaties waar de patiënten kunnen putten uit meerdere bronnen en 'toegang' hebben tot uiteenlopende alternatieven (Van der Hulst, 2008). Het kan dus gaan om familieleden of vrienden die steun bieden, maar ook om criminele netwerkleden die een risico vormen voor terugval (Borgesius, 1994; Oppelaar & Wittebrood, 2006; Tervoort, 2010). Het beroep doen op de beschermende factoren van een sociaal netwerk is namelijk geen nieuw fenomeen binnen de geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk wordt vaak een beroep gedaan op het sociale netwerk om het leven van een forensische patiënt zo leefbaar mogelijk te houden (Borgesius, 1994; Claassen, 2011; Donkers, 2008; Lucassen & Poll, 2012; Scholte, 2010; Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Een sociaal netwerk heeft vanuit het rehabilitatieperspectief een ondersteunings- en stabilisatiefunctie (Hoebe, Spreen, Van den Berg & Bogaerts, 2011). Dit betekent dat het gezien kan worden als een 'stootkussen' tegen stress en vervelende momenten, maar ook als 'pilaar' voor het geven van steun (Bales & Mears, 2008; Skipworth & Humberstone, 2002). Deze ondersteuning voorkomt mede dat patiënten die lange tijd intramuraal (in een gesloten instelling) zijn behandeld, niet vervreemden van hun sociale netwerk (Gruenberg, 1967). Deze theorie verklaart dat dit komt doordat een psychische stoornis discrepantie kan veroorzaken tussen wat een persoon kan waarmaken in zijn sociale relaties en wat het sociale netwerk van hem verwacht. Op den duur zal het sociale netwerk van een persoon met een psychische stoornis niets meer verwachten, met als gevolg dat deze sociale contacten afbrokkelen. Dit proces wordt de 'Social Breakdown Syndrome' genoemd. De zogeheten 'Social Breakdown Syndrome' kan bij de patiënten zorgen voor onthechting van de maatschappij (Gruenberg, 1967). Waardoor crimineel gedrag kan ontstaan doordat de binding van een individu met de maatschappij zwak of verbroken is. Dit heeft ermee te maken dat vrijheid ontstaat waardoor maatschappelijke regels ontweken kunnen worden (Hirschi, 1969). Het is dus van belang dat het sociale netwerk goed wordt geïnformeerd over het ziektebeeld en de bijkomende risicofactoren van de patiënt. Op deze manier kunnen ze de patiënt beter ondersteunen en weten ze beter waar ze aan toe zijn wanneer de patiënt terugkeert (Berg & Heubner, 2011; McCann e.a., 1996; Shapiro & Schwarts, 2001; Skipworth & Humberstone, 2002). Het sociale netwerk vindt het daarnaast prettig betrokken te worden bij de behandeling (Borgesius, 1994). Dit komt doordat netwerkleden de behoefte hebben aan informatieverstrekking over het ziektebeeld zodat het gedrag in een bredere context geplaatst kan worden en hun rol als ondersteunend contact erkend kan worden (Borgesius, 1994; McCann e.a., 1996; Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Op deze manier kan het sociale netwerk informatie verstrekken aan de desbetreffende hulpverleningsinstantie (McCann e.a., 1996; Skipworth & Humberstone, 2002). Het sociale netwerk zorgt voor een meer individuele aanpak tijdens de behandeling (Borgesius, 1994). Deze betrokkenheid geeft namelijk inzicht in de mogelijke bronnen van steun en op het delictscenario van een

patiënt. Hierdoor kunnen toekomstige risicovolle situaties beter in kaart worden gebracht. Het sociale netwerk kan als het ware fungeren als een signaalfunctie. Deze signaalfunctie heeft te maken met het feit dat het sociale netwerk dicht bij de patiënt staat waardoor risicovol gedrag door hen op tijd gesignaleerd kan worden (McCann, McKeown & Porter, 1996). Een voorbeeld van deze signaalfunctie is dat het sociale netwerk informatie kan geven over eventuele spanningsbronnen voor de patiënt (Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007; Spreen, Pomp & Vermeulen, 2006). Deze spanningsbronnen kunnen voortkomen uit het sociale netwerk van de patiënt waarbij netwerkleden worden gekenmerkt als deviant (Agnew, 1992). Deze deviante kenmerken worden gedefinieerd als personen waarvan contact met een patiënt door de hulpverleningsinstantie als ongewenst wordt beschouwd (Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007). De deviante contacten kunnen namelijk een verklaring zijn voor het opnieuw begaan van een delict. Dit komt namelijk doordat delinquent gedrag ontstaat doordat vrienden elkaar beïnvloeden waardoor dit gedrag geleerd kan worden. Volgens Sutherland (1939) ontstaat dit criminele gedrag door associatie met individuen die crimineel gedrag vertonen. De frequentie en intensiteit van het contact is bepalend voor het overgaan naar crimineel gedrag. Dit alles maakt duidelijk dat het van belang is dat risicofactoren worden gereduceerd en beschermende factoren op het gebied van sociale bindingen worden gestimuleerd (Bouman, De Ruiters & Schene, 2009; Hartwell & Orr, 1999; Lamb e.a., 1999; Nedopil & Banzer, 1996). Op deze manier draagt het sociale netwerk bij aan een succesvolle re-integratie en staat het in lijn met de toekomstige wetgeving.

3: Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk is de werkwijze van het onderzoek verantwoord. Eerst wordt uiteengezet om welke type onderzoek het gaat. Vervolgens wordt de onderzoekspopulatie besproken. Deze wordt gevolgd door informatie over de gebruikte methode voor de verzameling van gegevens en de gebruikte onderzoeksinstrumenten. De validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit van het onderzoek zijn in de verschillende paragrafen beschreven.

3.1 Onderzoekstype

Het onderzoek betrof een mix van een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek waardoor er gesproken kon worden van een 'mixed-methods' onderzoek (Baarda, 2009). De kwantitatieve gegevens werden geïnventariseerd door middel van een bestaande vragenlijst. Het ging om de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA). Omwille van praktische redenen en de gestelde deadline was er gekozen voor een verkorte versie van de FSNA. De volledige versie van de FSNA ging veel dieper in op het sociale netwerk waarbij de afname 4,5 uur duurde verdeeld over drie sessies. Hierdoor werden alleen relevante hoofdstukken uit de FSNA gebruikt die het sociale netwerk adresseerden. De kwalitatieve gegevens werden aan de hand van een literatuuronderzoek en een semigestructureerd interview geïnventariseerd. Om het belang van een sociaal netwerk in kaart te brengen werd er gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek.

Door deze twee manieren van onderzoeken te bundelen konden de sterkten van zowel een kwantitatief als een kwalitatief onderzoek verenigd worden waardoor de zwakten van beide strategieën werden gecompenseerd (Bryman, 2012). Daarnaast kon door het verenigen van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek onderzoeksverschijnselen beter worden begrepen dan wanneer er maar één strategie werd toegepast (Boeije, 2010).

Zoals reeds genoemd werd er gebruik gemaakt van een 'mixed-methods' onderzoek. De keuze was op verschillende redenen gebaseerd. Ten eerste was het niet mogelijk om alle deelvragen door middel van alleen een kwantitatieve benadering of alleen een kwalitatieve benadering te beantwoorden. Bij het in kaart brengen van het sociale netwerk van de patiënten paste een kwantitatieve benadering. Bij het onderzoeken hoe het sociale netwerk door de patiënten werd ervaren paste een kwalitatieve benadering. Een andere reden voor het hanteren van een 'mixed-methods' onderzoek had te maken met dat de kwantitatieve gegevens gebruikt konden worden om de kwalitatieve data te illustreren. De uitkomsten van de interviews waren daarentegen verschillend, met als gevolg een bijdrage aan een bredere en kritische visie (triangulatie) op het beleid betreffende het sociale netwerk van forensische patiënten in de resocialisatiefase. Ter optimaliseren van de

interne validiteit werden bij het opstellen van de interviewvragen de begrippen geoperationaliseerd. De interviewvragen waren concreet geformuleerd, relevant en objectief. Verder werd de betrouwbaarheid in bevindingen vergroot doordat deze resultaten op verschillende wijzen naar voren kwamen wat uiteindelijk resulteerde in een hogere geloofwaardigheid van de bevindingen (Bryman, 2012).

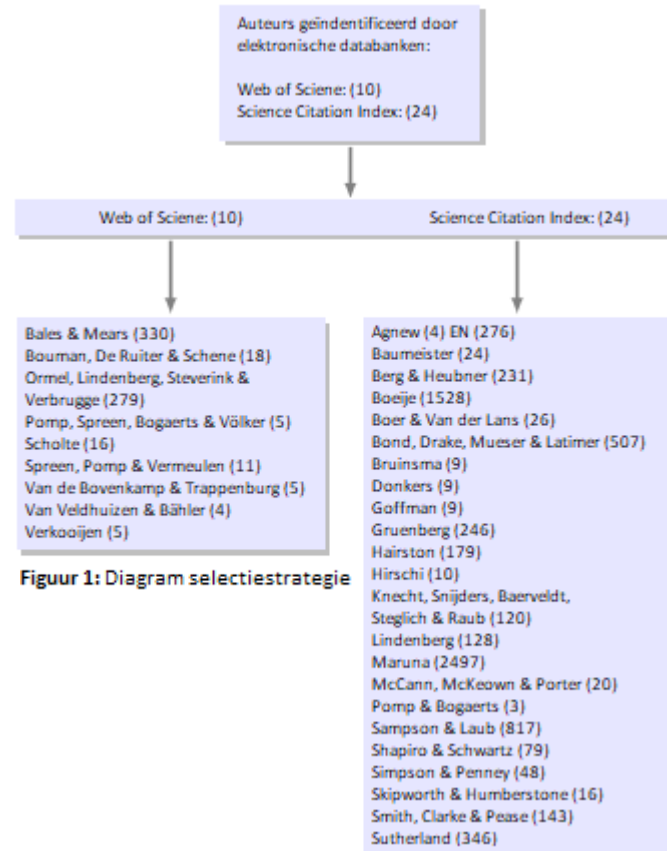
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De populatie waarover een uitspraak werd gedaan en die in dit onderzoek werden betrokken waren 8 mannelijke volwassen forensische patiënten tussen de 18 en 65 jaar van FBW Twente. De keuze voor 8 respondenten had te maken met de tijdsbeperking van dit onderzoek, daarom werd om praktische redenen gekozen om een gering aantal respondenten te werven. De volgende inclusie- en exclusiecriteria werden voor het definiëren van de onderzoekspopulatie gehanteerd: 1) De respondent had een kalenderjaar van 18 jaar of ouder. 2) De respondent was in behandeling bij het FBW-traject van Transfore. 3) De patiënten beschikten over een sociaal netwerk. De selectie van de steekproef verliep aselekt. Dit betekende dat alle eenheden uit de populatie evenveel kans hadden om in de steekproef terecht te komen (Verhoeven, 2010). De keuze voor een aselekte steekproef had te maken met dat deze zo representatief mogelijk moest zijn voor alle mannelijke forensische patiënten van FBW Twente. De wervingsprocedure verliep via de teamleider die ervoor zorgde dat alle patiënten geïnformeerd werden met het feit dat er een onderzoek ging plaatsvinden bij FBW Twente en dat er een kans bestond dat een patiënt benaderd werd door de onderzoeker voor deelname. De totstandkoming van de aselekte steekproef verliep aan de hand van een random nummer generator. Elk populatielid kreeg een nummer toegewezen waarbij de computer willekeurig een nummer koos. De steekproef werd gevormd door de personen die overeen kwamen met de uitgelote nummers. Hierbij had het delictsachtergrond en leeftijd geen invloed op de keuze. De patiënten die waren uitgeloot werden geïnformeerd over het doel van het onderzoek en werd er gevraagd om een toestemmingsverklaring te ondertekenen, waarin de patiënt verklaarde deel te nemen aan het onderzoek.

3.3 Dataverzameling

Het literatuuronderzoek was erop gericht om alle beschikbare onderzoeken te identificeren, waarvan de literatuur over het sociale netwerk van forensische patiënten de kern vormde. Deze informatiebronnen werden doorzocht met als gevolg een selectie van juiste en relevante bronnen. Om dit te bewerkstelligen en de interne validiteit te verhogen richtte het literatuuronderzoek zich op de vraagstellingen en moesten deze bijdragen aan de beantwoording van de theoretische deelvragen (Baarda, 2009). De selectie bestond daarom uit bronnen die onderbouwden wat forensische patiënten waren en wat forensisch beschermd wonen (resocialisatiefase) was en wat de resocialisatiefase voor de patiënt betekende. Daarnaast werd onderbouwd wat het belang was van het hebben van een sociaal netwerk als forensische patiënt. De studies die hiervoor werden geselecteerd moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria: 1) De studie moest informatie geven over forensische patiënten en forensisch beschermd wonen; 2) De studie moest informatie geven over wat een sociaal netwerk was en wat dit netwerk voor invloed had op de patiënten; 3) De studie moest maatschappelijk relevant zijn waarbij deze bijdroeg aan de optimalisering van de methodiek en of methode van de opdracht gevende instelling; 4) De studie moest relevante theorie bevatten inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen. Studies waarbij het ging om psychiatrische patiënten die (regulier) beschermd wonen of forensische patiënten die nog intramuraal werden behandeld werden uitgesloten, omdat ze niet tot de focus van dit onderzoek behoorden. Studies die vanaf 1967 tot aan 2012 waren gepubliceerd werden geïdentificeerd met behulp van elektronische databanken EBSCO, Narcis, PiCarta, SAGE en SpringerLink. De Nederlandstalige zoektermen waren: "forensische patiënten" EN "sociaal netwerk"/"netwerk analyse"/"invloed van sociaal netwerk"/"resocialisatie"/"re-integreren"/"zelfredzaamheid"/"forensisch beschermd wonen" EN "sociaal netwerk"/"netwerk analyse"/"invloed van sociaal netwerk"/"resocialisatie"/"re-integreren"/"zelfredzaamheid". De Engelstalige zoektermen waren: "forensic patients" AND "social netwerk"/"relationships"/"families"/"influence of a social network". De zoekopdrachten waren in afwisselende volgorde opgezocht, zodat alle relevante studies geïdentificeerd konden worden.

De volgende stap was het selecteren van studies op basis van twee stappen. Bij de eerste stap werd een initiële selectie gemaakt door de studies te selecteren op basis van hun titel en samenvatting. Mocht er sprake zijn van twijfel, dan werd het artikel toegevoegd aan de lijst met potentiële studies. Uiteindelijk waren er 36 studies aangemerkt als potentieel. Bij de tweede stap werd de volledige tekst van de geselecteerde studies achterhaald en screenend doorgelezen om te controleren of ze antwoord gaven op de desbetreffende deelvragen. Na het doorlezen en controleren waren er 22 studies die aan de criteria voldeden. Ter aanvulling op de digitale zoekopdrachten werd aan de hand van dezelfde twee stappen een handmatige zoekopdracht uitgevoerd door de literatuurlijsten van geschikt bevonden studies te bestuderen. Dit werd gedaan om er zeker van te zijn dat alle relevante bronnen in het onderzoek werden opgenomen. Deze handmatige zoekopdracht leverde drie aanvullende studies op die in het onderzoek werden opgenomen. De overige studies werden uitgesloten omdat het irrelevante studies betrof, of omdat ze niet voldeden aan de vooropgestelde criteria. Om de kwaliteit van de 22 studies te borgen werd er gekeken naar hoe vooraanstaand bepaalde bronnen waren om zodoende de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergoten. De manier waarop de kwaliteit van een artikel gemeten werd gebeurde door te kijken of de artikelen in de elektronische databanken van Web Of Science en Science Citation Index voorkwamen en hoe vaak deze geciteerd waren. Deze databanken beschikten over wetenschappelijk literatuur die door vakgenoten waren beoordeeld. De volgende auteurs die in dit onderzoek waren gebruikt worden in *figuur 1* weergegeven. De cijfers naast de auteurs weergegeven hoe vaak het artikel van deze auteurs is geciteerd in andere onderzoeken en of artikelen.



Interview

Om verdere data te verzamelen waren verschillende methoden beschikbaar zoals het afnemen van interviews (Baarda, 2009). In dit onderzoek bestond het interview uit een bestaande vragenlijst en een semigestructureerde interview. Het interview werd in de eigen omgeving van de respondent gehouden. Hier werd voor gekozen zodat de respondent zich ten eerste veilig voelde in eigen omgeving, maar ook zodat afleiding zo min mogelijk kans kreeg te ontstaan. Daarnaast werd er voorafgaand afgesproken dat de anonimiteit gewaarborgd bleef bij het verstrekken van informatie. Dit alles zorgde ervoor dat er een hogere betrouwbaarheid van de gegevens ontstond (Migchelbrink, 2013).

FSNA vragenlijst (verkorte versie)

Het eerste (kwantitatieve) gedeelte van het onderzoek was de afname van de FSNA vragenlijst die gebaseerd was op de standaard FSNA, maar verkort voor dit onderzoek. De volledige versie van de FSNA ging veel dieper in op het sociale netwerk waarbij de afname 4,5 uur duurde verdeeld over drie sessies. Daarom was de vragenlijst vanuit praktische overwegingen en de gestelde deadline voor dit onderzoek verkort. Om de deelvragen in dit onderzoek te beantwoorden werd daarom alleen nadruk gelegd op het onderdeel dat het huidige netwerk in kaart bracht met de bijbehorende kenmerken van dit netwerk. Andere onderdelen uit de volledige FSNA bijvoorbeeld het verleden of toekomstige netwerkleiden waren niet relevant voor dit onderzoek. Daarom is derhalve gekozen dit af te bakenen tot het doel van dit onderzoek. De keuze voor de FSNA had te maken met het feit dat het op een gestructureerde wijze het netwerk rondom een patiënt in kaart bracht om zodoende het risicomanagement proces te bevorderen (Pomp & Bogaerts, 2008). Het doel van de verkorte vragenlijst was het *huidige* netwerk stelselmatig in kaart brengen door te kijken welke personen contact

hadden met de respondent en in welke context dit plaatsvond. Hiervoor werden een aantal items gehanteerd die betrekking hadden op de netwerkliden: gezin, familie, vrienden, school/werk, verenigingen, hulpverleners, burens, huisgenoten en woonomgeving. Deze items werden gehanteerd om zodoende een beeld te schetsen welke rollen de netwerkliden vervulden en welke personen contact hadden met de respondent. Om de *kenmerken* van de genoemde netwerkliden in kaart te brengen werden andere items gehanteerd. Deze brachten bijvoorbeeld in kaart of bepaalde netwerkliden crimineel gedrag vertoonden of hoe vaak de respondent contact had met bepaalde netwerkliden. Het ging om de volgende items: crimineel, houding delict, contact frequentie, concrete steun, emotionele steun, informatie/advies en nabijheid. Alle items waren in de volledige versie van de FSNA terug te vinden in het hoofdstuk 'Social Network Map'. Dit hoofdstuk bevatte meerdere gedeeltes waarvan dit onderzoek alleen gebruik maakte van de gestructureerde vragenlijsten uit het eerste en het tweede gedeelte. Het eerste gedeelte betrof alleen vraag 1 t/m 9 en het tweede gedeelte betrof de vragen 1 t/m 11 uit de volledige FSNA vragenlijst.

Semigestructureerde Interview

Het tweede gedeelte (kwalitatieve) was een semigestructureerd interview. Het doel van dit interview was inzicht krijgen in hoe de respondenten het sociale netwerk ervaarden. Hiervoor werden dezelfde items uit de vragenlijst uitgevraagd: crimineel, houding delict, contact frequentie, concrete steun, emotionele steun, informatie/advies en nabijheid/belang. De topics dienden als richtlijn voor de interviewvragen, de exacte vragen konden per interview verschillen. Dit kwam doordat er een koppeling gemaakt kon worden naar de thema's uit het theoretisch kader. Dit was een voordeel van een semigestructureerd interview ten opzichte van een gestructureerd interview, aangezien de interviewer de vragen kon aanpassen en daarmee kon anticiperen op de situatie (Verhoeven, 2010). Hierdoor werd de kans groter op het beantwoorden van de deelvragen, waardoor deze wijze het mogelijk maakte om in de conclusie de hoofdvraag te beantwoorden (Heerink, Pinkster & Bratt - Van der Werf, 2010). Ook was de interviewer verantwoordelijk voor het lees- en schrijfwerk waardoor de respondent zich volledig kon concentreren op het bedenken van de antwoorden (Baarda, 2009). Dit alles maakte dat de interne validiteit van dit onderzoek hoog was. Een nadeel van de topics was echter dat bepaalde onderwerpen achterwege bleven die ook belangrijk konden zijn voor dit onderzoek.

3.4 Data-analyse

Om zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve data te analyseren werden verschillende stappen gezet. De resultaten die voortkwamen uit de FSNA vragenlijst (kwantitatieve gegevens) werden geanalyseerd met Excel. De verschillende antwoordcategorieën werden vervolgens nog een keer handmatig gecontroleerd om zodoende de betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen. De antwoordcategorieën waren bijvoorbeeld *crimineel/niet crimineel* of *heel nabij/niet nabij*. De volgende stap was het analyseren van de kwalitatieve gegevens. De analyse van de getranscribeerde interviews werd uitgevoerd aan de hand van drie fasen (Baarda, 2009). In de eerste fase werden de teksten van de acht interviews in fragmenten verdeeld door middel van fragmentnummers. Het eerste nummer verwees naar de betreffende respondent en het tweede nummer stond voor de volgorde van het fragment. De volgende stap was het open coderen. Hierbij werd gekozen voor het zoveel mogelijk samen laten vallen van de fragmenten met de vragen uit de interviews. Dit leverde een codesysteem op. Een code die bijvoorbeeld ontstond bij de vraag over de contact frequentie met netwerkliden was: '*geen behoefte aan drugs*'. In de tweede fase werd axiaal gecodeerd. Op deze wijze werden fragmenten met elkaar vergeleken en werden de codes geordend. Tijdens het axiaal coderen was bijvoorbeeld de code '*afleiding*' ontstaan doordat afleiding ervoor zorgde dat de respondent geen behoefte had aan drugs. De derde fase betrof het selectief coderen. Hierbij werden kernbegrippen bepaald en samenhang tussen begrippen vastgesteld en geverifieerd. Hierdoor was de code '*beschermende factor*' ontstaan, doordat beide codes erop wezen dat de contact frequentie een beschermende factor kon zijn. Ten slotte werden de begrippen geïnterpreteerd uit de literatuur en werden de bevindingen en conclusies geformuleerd die antwoord gaven op de onderzoeksvragen (Boeije, 2014).

3.5 Ethische overwegingen

Volgens Baarda (2009) ging het bij ethisch verantwoord onderzoek doen om naast dat iedereen vrijwillig deelnam, er stil werd gestaan bij de nadelige effecten van het onderzoek. Om die reden was de onderzoeker bewust van het feit dat de respondenten veel persoonlijke aspecten blootstelden met als gevolg dat dit een belasting voor de respondenten kon zijn. De belastbaarheid van het onderwerp als ook het tijdsaspect werden daardoor door de onderzoeker in het achterhoofd gehouden. Voorafgaand het interview werd aangegeven dat het maximaal anderhalf uur ging duren voor de respondent. De informatie die de respondent verstrekke werd vertrouwelijk mee omgegaan. Om deze zekerheid te garanderen werd er een contract opgesteld voor de respondenten, de zogeheten toestemmingsverklaring, waarin onder andere stond dat de verkregen informatie anoniem werd verwerkt. Na afloop van ieder interview werd er met de respondenten geëvalueerd over het verloop van het interview. Dit zorgde ervoor dat de onderzoeker aanspreekbaar was op zijn gedrag tijdens het uitvoeren van het onderzoek (Andriessen, 2010). Ook werd na afloop van dit onderzoek de uitkomsten met de patiënten besproken. Op deze wijze kregen de patiënten een idee wat hun informatie had opgeleverd en wat dit eventueel kon betekenen voor de organisatie. Anderzijds konden de patiënten zien hoe hun informatie anoniem verwerkt was. Ten slotte werd met de opdrachtgever overlegd of dit onderzoek gepubliceerd mocht worden in de HBO-kennisbank en werd er na afloop van het onderzoek met de opdrachtgever geëvalueerd over het verloop van het onderzoek.

4: Resultaten

In hoofdstuk vier worden de resultaten van dit onderzoek beschreven. Met behulp van zowel de FSNA vragenlijst als het semigestructureerde interview worden de deelvragen beantwoord. De eerste paragraaf beschrijft de resultaten die gaan over hoe de respondenten hun sociale netwerk omschrijven en de tweede paragraaf beschrijft hoe het sociale netwerk door de respondent wordt ervaren.

4.1 Het sociale netwerk van de patiënten

De uitkomsten staan beschreven in tabel 1a dat een algemeen beeld weergeeft. In tabel 1a wordt per respondent weergegeven welke netwerkleiden deel uitmaken van het sociale netwerk. Hetgeen dat in tabel 1a staat beschreven is dat 'gezin' (eigen), 'gezin' (herkomst), 'familie' en 'vrienden' veelgenoemde onderdelen zijn in het sociale netwerk van de respondenten. Daarnaast verschilt de omvang van het sociale netwerk per respondent. Wanneer er gekeken wordt naar hoeveel respondenten 'gezinsleden' toeschrijven tot hun sociale netwerk, dan schrijft de ene respondent zijn 'eigen' gezin toe tot zijn sociale netwerk en de ander juist zijn 'herkomst' gezin. Van de 8 respondenten zijn er slechts 3 respondenten die hun 'eigen' gezin benoemen, waarbij het gemiddelde aantal 'eigen' gezinsleden rond de 2 ligt. Als het gaat om 'gezinsleden' 'herkomst' dan wordt dit benoemd door 4 respondenten, waarbij het gemiddelde aantal gezinsleden 'herkomst' op een 3,5 neerkomt. Van deze respondenten is respondent 4 de enige is die geen gezinsleden benoemd. De groep 'familieleden' wordt door 6 respondenten benoemd waarbij het gemiddelde aantal 'familieleden' rond de 2 ligt. Als het om 'vrienden' gaat dan heeft iedere respondent een vriend of vriendin. Het gemiddelde aantal vrienden ligt rond de 3, waarbij respondent 6 een uitschieter is. Hier gaat het namelijk om 6 vrienden, terwijl andere respondenten gemiddeld 2 'vrienden' toeschrijven tot hun sociale netwerk. Als het gaat om 'hulpverleners' schrijven 6 van de 8 respondenten tenminste 1 hulpverlener toe tot hun sociale netwerk.

Tabel 1a: Aantal personen in het huidige sociale netwerk van de patiënt

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Netwerkleiden	8	5	6	4	7	10	9	10
Gezin (eigen)	3	-	2	-	2	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	3	-	-	-	4	3	4
Familie	2	-	1	1	2	-	2	3
Vrienden	2	2	2	1	3	6	3	2
Hulpverleners	1	-	1	2	2	-	1	1

Bij *vraag 3* wordt gevraagd of netwerkleiden een delict hebben gepleegd. In de onderstaande tabel (2a) worden de uitkomsten hiervan in het algemeen weergegeven. Hier scoren 'vrienden' hoog. Het gaat hier om de helft van het totaal aantal vrienden van alle respondenten. De uitkomsten per respondent worden in de tabellen 2b tot en met 2d individueel weergegeven.

Tabel 2a Totaal aantal netwerkleiden die wel of geen delict hebben gepleegd

Netwerkleiden	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd
Gezin (eigen)	-	9
Gezin (herkomst)	2	12
Familie	-	7
Vrienden	10	11
Hulpverleners	-	8

Tabel 2b Netwerkleiden per respondent die wel of geen delict hebben gepleegd

	R1	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd	R2	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd	R3	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd
Gezin (eigen)	-	-	3	-	-	-	-	-	3
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	3	-	-	-
Familie	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Vrienden	1	1	1	2	-	-	1	1	1
Hulpverleners	-	-	1	-	-	-	-	-	1

Tabel 2c Netwerkleiden per respondent die wel of geen delict hebben gepleegd

	R4	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd	R5	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd	R6	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	3	-	-	4
Familie	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Vrienden	1	1	-	1	3	3	2	4	4
Hulpverleners	-	-	1	-	-	2	-	-	-
Huisgenoot	-	-	1	-	-	-	-	-	-

Tabel 2d Netwerkleiden per respondent die wel of geen delict hebben gepleegd

	R7	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd	R8	Delict gepleegd	Geen delict gepleegd
Gezin (eigen)	-	-	-	2	2	2
Gezin (herkomst)	-	-	3	-	-	-
Familie	-	-	3	-	-	3
Vrienden	-	-	2	2	-	-
Hulpverleners	-	-	1	-	-	1

Tabel 2b maakt duidelijk dat alleen 'vrienden' een delict hebben gepleegd. Respondent 1 telt 1 'vriend' die een delict heeft gepleegd, respondent 2 telt 2 'vrienden' en respondent 3 telt 1 'vriend'. De gezinsleden zowel 'eigen' als 'herkomst' hebben geen delinquent verleden. Hetzelfde geldt voor de resterende 'vrienden', 'familieleden' en 'hulpverleners'. In tabel 2c gaat het wederom om 'vrienden' die een delict hebben gepleegd. Respondent 4 telt 1 'vriend' die een delict heeft gepleegd, respondent 5 telt 1 'vriend' en respondent 6 telt 2 'vrienden'. De gezinsleden zowel 'eigen' als 'herkomst' hebben geen delinquent verleden. Hetzelfde geldt voor de resterende 'vrienden', 'familieleden', 'hulpverleners' en een 'huisgenoot'. In tabel 2d zijn het nogmaals 'vrienden' die een delict hebben gepleegd, maar ook een gezinsleden (herkomst). Respondent 8 telt 2 vrienden en 2 gezinsleden (herkomst) die een delict hebben gepleegd. De overige netwerkleiden waaronder 2 gezinsleden (herkomst), 3 familieleden en 1 hulpverlener hebben geen delict gepleegd. Van de 7 respondenten heeft gemiddeld 1 vriend een delict gepleegd.

Tabel 3a Houding van netwerk t.o.v. delict

Houding t.o.v. delict	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict
Gezin (eigen)	6	-	-	3
Gezin (herkomst)	14	-	-	-
Familie	7	-	-	-
Vrienden	14	2	5	-
Hulpverleners	7	-	-	-
Huisgenoten	1	-	-	-

Bij *vraag 4* wordt gevraagd in hoeverre netwerkleden kritisch zijn tegenover het delict van de respondent. In tabel 3a worden de uitkomsten hiervan in het algemeen weergegeven. In de volgende tabellen worden per respondent de resultaten weergegeven.

Tabel 3b Houding van netwerkleden per respondent t.o.v. delict

	R1	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict	R2	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict
Gezin (eigen)	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Familie	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Hulpverleners	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabel 3c Houding van netwerkleden per respondent t.o.v. delict

	R3	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict	R4	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict
Gezin (eigen)	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Vrienden	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Hulpverleners	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Huisgenoot	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-

Tabel 3d Houding van netwerkleden per respondent t.o.v. delict

	R5	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict	R6	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict
Gezin (eigen)	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	3	-	-	-	-	6	-	-	-	-
Hulpverleners	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabel 3e Houding van netwerkleden per respondent t.o.v. delict

	R7	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict	R8	Kritisch	Niet kritisch	Onverschillig	Weet niet van delict
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Familie	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	2	1	-	-	-	-	2	-	-	-
Hulpverleners	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-

Tabel 3b maakt het verschil in grootte van het sociale netwerk tussen beide netwerken duidelijk waardoor de resultaten verschillend zullen zijn. Bij respondent 1 zijn alle netwerkleden kritisch ten opzichte van het delict. Echter geldt dit voor 1 'gezinslid' (eigen) niet, dit heeft te maken met de leeftijd van het kind. Respondent 2 daarentegen heeft 3 'gezinsleden' (herkomst) die kritisch zijn ten opzichte van het delict, terwijl 1 vriend niet kritisch is en een andere vriend onverschillig. In tabel 3c is wederom te zien dat de netwerkleden over het algemeen kritisch zijn ten opzichte van het delict. Respondent 3 telt 6 van de 7 netwerkleden die kritisch zijn, waarvan 1 'vriend' niet kritisch is. Respondent 4 telt 3 van de 4 netwerkleden die kritisch zijn, waarvan 1

‘vriend’ onverschillig is over het delict. Tabel 3d maakt duidelijk dat iedereen kritisch is ten opzichte van het delict. Echter geldt dit voor respondent 5 niet, dit komt doordat 2 ‘gezinsleden’ (eigen) niets van het delict afweten. Dit heeft wederom te maken met de leeftijd van beide kinderen. In tabel 3e is te lezen dat de uitkomsten ongeveer gelijk zijn. Respondent 1 telt 1 ‘vriend’ die niet kritisch is en respondent 2 telt 2 ‘vrienden’ die niet kritisch zijn. In zijn totaliteit zijn van de 21 ‘vrienden’ er 14 kritisch, 5 niet kritisch en 2 onverschillig. De resterende netwerkleden waaronder ‘gezinsleden’, ‘familieleden’, ‘hulpverleners’ en 1 ‘huisgenoot’ zijn kritisch ten opzichte van het gepleegde delict door de respondenten.

Tabel 4a: Contact frequentie

Frequentie	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half-jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	1	-	-	-	-	3	4	-
Gezin (herkomst)	-	2	-	2	-	5	4	1
Familie	-	-	-	1	1	1	2	3
Vrienden	-	-	1	2	5	3	4	6
Hulpverleners	-	-	-	-	-	-	3	4
Huisgenoot	-	-	-	-	-	-	-	1

Bij *vraag 5* wordt gevraagd naar de frequentie van het contact tussen de respondenten en het sociale netwerk. In tabel 4a zijn de algemene resultaten hiervan af te lezen. Hetgeen dat tabel 4a duidelijk maakt is dat de frequentie per netwerklid verschilt, hoewel de frequentie van contact op zijn minst rond de twee weken ligt. De scores wat betreft *dagelijks contact* scoren ‘vrienden’ en ‘hulpverleners’ het hoogst. In de onderstaande tabellen wordt per respondent aangegeven hoe vaak er contact is met de netwerkleden.

Tabel 4b: Contact frequentie

Frequentie R1	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half-jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	1	-	-	-	-	1	1	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	1	-	1
Vrienden	-	-	-	-	1	-	-	1
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	-	1

Bij respondent 1 betreffen de ‘gezinsleden’ (eigen) een zoon waar de respondent wekelijks contact mee heeft, een dochter waar hij om de twee weken contact mee heeft en een kleindochter waar de respondent geen contact mee heeft. De ‘familieleden’ betreffen een ex-vrouw waar de respondent om de twee weken contact mee heeft en een schoonzus waar hij dagelijks contact mee heeft. Wat betreft de 2 ‘vrienden’ verschilt het contact, met de ene vriend heeft de respondent maandelijks contact en de andere dagelijks. De ‘hulpverlener’ is in dit geval zijn persoonlijk begeleider, hier heeft de respondent dagelijks contact mee.

Tabel 4c: Contact frequentie

Frequentie R2	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half-jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	2	-	1
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	-	-	-	-	2
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	-	-

Bij respondent 2 betreffen de ‘gezinsleden’ (herkomst) een vader en moeder waar de respondent om de twee weken contact mee heeft en een zus waar hij dagelijks contact mee heeft. Wat betreft de 2 ‘vrienden’, heeft de respondent hier dagelijks contact mee.

Tabel 4d: Contact frequentie

Frequentie R3	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half- jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	3	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	-	-	-	-	2
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	1	-

Bij respondent 3 betreffen de 'gezinsleden' (eigen) een ex-vrouw, zoon en een dochter waar de respondent wekelijks contact mee heeft. Met de 2 'vrienden' heeft de respondent dagelijks contact. De 'hulpverlener' is in dit geval zijn persoonlijk begeleider, hier heeft de respondent wekelijks contact mee.

Tabel 4e: Contact frequentie

Frequentie R4	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half- jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	1
Vrienden	-	-	1	-	-	-	-	-
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	-	1
Huisgenoot	-	-	-	-	-	-	-	1

Bij respondent 4 betreft 'familieleden' de partner waar de respondent dagelijks contact mee. Wat betreft 'vrienden' heeft de respondent 1 'vriend' waar hij halfjaarlijks contact mee heeft. De laatste 2 netwerkleiden waaronder een 'hulpverlener' en een 'huisgenoot' heeft de respondent dagelijks contact mee.

Tabel 4f: Contact frequentie

Frequentie R5	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half- jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	2	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	1	-	-	1	1
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	2	-

Bij respondent 5 betreffen de 'gezinsleden' (eigen) twee dochters waar de respondent om de twee weken contact mee heeft. Wat betreft de 3 'vrienden' verschilt het contact, met de ene vriend heeft de respondent eens per kwartaal contact, de ene wekelijks en de ander dagelijks. De 2 'hulpverleners', in dit geval zijn persoonlijk begeleiders, heeft de respondent wekelijks contact mee.

Tabel 4g: Contact frequentie

Frequentie R6	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half- jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	2	-	2	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	1	1	1	3	-
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	-	-

Bij respondent 6 betreffen de 'gezinsleden' (herkomst) een vader en een moeder waar een enkele keer per jaar contact mee is. Daarnaast heeft de respondent eens per kwartaal contact met zijn twee zussen. Wat betreft de

6 'vrienden' verschilt het contact, met 1 'vriend' heeft de respondent eens per kwartaal contact, de ander maandelijks en nog een 'vriend' om de twee weken. De resterende 3 'vrienden' heeft de respondent wekelijks contact.

Tabel 4h: Contact frequentie

Frequentie R7	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half-jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	3	-	-
Familie	-	-	-	1	1	-	-	-
Vrienden	-	-	-	-	3	-	-	-
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	-	1

Bij respondent 7 betreffen de 'gezinsleden' (herkomst) een moeder, stiefvader en een zus waar de respondent om de twee weken contact mee heeft. De 'familieleden' betreffen een oma en een tante waarbij de respondent met zijn oma eens per kwartaal contact mee heeft en zijn tante waar hij eens per kwartaal contact mee heeft. Wat betreft de 3 'vrienden', waarvan 1 vriendin zijn ex-vriendin is, heeft de respondent met deze personen maandelijks contact. De 'hulpverlener', in dit geval zijn persoonlijk begeleider, heeft de respondent dagelijks contact mee.

Tabel 4i: Contact frequentie

Frequentie R8	Geen contact	Enkele keer per jaar	Half-jaarlijks contact	Eens per kwartaal	Maandelijks contact	Om de twee weken	Wekelijks contact	Dagelijks contact
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	4	-
Familie	-	-	-	-	-	-	2	1
Vrienden	-	-	-	-	-	2	-	-
Hulpverlener	-	-	-	-	-	-	-	1

Bij respondent 8 betreffen de 'gezinsleden' (herkomst) een vader, moeder, broer en zus waar de respondent wekelijks contact mee heeft. De 'familieleden' betreffen zijn partner en 2 schoonouders. Zijn partner spreekt hij dagelijks en zijn schoonouders wekelijks. De 2 'vrienden' van de respondent spreekt hij om de twee weken. De 'hulpverlener', in dit geval een sociotherapeut, heeft de respondent dagelijks contact mee.

Tabel 5a: Concrete steun van het netwerk

Emotionele steun	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	2	2	3	1
Gezin (herkomst)	-	7	7	-
Familie	1	3	4	-
Vrienden	-	8	13	-
Hulpverleners	-	-	7	-
Huisgenoot	-	-	1	-

Bij *vraag 6* wordt gevraagd in hoeverre de respondenten voor concrete steun bij hun sociale netwerk terecht kunnen. In tabel 5a zijn de algemene resultaten hiervan terug te vinden. In de onderstaande tabellen wordt per respondent aangegeven welke netwerkleden volgens de respondenten bereid zijn concrete steun te verlenen aan de respondenten.

Tabel 5b: Concrete steun van het netwerk

	R1	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R2	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-
Familie	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

In tabel 5b ontleent respondent 1 over het algemeen concrete steun aan al zijn netwerkleden. Het gaat om 2 ‘gezinsleden’, 2 ‘familieleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Echter ontbreekt er 1 ‘gezinslid’ (eigen), dit heeft te maken met de jonge leeftijd van het netwerklid waardoor geen concrete steun geboden kan worden. Respondent 2 daarentegen kan soms terecht bij zijn 2 ‘gezinsleden’ (herkomst). De resterende netwerkleden waaronder een 1 ‘gezinslid’ (herkomst) en 2 ‘vrienden’ kan de respondent bijna altijd bij terecht voor concrete steun.

Tabel 5c: Concrete steun van het netwerk

	R3	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R4	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Vrienden	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Huisgenoot	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-

In tabel 5c ontleent respondent 3 over het algemeen concrete steun aan al zijn netwerkleden. Het gaat om 3 ‘gezinsleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Hetzelfde geldt voor respondent 2 waarbij het gaat om 1 ‘familielid’, 1 ‘hulpverlener’ en 1 ‘huisgenoot’. Echter beschikt het sociale netwerk van respondent 2 over 1 ‘vriend’ waarbij de respondent (bijna) nooit terecht kan voor concrete steun.

Tabel 5d: Concrete steun van het netwerk

	R5	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R6	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	3	-	-	-	6	-	-
Hulpverleners	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-

In tabel 5d ontleent respondent 5 over het algemeen concrete steun aan al zijn netwerkleden. Het gaat om 3 ‘vrienden’ en 2 ‘hulpverleners’. Hier ontbreken 2 ‘gezinsleden’ (eigen). Dit heeft te maken met de leeftijd van de ‘gezinsleden’. Hetzelfde geldt voor respondent 6 waarbij hij bij 2 ‘gezinsleden’ (herkomst) soms terecht kan voor concrete steun. De resterende netwerkleden waaronder 2 ‘gezinsleden’ (herkomst) en 6 ‘vrienden’ kan de respondent (bijna) altijd bij terecht voor concrete steun.

Tabel 5e: Concrete steun van het netwerk

	R7	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R8	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	3	-	-	-	-	4	-
Familie	-	-	-	2	-	-	-	-	3	-
Vrienden	-	-	-	3	-	-	-	-	2	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-

In tabel 5e ontleent respondent 7 over het algemeen concrete steun aan al zijn netwerkleden. Het gaat om 3 ‘gezinsleden’ (herkomst), 2 ‘familieleden’, 3 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Hetzelfde geldt voor respondent 8 waarbij de respondent (bijna) altijd terecht kan bij 4 ‘gezinsleden’ (herkomst), 3 ‘familieleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’.

Tabel 6a: Emotionele steun van het netwerk

Emotionele steun	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	2	2	3	1
Gezin (herkomst)	-	7	7	-
Familie	-	4	4	-
Vrienden	2	8	13	-
Hulpverleners	-	-	7	-

Bij *vraag 7* wordt gevraagd in hoeverre de respondenten voor emotionele steun bij hun sociale netwerk terecht kunnen. In tabel 6a zijn de algemene resultaten hiervan terug te vinden. In de onderstaande tabellen wordt per respondent aangegeven welke netwerkleden volgens de respondenten bereid zijn emotionele steun te verlenen aan de respondenten.

Tabel 6b: Emotionele steun van het netwerk

	R1	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R2	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-
Familie	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

In tabel 6b kan respondent 1 over het algemeen bij al zijn netwerkleden terecht voor emotionele steun. Het gaat om 2 ‘gezinsleden’, 2 ‘familieleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Echter ontbreekt er 1 ‘gezinslid’ (eigen), dit heeft te maken met de jonge leeftijd van het netwerklid waardoor geen concrete steun geboden kan worden. Respondent 2 daarentegen kan soms terecht bij zijn 2 ‘gezinsleden’ (herkomst). De resterende netwerkleden waaronder een 1 ‘gezinslid’ (herkomst) en 2 ‘vrienden’ kan de respondent bijna altijd bij terecht voor emotionele steun.

Tabel 6c: Emotionele steun van het netwerk

	R3	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R4	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Vrienden	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Huisgenoot	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-

In tabel 6c kan respondent 3 over het algemeen bij al zijn netwerkleden terecht voor emotionele steun. Het gaat om 3 ‘gezinsleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Hetzelfde geldt voor respondent 2 waarbij het gaat om 1 ‘familielid’, 1 ‘hulpverlener’ en 1 ‘huisgenoot’. Echter beschikt het sociale netwerk van respondent 2 over 1 ‘vriend’ waarbij de respondent (bijna) nooit terecht kan voor emotionele steun.

Tabel 6d: Emotionele steun van het netwerk

	R5	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R6	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	1	-	-	2	-	-	-	2	4	-
Hulpverleners	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-

In tabel 6d kan respondent 5 over het algemeen bij al zijn netwerkleden terecht voor emotionele steun. Het gaat om 1 ‘gezinslid’, 2 ‘vrienden’ en 2 ‘hulpverleners’. Hier ontbreken 1 ‘gezinslid’ (eigen) en 1 ‘vriend’. Hetzelfde geldt voor respondent 6 waarbij hij bij 2 ‘familielieden’ (herkomst) en 2 ‘vrienden’ soms terecht kan voor emotionele steun. De resterende netwerkleden waaronder 2 ‘gezinsleden’ (herkomst) en 4 ‘vrienden’ kan de respondent (bijna) altijd bij terecht voor emotionele steun.

Tabel 6e: Emotionele steun van het netwerk

	R7	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R8	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	3	-	-	-	2	2	-
Familie	-	-	1	1	-	-	-	2	1	-
Vrienden	-	-	2	1	-	-	-	-	2	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-

In tabel 6e kan respondent 7 over het algemeen voor emotionele steun bij al zijn netwerkleden terecht voor emotionele steun. Het gaat om 1 ‘familielid’ en 2 ‘vrienden’ waarbij hij soms terecht kan voor emotionele steun. Bij de resterende 3 ‘gezinsleden’ (herkomst), 1 ‘familielid’, 1 ‘vriend’ en 1 ‘hulpverlener’ kan de respondent (bijna) altijd terecht voor emotionele steun. Hetzelfde geldt voor respondent 8 waarbij de respondent soms terecht kan voor emotionele steun bij 2 ‘gezinsleden’ (herkomst) en 2 ‘familielieden’. Bij de resterende 2 ‘gezinsleden’ (herkomst), 1 ‘familielid’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’ kan de respondent (bijna) altijd terecht voor emotionele steun.

Bij *vraag 8* wordt gevraagd in hoeverre de patiënten voor informatie en advies bij hun sociale netwerk terecht kunnen. In tabel 7a zijn de algemene resultaten hiervan terug te vinden. Voor informatie en advies kunnen de

respondenten over het algemeen terecht bij al hun netwerkleden terecht. In de onderstaande tabellen wordt per respondent aangegeven welke netwerkleden volgens de respondenten bereid zijn informatie en advies te geven aan de respondenten.

Tabel 7a: Informatie en advies van het netwerk

Informatie en advies	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	2	2	3	1
Gezin (herkomst)	-	7	7	-
Familie	-	4	4	-
Vrienden	1	7	13	-
Hulpverleners	-	-	7	-
Huisgenoot	-	-	1	-

Tabel 7b: Informatie en advies van het netwerk

	R1	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R2	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-
Familie	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

In tabel 7b kan respondent 1 over het algemeen voor informatie bij al zijn netwerkleden terecht. Het gaat om 2 ‘gezinsleden’ (eigen) waarbij respondent 1 soms bij terecht kan en 1 ‘gezinslid’ (eigen) die als niet van toepassing wordt ervaren. De resterende netwerkleden waaronder 2 ‘familieleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’ kan respondent 1 (bijna) altijd bij terecht. Respondent 2 kan soms terecht bij zijn 2 ‘gezinsleden’ (herkomst). De resterende netwerkleden waaronder een 1 ‘gezinslid’ (herkomst) en 2 ‘vrienden’ kan de respondent bijna altijd bij terecht voor informatie en advies.

Tabel 7c: Informatie en advies van het netwerk

	R3	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R4	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Vrienden	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Huisgenoot	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-

In tabel 7c kan respondent 3 over het algemeen voor informatie en steun bij al zijn netwerkleden. Het gaat om 3 ‘gezinsleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’ waarbij respondent 3 (bijna) altijd bij terecht kan. Hetzelfde geldt voor respondent 2 waarbij het gaat om 1 ‘familielid’, 1 ‘vriend’, 1 ‘hulpverlener’ en 1 ‘huisgenoot’. Hier kan respondent 4 (bijna) altijd terecht voor informatie en advies.

Tabel 7d: Informatie en advies van het netwerk

	R5	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R6	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	1	-	2	-	-	-	2	4	-	-
Hulpverleners	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-

In tabel 7d kan respondent 5 niet bij alle netwerkleden terecht als het gaat om informatie en advies. Het gaat om 2 ‘gezinsleden’ (eigen) en 1 ‘vriend’. De 2 ‘gezinsleden’ (eigen) waarbij respondent 5 niet bij terecht kan heeft te maken met de jonge leeftijd van de netwerkleden. De resterende netwerkleden waarbij respondent 5 (bijna) altijd terecht kan voor informatie en advies zijn 2 ‘vrienden’ en 2 ‘hulpverleners’. Respondent 6 kan over het algemeen wel terecht bij al zijn netwerkleden. Bij 4 ‘gezinsleden’ (herkomst) en 2 ‘vrienden’ kan respondent 6 soms terecht. De resterende 4 ‘vrienden’ kan respondent 6 (bijna) altijd bij terecht voor informatie en advies.

Tabel 7e: Informatie en advies van het netwerk

	R7	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing	R8	Kan ik (bijna) nooit bij terecht	Kan ik soms bij terecht	Kan ik (bijna) altijd bij terecht	Niet van toepassing
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	1	2	-	-	-	-	4	-	-
Familie	-	2	-	-	-	-	2	1	-	-
Vrienden	-	3	-	-	-	-	2	-	-	-
Hulpverleners	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-

In tabel 7e kan respondent 7 over het algemeen voor informatie en advies terecht bij al zijn netwerkleden. Het gaat om 1 ‘gezinlid’ (herkomst), 2 ‘familieleden’ en 3 ‘vrienden’ waarbij hij soms terecht kan voor informatie en advies. Bij de resterende 2 ‘gezinsleden’ (herkomst) en 1 ‘hulpverlener kan de respondent (bijna) altijd terecht voor informatie en advies. Hetzelfde geldt voor respondent 8 waarbij de respondent soms terecht kan voor informatie en advies bij 2 ‘familieleden’ en 2 ‘vrienden’. Bij de resterende 4 ‘gezinsleden’ (herkomst), 1 ‘familielid’ en 1 ‘hulpverlener’ kan respondent 8 (bijna) altijd terecht voor informatie en advies.

Tot slot wordt bij vraag 9 gevraagd naar de mate van nabijheid van het sociale netwerk. Dit houdt in dat er wordt gevraagd hoe dicht de netwerkleden bij respondenten staan en meer specifiek bij wie. In tabel 8a in zijn de resultaten in het algemeen hiervan terug te lezen. In de onderstaande tabellen wordt per respondent aangegeven hoe nabij de daadwerkelijke netwerkleden worden ervaren.

Tabel 8a De nabijheid van het sociale netwerk

Nabijheid	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)
Gezin (eigen)	2	-	7
Gezin (herkomst)	2	5	7
Familie	-	3	4
Vrienden	2	8	11
Hulpverleners	-	2	5
Huisgenoot	-	1	-

Tabel 8b De nabijheid van het sociale netwerk

	R1	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)	R2	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)
Gezin (eigen)	-	-	-	3	2	-	-	1
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	2	-	-	-	-
Vrienden	-	-	-	2	-	-	-	2
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	-

In tabel 8b ervaart respondent 1 over het algemeen al zijn netwerkleden als zeer nabij. Het gaat om 3 ‘gezinsleden’ (eigen), 2 ‘familieleden’, 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Respondent 2 ervaart 2 ‘gezinsleden’ als niet nabij. De resterende netwerkleden worden als zeer nabij ervaren. Het gaat om 1 ‘gezinlid’ (eigen) en 2 ‘vrienden’.

Tabel 8c De nabijheid van het sociale netwerk

	R3	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)	R4	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)
Gezin (eigen)	-	-	-	3	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	-	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	1
Vrienden	-	-	-	2	-	1	-	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	1
Huisgenoot	-	-	-	-	-	1	-	-

In tabel 8c ervaart respondent 3 over het algemeen al zijn netwerkleden als zeer nabij. Het gaat om 3 ‘gezinsleden’ (eigen), 2 ‘vrienden’ en 1 ‘hulpverlener’. Respondent 4 ervaart 1 ‘vriend’ en 1 ‘huisgenoot’ als beetje nabij. De resterende netwerkleden worden als zeer nabij ervaren. Het gaat om 1 ‘familielid’ (eigen) en 1 ‘hulpverlener’.

Tabel 8d De nabijheid van het sociale netwerk

	R5	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)	R6	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)
Gezin (eigen)	2	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	-	-	4	-	-
Familie	-	-	-	-	-	-	-	-
Vrienden	2	1	-	-	-	2	4	-
Hulpverleners	-	2	-	-	-	-	-	-

In tabel 8d ervaart respondent 5 niet iedereen even dichtbij. Het gaat om 2 ‘gezinsleden’ en 2 ‘vrienden’ die als niet nabij worden ervaren. De resterende netwerkleden worden als een beetje nabij ervaren. Het gaat om 1 ‘vriend’ en 2 ‘hulpverleners’. Respondent 6 ervaart 4 ‘gezinsleden’ (herkomst) en 2 ‘vrienden’ als beetje nabij. De resterende 4 ‘vrienden’ worden als zeer nabij ervaren.

Tabel 8e De nabijheid van het sociale netwerk

	R7	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)	R8	Niet nabij (afstandelijk/niet belangrijk)	Beetje nabij	Zeër nabij (dichtbij/zeer belangrijk)
Gezin (eigen)	-	-	-	-	-	-	-	-
Gezin (herkomst)	-	-	-	3	-	-	-	4
Familie	-	-	1	2	-	2	-	1
Vrienden	-	-	2	-	-	2	-	-
Hulpverleners	-	-	-	1	-	-	-	1

In tabel 8e ervaart respondent 7 over het algemeen de netwerkliden als nabij. Respondent 7 ervaart 1 'familielid' en 2 'vrienden' als beetje nabij. De resterende 3 'gezinsleden' (herkomst), 2 'familieliden' en 1 'hulpverlener' worden als zeer nabij ervaren. Respondent 8 ervaart 2 'familieliden' en 2 'vrienden' als beetje nabij. De resterende 4 'gezinsleden' (herkomst), 1 familielid' en 1 'hulpverlener' worden als zeer nabij ervaren.

4.2 De ervaringen van patiënten

Met behulp van een semigestructureerde interview wordt er antwoord gegeven op de tweede deelvraag. Aan de hand van de antwoorden die de respondenten geven wordt er in kaart gebracht hoe het sociale netwerk ervaren wordt.

Respondenten en hun delinquente netwerkliden

Het eerste onderwerp in het interview gaat over hoe de respondenten de netwerkliden ervaren die een delict hebben gepleegd. Alle 8 respondenten geven in eerste instantie aan dat zij het delict van de netwerkliden afkeuren. De volgende vraag gaat over waarom de respondenten er toch voor kiezen om met deze netwerkliden om te gaan. Hier geven 7 van de 8 respondenten aan dat de netwerkliden die een delict hebben gepleegd personen zijn die zij hebben leren kennen tijdens hun detentie, behandeling of in het speciaal onderwijs. Dit zijn volgens de respondenten netwerkliden die wel contact willen onderhouden met de respondenten. Andere netwerkliden hebben het contact in het verleden verbroken doordat de respondenten een delict hebben gepleegd. De resterende respondent heeft afstand gedaan van zijn delinquente netwerkliden. De respondent geeft aan dat hij van mening is dat delinquente netwerkliden een risico vormen voor terugval. De volgende vraag gaat over of de respondenten het contact met de netwerkliden behouden zodra de netwerkliden opnieuw een delict begaan. Hier geven 3 respondenten aan dat het delict bepalend is of zij nog contact willen onderhouden met de desbetreffende netwerkliden. De 4 resterende respondenten geven aan dat zij direct het contact verbreken. 2 respondenten verbreken het contact doordat zij dit hun kinderen niet willen aandoen. De andere 2 respondenten geven aan dat het een risico vormt voor hen doordat het de kans op een terugval vergroot.

Respondenten en hun kritische netwerkliden

Het tweede onderwerp in het interview gaat over hoe de respondenten kritiek van netwerkliden op hun delict ervaren. Hier geven 7 van de 8 respondenten aan dat zij het kritiek begrijpen en snappen dat zij hun sociale netwerk pijn hebben gedaan. 1 respondent geeft aan dat hij het delict niet gepleegd heeft, maar wel de pijn van de netwerkliden begrijpt. De volgende vraag gaat over of de respondenten nog steeds kritiek ontvangen van hun netwerkliden. Hier geeft van de 8 respondenten 1 respondent aan dat zijn partner erg betrokken is bij zijn behandeling. De respondent geeft aan dat zodra hij de 'kantjes' ervan af loopt, zijn partner hem hierop aanspreekt. Dit wordt door de respondent als prettig ervaren. Een andere respondent heeft een vriendin op vriendschappelijk basis die hem helpt met praktische zaken, ook zij spreekt hem erop aan zodra de respondent bepaalde zaken niet op orde heeft. Deze respondent geeft aan dat hij de kritiek als prettig ervaart. De 6 resterende respondenten geven aan dat zij wel netwerkliden hebben die kritisch kunnen zijn, alleen zijn zij niet kritisch. De 6 respondenten geven echter wel aan dat zij open staan voor kritiek vanuit hun sociale netwerk. De laatste vraag rondom dit onderwerp gaat over sociale controle. Hier wordt de respondenten gevraagd of zij open staan voor sociale controle vanuit het sociale netwerk. Hier geven 2 respondenten aan dat zij al sociale controle ontvangen van hun sociale netwerk en dit als prettig ervaren. De 6 resterende respondenten geven aan dat zij open staan voor sociale controle. Deze respondenten geven aan dat sociale controle hun steun zal bieden in meerdere opzichten waaronder in het omgaan met vrijheden.

Respondenten en hun contact

Het derde onderwerp gaat over hoe de respondenten de contact frequentie met het sociale netwerk ervaren. Hier geven alle 8 respondenten aan dat zij de mate van het contact met de netwerkliden als prettig ervaren. De volgende vraag gaat over wat de frequentie in contact de respondenten oplevert. 6 respondenten geven

aan dat het zorgt voor afleiding. Met afleiding doelen de respondenten op afleiding van drugs of verveling. Afleiding voor de respondenten ontstaat zodra zij bijvoorbeeld met netwerkliden praten over hoe bepaalde therapieën zijn verlopen, humor of gedachten uitwisselen. De 2 resterende respondenten geven praktische voorbeelden waaronder dat de mate van frequentie in contact hen helpt bij het herinneren van belangrijke afspraken, medicatie inname of taken die moeten worden uitgevoerd. De respondenten geven aan dat zij het gevoel krijgen dat zij hierdoor beter voorbereid zijn op het leven na hun behandeling.

Respondenten en concrete steun

Het vierde onderwerp gaat over hoe de respondenten concrete steun van hun sociale netwerk ervaren. Hier geven 7 van de 8 respondenten aan dat zij concrete steun als prettig ervaren. Het prettige zit volgens de 8 respondenten hem in de hulp die de netwerkliden bieden. De eerste respondent geeft een voorbeeld waarin zijn sociale netwerk hem helpt bij het inrichten van zijn kamer. De netwerkliden die hem hierbij hebben geholpen zijn vrienden en hulpverleners. De tweede respondent geeft een voorbeeld waar een zus hem helpt bij het ordenen van zijn financiën. Daarnaast geeft wederom de derde respondent een praktisch voorbeeld waarin een vriend de respondent helpt bij het plakken van een fietsband. De vierde en vijfde respondent geven ook praktische voorbeelden waarbij zij voornamelijk terecht kunnen bij de hulpverlening. De 2 resterende respondenten geven ook praktische voorbeelden waar met name gezinsleden (herkomst) concrete steun bieden. De respondent die geen concrete steun krijgt geeft aan dat hij geen concrete steun nodig heeft, de respondent is van mening dat hij alles vanaf nu zelf moet doen. Volgens deze respondent heeft hij er zelf voor gezorgd dat hij in de problemen is gekomen. Hij vindt dat hij er zelf moet uit zien te komen. Zijn sociale netwerk geeft echter wel aan concrete steun te willen verlenen. De respondent geeft ook aan open te staan voor concrete steun wanneer het 'echt' nodig is. De volgende vraag gaat over wat concrete steun de respondenten oplevert. Hier geven alle 8 respondenten aan dat het hen het gevoel geeft dat zij belangrijk zijn voor hun sociale netwerk. De respondenten geven aan dat het hen dit motivatie en kracht geeft om de behandeling af te ronden.

Respondenten en emotionele steun

Het vijfde onderwerp gaat over hoe de respondenten emotionele steun van hun sociale netwerk ervaren. Alle 8 respondenten geven aan dat zij emotionele steun fijn vinden. De 8 respondenten geven verschillende redenen waarom zij deze emotionele steun als fijn ervaren. De eerste respondent geeft aan dat hij door middel van emotionele ondersteuning in het laatste onderdeel van zijn behandeling terecht is gekomen. In dit geval gaat het om momenten waarin de respondent een luisterend oor nodig heeft om zijn hart te luchten. Met name ontvangt deze respondent emotionele steun van zijn schoonzus en een vriend. De tweede respondent geeft aan dat het krijgen van emotionele steun hem rust geeft. De rust wordt volgens de respondent gecreëerd wanneer hij zijn verhaal kwijt kan bij zijn netwerkliden. In dit geval gaat het om gezinsleden (herkomst). De derde respondent ervaart emotionele ondersteuning als een afweermechanisme tegen stress. De respondent geeft aan dat een vriend en een hulpverlener met hem praten over stressvolle situaties. Het gevolg hiervan is dat hij beter met stressvolle situaties om kan gaan. De vierde respondent geeft net als de vorige respondent aan dat hij weerbaarder is tegen stressvolle situaties door met zijn partner te praten over stressvolle situaties. De resterende 4 respondenten geven aan dat het hen rust geeft, doordat zij kunnen praten over verschillende problemen met hun netwerkliden. De vijfde en zesde respondent praten met name met hun vrienden hierover, de zevende en achtste respondent praten met hun gezinsleden (herkomst) over lastige situaties. De volgende vraag gaat over welk gevoel de respondenten krijgen door te praten met netwerkliden over emotioneel gerelateerde situaties. Hier geven alle 8 respondenten geven aan dat zij het gevoel krijgen erkent te worden, met als gevolg, motivatie en kracht om door te gaan met de behandelingen.

Respondenten en informatie en advies

Het zesde onderwerp gaat over hoe de respondenten informatie en advies van hun sociale netwerk ervaren. Hier geven alle 8 respondenten aan dat zij advies en informatie van sociale netwerk als prettig ervaren. De

eerste respondent geeft aan dat het prettige hem zit in de informatie over zijn ziektebeeld en hoe hij beter om kan gaan met situaties die door hem als lastig worden ervaren. De hulpverlening geeft de respondent hier informatie en advies over. De tweede respondent praat met name over praktische zaken met zijn netwerkleden. In dit geval gaat het over bankzaken, telefoonabonnementen of huurtoeslagen. Het gaat om een gezinslid (eigen) en een vriend. De derde, vierde en vijfde respondent krijgen met name informatie en advies over hun ziektebeeld en gedrag van hun hulpverleners. Het sociale netwerk wordt niet genoemd. De zesde respondent krijgt veelal informatie en advies over zaken die zich binnen de kerk afspelen. Deze informatie wordt gegeven door zijn vrienden. De zevende respondent krijgt informatie en advies over zijn ziektebeeld en gedrag van de hulpverlening. De achtste respondent krijgt ook informatie en advies over zijn ziektebeeld en gedrag van de hulpverlening. Daarnaast krijgt deze respondent ook informatie en advies over praktische zaken zoals auto's, huur, financiën en sport. Dit wordt vooral gedaan door gezinsleden (herkomst). De volgende vraag gaat over wat deze informatie en advies de respondenten oplevert. Hier geven 7 respondenten aan dat het hen beter voorbereid op het leven na de behandeling. De resterende respondent geeft aan dat het meer inzicht geeft over de regels binnen de kerk.

Respondenten en de nabijheid van hun netwerk

Het zevende onderwerp gaat over hoe de respondenten de nabijheid van hun sociale netwerk ervaren. Hier geven 6 van de 8 respondenten aan dat zij de mate van nabijheid dusdanig waarderen dat het hen motivatie geeft om door te gaan met hun behandeling. Van de 2 resterende respondenten geeft er 1 aan dat de nabijheid het gevoel geeft dat de respondent belangrijk is voor zijn sociale netwerk. De laatste respondent geeft aan dat het een mooie band is die hij elke dag koestert. Tot slot geven alle respondenten rondom dit onderwerp aan dat zij geen behoefte hebben aan het opnieuw moeten missen van hun netwerkleden.

5. Conclusie

In dit onderzoek is gekozen om het sociale netwerk van 8 mannelijke forensische patiënten in kaart te brengen en te onderzoeken hoe de patiënten hun sociale netwerk ervaren. In het verlengde daarvan is nagegaan in hoeverre de mannelijke forensische patiënten van FBW Twente een ondersteunend sociaal netwerk hebben dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij. De instrumenten die gehanteerd zijn om data te verzamelen zijn een literatuuronderzoek, FSNA vragenlijst en een semigestructureerd interview.

5.1 Hoe omschrijven de patiënten hun eigen sociale netwerk?

Uit de FSNA vragenlijst is gebleken dat patiënten hun sociale netwerk omschrijven als een netwerk dat veelal bestaat uit gezinsleden (eigen en herkomst), familieleden, vrienden en hulpverleners. De kenmerken van deze netwerkleden verschillen. Het opvallende aan één van deze kenmerken is dat ieder sociaal netwerk minimaal over één persoon beschikt met een delinquent verleden. De theorie geeft aan dat deviante contacten een verklaring kunnen zijn voor het opnieuw begaan van een delict (Knecht, et al., 2010; Sutherland, 1939). Voor de opdrachtgever Transfore is het dus van belang dat deze risicofactoren worden gereduceerd en beschermende factoren op het gebied van sociale bindingen worden gestimuleerd (Bouman, De Ruiter & Schene, 2009; Hartwell & Orr, 1999; Lamb e.a., 1999; Nedopil & Banzer, 1996). Op deze manier wordt het persoonlijke herstelproces van de patiënten bevorderd en staat de door Transfore geleverde zorg meer in lijn met de toekomstige wetgeving. Het volgende dat opvalt is dat een grote groep netwerkleden kritiek hebben op het delict van de patiënten, met uitzondering van een klein aantal delinquente netwerkleden. Het sociale netwerk van de patiënten is dus in staat om deviant gedrag af te keuren. Dit duidt erop dat het sociale netwerk in staat is deviant gedrag te herkennen, waardoor het aannemelijker wordt dat toekomstige risicovolle situaties gesignaleerd kunnen worden. Het sociale netwerk kan op deze manier toezien op de gesteldheid van de patiënt waardoor onder andere risicogedrag vroegtijdig gesignaleerd kan worden (McCann, McKeown & Porter, 1996). Het sociale netwerk vervult daarmee een belangrijke rol doordat het de kans op recidive verkleint met als gevolg dat patiënten zoveel mogelijk kunnen blijven participeren. In het geval van contactfrequentie valt het op dat patiënten frequent contact hebben met gezinsleden (eigen en herkomst),

vrienden en hulpverleners. De frequentie en intensiteit van het contact met individuen die crimineel gedrag vertonen zijn in dit geval bepalend voor het overgaan tot crimineel gedrag (Sutherland, 1939). Zoals reeds genoemd is het ook in dit geval wenselijk dat contact met individuen die crimineel gedrag vertonen gereduceerd worden en beschermende factoren op het gebied van sociale bindingen gestimuleerd worden (Bouman, De Ruiter & Schene, 2009; Hartwell & Orr, 1999; Lamb e.a., 1999; Nedopil & Banzer, 1996). Als het gaat om steun ontvangen de patiënten concrete steun, emotionele steun en informatie en advies. Het sociale netwerk van de patiënten is bereid ondersteuning te bieden, waardoor patiënten beter om kunnen gaan met stress en weerbaarder zijn tegen problemen die ze tegenkomen tijdens de resocialisatiefase (Bales & Mears, 2008). Dit wijst erop dat het sociale netwerk een positieve invloed heeft op de resocialisatie en het voorkomen van recidive (Berg & Heubner, 2011; Shapiro & Schwartz, 2001). De familie creëert een emotioneel schild om stressvolle uitdagingen en ervaringen die ontstaan bij ontslag en aanpassen aan de maatschappij aan te gaan (Agnew, 2005; Maruna, 2001). Deze buffer kan ervoor zorgen dat de behoefte aan crimineel gedrag afneemt of weg blijft. Het is dus van belang dat dit sociale netwerk deze steun blijft geven om zodoende een beschermde factor te zijn en te helpen bij een succesvolle terugkeer. Dit alles maakt duidelijk dat het sociale netwerk het resocialisatieprogramma van Transfore kan verbeteren. Hetgeen dat opvalt bij de nabijheid van het sociale netwerk is dat gezinsleden (eigen en herkomst) van de patiënt dichtbij staan. De patiënten zoeken hun emotionele steun meer bij gezinsleden dan vrienden. Dit kan verklaard worden doordat de familie al langer betrokken is bij de patiënt, dus voor het delict. Deze banden gaan verder terug.

5.2 Hoe wordt het sociale netwerk door de patiënt ervaren?

Uit het semigestructureerde interview is gebleken dat patiënten de netwerklleden met een delinquent verleden niet anders dan andere netwerklleden ervaren. De patiënten geven aan dat deze netwerklleden ook een kans moeten hebben om weer deel te kunnen nemen aan de maatschappij. In hoeverre deze netwerklleden delict gedrag vertonen is onderzocht. Echter keuren de patiënten het delict van de netwerklleden wel af, alleen zijn een aantal patiënten van mening dat deze netwerklleden geen risico vormen. Stel dat een netwerklid opnieuw delict gedrag vertoont dan geven een aantal patiënten aan dat zij niet direct het contact zullen verbreken. Het gepleegde delict is doorslaggevend voor het feit of de patiënt wel of geen contact meer wil. Dit wijst erop dat een aantal patiënten niet in staat zijn risico's van een sociaal netwerk in te kunnen schatten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een patiënt beperkte sociale en relationele vaardigheden heeft, weinig probleemoplossend heeft en weinig inzicht heeft in factoren die probleemgedrag veroorzaken (Bogaerts & Spreen, 2011). In tegenstelling tot de andere groep patiënten zijn zij wel in staat afstand te nemen ongeacht het delict. Dit alles maakt duidelijk dat een patiënt ondersteuning nodig heeft in het selecteren van netwerklleden die een beschermende factor zijn. Wat betreft het ontvangen van kritiek op het delict waarvoor patiënten veroordeeld zijn, kan gesteld worden dat de patiënten luisteren naar de door het sociale netwerk geleverde kritiek. Het kunnen ontvangen van kritiek speelt een belangrijke rol wanneer er sprake is van deviant gedrag. Dit inzicht zorgt ervoor dat toekomstige risicovolle situaties beter in kaart gebracht kunnen worden. Het sociale netwerk kan de patiënt aanspreken op dit gedrag en fungeren als een signaalfunctie. Deze signaalfunctie heeft te maken met het feit dat het sociale netwerk dicht bij de patiënt staat waardoor risicovol gedrag door hen op tijd gesignaleerd kan worden (McCann e.a., 1996). Een eventuele spanningsbron voor de patiënt kan op dat moment bespreekbaar worden gemaakt (Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007; Spreen, Pomp & Vermeulen, 2006). Daarbij geven de patiënten aan open te staan voor sociale controle, waardoor het sociale netwerk sociale controle kan uitoefenen door de patiënt te volgen om zodoende recidive te voorkomen, met als gevolg dat patiënten zoveel mogelijk kunnen blijven participeren. Eveneens staat deze samenwerking meer in lijn met de toekomstige wetswijziging. Als het gaat om de contact frequentie tussen de patiënten en netwerklleden, dan wordt dat door de patiënten als prettig ervaren. Dit komt mede doordat het frequente contact voor afleiding zorgt. Deze afleiding heeft een beschermende werking doordat patiënten minder geneigd zijn terug te vallen in oud gedrag. Dit wijst erop dat contact frequentie mede invloed heeft op de voorbereiding van de patiënt. Het sociale netwerk heeft namelijk belang bij een goede voorbereiding zodra de patiënt weer in de maatschappij terugkeert (Berg & Heubner, 2011; McCann e.a.,

1996; Shapiro & Schwartz, 2001; Skipworth & Humberstone, 2002). Om meer in lijn te komen met de toekomstige wetwijziging en het optimaliseren van het resocialisatiebeleid, is het voor Transfore wenselijk dat het sociale netwerk goed geïnformeerd is over het ziektebeeld en de bijkomende risicofactoren van de patiënt. Op deze manier kan het sociale netwerk de patiënt beter ondersteunen en weten ze beter waar ze aan toe zijn zodra de patiënt terugkeert. Als het gaat om steun, ervaren de patiënten de concrete, emotionele steun en informatie en advies die zij ontvangen als prettig. Het geeft hen het gevoel dat zij belangrijk zijn voor anderen waaruit de patiënten motivatie halen om door te gaan met hun behandeling. Echter wordt deze steun alleen verleend door personen die de patiënten als nabij ervaren. Dit wijst erop dat het van belang is dat de patiënten deze banden behouden om zodoende de kans op recidive te verkleinen.

5.3 In hoeverre hebben mannelijke forensische patiënten van FBW Twente een ondersteunend sociaal netwerk dat bijdraagt aan een voorspoedige re-integratie in de maatschappij?

Door de deelvragen samen te voegen wordt de hoofdvraag beantwoord. In dit geval kan gesteld worden dat de patiënten beschikken over netwerkleden die ondersteuning kunnen bieden om zodoende een voorspoedige re-integratie in de maatschappij te kunnen realiseren. De netwerkleden moeten daarbij wel voldoen aan een aantal eisen: 1) De netwerkleden moeten geen crimineel gedrag vertonen. 2) Het sociale netwerk moet steun bieden, het gaat om praktische en emotionele steun, maar moet ook informierend en adviserend zijn. 3) Het sociale netwerk moet sociale controle uitoefenen om zodoende de patiënt in beeld te houden en in te kunnen springen wanneer nodig. Hier heeft contact frequentie een belangrijke rol, doordat steun vooral gezocht wordt bij mensen waarbij de frequentie hoog ligt. Op deze manier blijven de netwerkleden nabij en blijft de kans op recidive klein.

5.4 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat de afname van een verkorte FSNA slechts een gedeelte verteld over het sociale netwerk van de patiënten. De eerste aanbeveling is daarom dat een volledige afname van de FSNA wordt uitgevoerd om meer inzicht te geven over de structuur van het sociale netwerk van de patiënten. Op deze manier worden beschermende en delictbevorderende factoren beter in kaart gebracht. Het is namelijk zo dat wanneer een sociaal netwerk een risico vormt voor het herstel van een patiënt, dan wordt dit met behulp van de FSNA blootgelegd en kan individueel risicomanagement worden opgesteld (Pomp, Hendriks, Kremer & Spreen, 2007; Spreen, Pomp & Vermeulen, 2006). Daarom is het van belang, gezien de doelstelling van dit onderzoek, te weten welke netwerkleden juist gezien kunnen worden als protectief.

Het opvallende in dit onderzoek is namelijk dat forensische patiënten open staan voor sociale controle van hun sociale netwerk. Een volgende aanbeveling is daarom dat netwerkleden een bijdrage kunnen leveren aan het houden van toezicht. Een voordeel van het betrekken van de netwerkleden bij toezicht, is dat ze de patiënt zien in situaties waar de FBW geen zicht op heeft. Daarnaast zou het betrekken van de 'juiste' netwerkleden kunnen leiden tot een toename van sociale controle. Het effect hiervan zal in vervolgonderzoeken nader onderzocht kunnen worden. Hierbij is het wel van belang dat de betrokken netwerkleden geen risicofactor voor de patiënt zijn. Volgens Lindenberg (2001; 2008) heeft sociale controle een positievere invloed als dit vanuit gewenste contacten verloopt. Sociale controle zal vanuit ongewenste contacten mogelijk negatieve invloed hebben op het functioneren van de patiënt.

Een derde aanbeveling is dat patiënten psycho-educatie krijgen over het belang van het hebben van een protectief sociaal netwerk. Door uitbreiding van de interviews met als basis de FSNA, krijgt men zicht op deviante netwerkleden, spanningsbronnen en risicofactoren. Vanuit de hulpverlening is het dan noodzakelijk om samen met de netwerkleden die het behandelbeleid niet ondersteunen te gaan praten.

Een laatste aanbeveling is dat patiënten meer kennis kunnen hebben over het belang van controle door eigen netwerk in samenwerking met de controle van de FBW bij het resocialisatietraject. Door een betere kennis hiervan zal waarschijnlijk de weerstand voor onder andere de screening minder kunnen worden. Tegelijk kan er wellicht beter een op maat gemaakte regeling komen voor de regels betreffende verlof en de screening.

Ook dat zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren om de weerstand hiertegen te verkleinen.

5.5 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Sterke punten

Een sterk punt in het onderzoek is de wijze waarop het literatuuronderzoek tot stand is gekomen. Dit komt doordat de studies op basis van twee stappen zijn geselecteerd. Bij de eerste stap is een initiële selectie gemaakt door de studies te selecteren op basis van hun titel en samenvatting. Bij de tweede stap wordt de volledige tekst van de geselecteerde studies achterhaald en screenend doorgelezen om te controleren of ze antwoord geven op de desbetreffende deelvragen. Ter aanvulling op de digitale zoekopdrachten wordt aan de hand van dezelfde twee stappen een handmatige zoekopdracht uitgevoerd door de literatuurlijsten van geschikt bevonden studies te bestuderen. Dit wordt gedaan om er zeker van te zijn dat alle relevante bronnen in het onderzoek worden opgenomen. Tot slot om de kwaliteit van deze studies te borgen wordt er gekeken naar hoe vooraanstaand bepaalde bronnen zijn om zodoende de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergoten. De manier waarop de kwaliteit van een artikel gemeten wordt gebeurt door te kijken of de artikelen in de elektronische databanken van Web Of Science en Science Citation Index voorkomen en hoe vaak deze geciteerd zijn. Deze databanken beschikken over wetenschappelijk literatuur die door vakgenoten zijn beoordeeld. Een volgend sterk punt uit het onderzoek is de wijze waarop de interviews gecombineerd worden. Hierbij is gebruik gemaakt van de FSNA vragenlijst en een semigestructureerde interview, waardoor antwoorden goed met elkaar te vergelijken zijn. Daarnaast zijn de uitkomsten van de interviews verschillend met als gevolg een bijdrage aan een bredere en kritische visie (triangulatie) op het beleid betreffende het sociale netwerk van forensische patiënten in de resocialisatiefase. De wijze waarop het interview is afgenomen is eveneens een sterk punt. De onderzoeker heeft alle patiënten de ruimte gegeven het interview in eigen ruimte af te nemen waar zij zelf verblijven en privé is. Voorafgaand aan het interview is door de onderzoeker geprobeerd de respondent op zijn gemak te laten voelen door een praatje vooraf en een korte uitleg over het interview. De interviews zijn samen met de respondent gepland en hierbij is zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van de respondent. De kans op storen wordt kleiner hierdoor en er wordt door de respondent tijd uitgetrokken. Tot slot zijn er aan het einde nog open vragen gesteld waardoor patiënten eventueel nog zaken konden vertellen die ze bij het eerdere onderdeel niet hebben vermeld.

Zwakke punten

Door de beperkingen van het onderzoek en het gering aantal respondenten moeten de onderzoeksresultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Om de implicaties van deze resultaten te vertalen naar praktische toepassing, zal dan ook verder onderzoek nodig zijn. Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten moet rekening worden gehouden met de volgende beperkingen van het onderzoek: 1) Een beperking van het onderzoek heeft te maken met het gebruik van de verkorte FSNA. Vanuit praktische overwegingen zijn voor dit onderzoek verkorte FSNA vragenlijsten gebruikt. Bij een volledig FSNA wordt met de patiënt in 4,5 uur een interview gehouden, verdeeld over drie sessies. Dat heeft mogelijk een grotere invloed dan een patiëntinterview van 1,5 uur waarbij alleen het huidige netwerk in kaart wordt gebracht. Een gewone FSNA heeft daarom mogelijk een groter interveniërend effect dan de verkorte FSNA, maar vanwege de tijdsduur van het onderzoek is het niet mogelijk om dat uit te zoeken. 2) In het semigestructureerde interview staan de ervaringen van patiënten centraal. De verkregen data van de respondenten zijn tot stand gekomen door de herinneringen en meningen van de desbetreffende respondenten. Doordat de antwoorden subjectief van aard zijn is het mogelijk dat de subjectiviteit effect heeft op de betrouwbaarheid en de resultaten en waarschijnlijk dus ook op de eindconclusie. 3) Doordat het onderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker, is het niet mogelijk om met een mede-onderzoeker te overleggen over bepaalde theorieën, methodes, onderzoeksresultaten enzovoort. Hierdoor bestaat de kans dat interpretaties gemist zijn. 4) Doordat het onderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker is er slechts gekozen voor acht respondenten. Echter betekent dit voor het onderzoek dat de externe validiteit laag is. Dit komt doordat dit onderzoek niet volledig vertaald kan worden naar andere vormen van forensisch beschermd wonen, doordat er slechts 8 respondenten

deelnemen aan dit onderzoek. Het is (vrijwel) ondoenlijk om alle personen of eenheden in de populatie te ondervragen. In dit onderzoek is daarom een deel van de populatie benaderd. Het gevolg hiervan is dat er geen sprake is van interbeoordelaarbetrouwbaarheid (Verhoeven, 2010). Voor een volgend onderzoek is het daarom meer dan wenselijk dat er meer respondenten deelnemen waardoor meer waarde aan de uitkomsten kan worden toebedeeld.

5.6 Discussie

In dit onderzoek is gekozen om het sociale netwerk van 8 mannelijke forensische patiënten van FBW Twente in kaart te brengen en te onderzoeken hoe de patiënten dit netwerk zelf ervaren. Bij het in kaart brengen van het sociale netwerk is de verkorte FSNA vragenlijst gebruikt om zodoende aan de hand van bevindingen een uitspraak te doen over het huidige sociale netwerk van de patiënten. Vanuit praktische overwegingen en de gestelde deadline van dit onderzoek is het niet mogelijk om een volledige FSNA uit te voeren, om die reden is er gebruik gemaakt van een verkorte FSNA vragenlijst. Hierdoor is het interveniërend effect kleiner dan de volledige FSNA, met als gevolg dat belangrijke informatie over het sociale netwerk achterwege blijft. Daarom moeten de resultaten van dit onderzoek met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Bij een volledig FSNA wordt met de patiënt in 4,5 uur een interview gehouden, verdeeld over drie sessies. Dat heeft mogelijk een grotere invloed dan een patiëntinterview van 1,5 uur waarbij alleen het huidige netwerk in kaart wordt gebracht. De volledige FSNA is uitgebreider dat ook meteen het minpunt is aan de FSNA: het is arbeidsintensief. De meerwaarde van de volledige FSNA is echter groot, omdat de FSNA een goede analyse geeft en omdat de uitkomsten aanknopingspunten bieden voor belangrijke behandelinterventies op cliëntniveau (Kremer, Stam & Pomp, 2013). Om die reden is het van belang dat naast de informatie die het geeft voor het risicomanagement, het net zo belangrijk is om met de resultaten van de FSNA aan de slag te gaan. Zodoende kan het sociale netwerk bijdragen aan de behandeling en komt Transfore meer in lijn met de toekomstige wetswijziging. Echter wordt over het algemeen te weinig gebruik gemaakt van de FSNA, waardoor een tal van behandelaspecten onberoerd blijven (Kremer, Stam & Pomp, 2013). Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat de FSNA-methode over het algemeen door de psychiatrische instellingen niet gezien wordt als een risicotaxatie-instrument (Nagtegaal, 2010).

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat de onderzoeker bekend is met de patiënten waardoor de kans bestaat dat respondenten niet in alle eerlijkheid hebben durven antwoorden. Het nadeel hiervan is dat er mogelijk waardevolle informatie achterwege is gebleven. Het achterhouden van informatie kan betekenen dat patiënten bang zijn dat de verkregen informatie doorspeeld wordt aan FBW Twente. Om dit zo goed mogelijk te ondervangen, hebben de patiënten de garantie gekregen dat de anonimiteit zo goed mogelijk wordt geborgen. Of deze garantie ook alle gewenste informatie geeft is nog maar de vraag. Door de wederzijdse bekendheid met patiënten bestaat ook de kans dat patiënten geneigd zijn een sociaal wenselijk antwoord te geven. Daarom zijn aan het einde van het interview open vragen gesteld waardoor de antwoorden zoveel mogelijk voortkomen uit de patiënten zelf en zijn zo min mogelijk gestuurd door de onderzoeker. Het advies voor vervolgonderzoek is dan ook dat de uitvoering door een systeemgerichte hulpverlener wordt gedaan die geen directe behandelaar van de patiënten is. Deze keuze heeft niet alleen te maken met de sociale afstand, maar ook doordat een systeemgerichte hulpverlener een belangrijke schakel vormt in het oppakken van de uitkomsten van bijvoorbeeld een FSNA en zijn expertise kan inzetten voor de vertaalslag naar interventies (Kremer, Stam & Pomp, 2013). De resultaten geven echter wel een indicatie van een interveniërend effect van de FSNA. Op basis hiervan kan gesteld worden dat bij een herhaling van dit onderzoek, de resultaten hetzelfde zouden zijn en dat daarmee de resultaten van dit onderzoek valide zijn. Gezien het maatschappelijke belang van een voorspoedige resocialisatie van forensische patiënten is het daarom aan te bevelen om het interveniërende effect van de FSNA op grotere schaal te onderzoeken.

Referentielijst

- Agnew, R. (1992). Foundations for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30, 47-87.
- Agnew, R. (2005). *Why do criminals offend? A general theory of crime and delinquency*. New York: Oxford University Press.
- Alsem, I. (2005). *Het model van de levensloopbenadering. Een bouwsteen voor de discussie over de visie van welzijn. Maatschappelijke Ondernemers Groep*. Opgevraagd van <http://www.willieoldengarm.nl/site/wp-content/uploads/Maatwerketaanpak-eenzaamheid-.pdf>
- Baarda, D.B., & Goede, M.P.M., de, (2006). *Basisboek Methoden en Technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4^e herz. dr.). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bales, W.D., & Mears, D.P. (2008). Inmate social ties and the transition to society: Does visitation reduce recidivism? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45, 287- 321.
- Baumeister R. F. (1991). *Meanings of life*. Londen/New York: The Guilford Press.
- Berg, M.T., & Heubner, B. (2011). Reentry and the ties that bind: An examination of relational ties, employment and recidivism. *Justice Quarterly*, 28, 382-410.
- Boeije, H. (2010) *Analysis in qualitative research*. London: Sage.
- Boer, N., de & Lans, J., van der (2011). *Burgerkracht: De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(3), 141-159.
- Borgesius, E. (1994). *Hulpverleners en familie: partners in de zorg: Een handleiding voor hulpverleners in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.
- Bouman, Y. H. A., Ruiter, C. de, & Schene, A. H. (2009). Social ties and short term self- reported delinquent behaviour of forensic personality disordered outpatients. *Legal and Criminological Psychology*, 15, 357-372. doi: 10.1348/135532509X444528.
- Bovenkamp, H. van de, & Trappenburg, M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- Brink, C., Lucassen, A., Middelaar M. & Poll, A. (2012), *Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties*. Utrecht: Movisie.
- Bruinsma, G.J.N. (2001). Differentiële-associatie en sociaal leren. In E. Lissenberg, S. van Ruller, & R. van Swaaningen (Eds.), *Tegen de regels IV: Een inleiding in de criminologie* (pp. 119-133). Nijmegen: Ars Aequi Libri.
- Bryman, A. (2012) *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.

Claassen, R. (2011). *Het Huis van de Vrijheid*. Amsterdam: Ambo/Anthos.

Donkers, G. (2003). *Zelfregulatie: Een contextueel sturingsconcept van sociale interventies*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Eaves, D., Lamb, D., & Tien, G. (2000). Forensic Psychiatric Services in British Columbia International. *Journal of Law and Psychiatry*, 23, 615-631.

Ewijk, H. van, (2006). De Wmo als instrument in de transformatie van de welvaart en als impuls voor vernieuwing van het sociaal werk. *Sociale Interventie*. 15.3, 5-16.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (z.j.) *Forensische Zorg*. Opgevraagd van <https://www.efp.nl/forensische-zorg>

Goffman, E. (1994). *Totale instituties*. Rotterdam: Universitaire Pers.

Gruenberg, E. M. (1967). The social breakdown syndrome: Some origins. *The American Journal of Psychiatry*, 123(12), 1481- 1489.

Hairston, C.F. (1988). Family ties during imprisonment: Do they influence future criminal activity? *Federal Probation*, 48, 48-52.

Heilbrun, K., & Peters, L. (2000). *Community-based Treatment Programmes. Violence. Crime and Mentally Disordered Offenders*. Hoboken: John Wiley & Sons.

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

Hoeben, E., Spreen, M., Berg, M. van den, & Bogaerts, S. (2011). Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling – Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Strafrechtspleging*, 90(1), 26-41.

Knecht, A., Snijders, T.A.B., Baerveldt, C., Steglich, C.E.G., & Raub, W. (2010). Friendship and delinquency: Selection and influence processes in early adolescence. *Social development*, 19(3), 494-515.

Kremer, S., Stam, G., & Pomp, L. (2013). Een systematische blik op een delictvrije toekomst? Sociale-netwerkanalyse toegepast in een forensisch psychiatrisch centrum. *Systeemtherapie*, 25(3), 211-224.

Kuyvenhoven, J., & Marle, H.J.C. van (2007). Een hernieuwde evaluatie van de terbeschikkingstelling. *Pedagogiek*, 26(3), 262-273.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Lauriks, S., Buster, M.C.A., Wit, M.A.S. de, Weerd, S. van de, Tigchelaar, G., & Fassaert, T. (2012). *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD Amsterdam.

- Lindenberg, S. (2006). Prosocial behavior, solidarity, and framing processes. In D. Fetschhauer (Ed.). *Solidarity and prosocial behavior: An integration of sociological and psychological perspectives* (pp. 23-44). New York: Springer.
- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington: American Psychological Association.
- McCann, G., McKeown, M., & Porter, I. (1996). Understanding the needs of relatives of patiënts within a special hospital for mentally disordered offenders: A basis for improved services. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), p.346-352.
- Migchelbrink, F. (2013). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (z.j.). *Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen*. Opgevraagd van <https://www.dji.nl/over-dji/organisatiestructuur/divisie-forensische-zorg-justitiële-jeugdinrichtingen/index.aspx>
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2017). *Handboek Forensische zorg*. Den Haag: Divisie Forensische Zorg en Justitiële Inrichtingen.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2013). *Indicatiestelling Forensische Zorg*. Opgevraagd van <https://www.nifpnet.nl/Portals/0/IFZ/2013%20IFZ%20Brochure.pdf?ver=2013-01-21-135255-377>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg*. Opgevraagd van <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>
- Nagtegaal, M.H. (2010). *Risicotaxatie- en risicomangement methoden. Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland*. Den Haag: WODC.
- Nedopil, N., & Banzer, K. (1996). Outpatient treatment of forensic patients in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 75-79.
- Oppelaar, J., & Wittebrood, K. (2006). *Angstige burgers? De determinanten van gevoelens van onveiligheid onderzocht*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., & Verbrugge, L.M. (1999). Subjective well-being and social production functions. *Social Indicators Research*, 46(1), 61-90.
- Österwitz, I. (1994). *The Concept of Independent Living - a New Perspective in Rehabilitation*: Paper presented at HELIOS European workshop, Education to independent living Venice, Italy, 28 - 29 October 1994. Opgevraagd van www.independentliving.org
- Pomp, L., & Bogaerts, S. (2008). *Sociale netwerkanalyse in het tbs-systeem. Justitiële verkenningen. Sociale netwerkanalyse*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Pomp, L., Hendriks, G., Kremer, S., & Spreen, M. (2007). Een blik over de muren. *GGzet Wetenschappelijk*, 1(2), 29-53.

Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Völker, B. (2010). The role of personal social networks in risk assessment and management of forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 267-284.

Scholte, M. (2010). *Oude waarden in nieuwe tijden: Over de kracht van maatschappelijk werk in de 21e eeuw*. Utrecht: Movisie.

Shapiro, C., & Schwartz, M. (2001). Coming home: Building on family connections. *Corrections Management Quarterly*, 5, 52–61. Sutherland, E.H. (1939). *Principles of criminology*. Chicago: Lippincott Company.

Simpson, A.I.F., & Penney, S.R. (2011). Editorial The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 299–306.

Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: Restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412), 47-53.

Smith, M.J., Clarke, R.V., & Pease, K. (2002). Anticipatory benefits in crime prevention. *Crime Prevention studies*, 13(5), p. 71-88.

Spreen, M., Pomp, L., & Vermeulen, T. (2006). De methode van Sociale Netwerk Analyse toegepast in het forensische veld: Enige eerste stappen in forensische psychiatrisch- en cold case onderzoek. *Panopticon, tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk*, 26 (1), p. 1-12.

Transfore. (2016). *FBW (Forensisch Beschermd Wonen)*. Opgevraagd van <https://www.transfore.nl/fbw-forensisch-beschermd-wonen>

Veldhuizen, J.R. van, & Bähler, M. (2008). Het FACT model. In: Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. van (red.). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek?* (3e herz. dr.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning eigen regievoering en vraaggestuurde zorg*. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Bijlagen

Bijlage A: Vragenlijst verkorte FSNA

Respondentnummer:

(voorafgaand het interview de patiënt de toestemmingsverklaring laten tekenen)

Instructie afname

Dit interview is bedoeld om inzicht te krijgen in jouw sociale netwerk en de daarbij horende kenmerken. In dit interview zullen we als eerst jouw sociale contacten langslopen, vervolgens wordt er ingegaan op de kenmerken hiervan. Denk bijvoorbeeld aan contact frequentie met de netwerkliden. Voordat we gaan beginnen, kan ik me voorstellen dat je nog vragen heeft?

Gezin

- 1) Welke mensen uit je gezin wil je noemen?

De kopje gezin bestaat uit 'gezin herkomst'(H) en 'gezin eigen' gedeelte (E). In de eerstgenoemde komen leden van het gezin waarin je bent opgegroeid, ook als dit een pleeggezin betreft. In 'het gezin eigen' kun je indien je een eigen gezin hebt hier de namen plaatsen van bijvoorbeeld partner en of kinderen.

Familie

- 2) Welke andere familieleden wil je noemen?

Het kunnen mensen zijn bij wie je je goed voelt of je teleurgesteld hebben of mensen waar je gewoon mee e maken hebt. Denk hierbij aan ooms, tantes, neefjes, nichtjes en grootouders etc.

Vrienden

- 3) Zijn er vrienden of vriendinnen die je wilt noemen?

School/Werk

- 4) Mensen van school of werk?

Indien de patiënt zegt dat de mensen van school of werk reeds bij vrienden vermeld zijn, laat hen dan aanwijzen wie dat zijn en plaats er een S (school) of W(werk) voor.

Verenigingen

- 5) Zijn er mensen van clubs of verenigingen die je wil noemen?

Het kunnen mensen zijn bij wie je je goed voelt of je teleurgesteld hebben of mensen waar je gewoon mee e maken hebt.

Indien de patiënt zegt dat de mensen van school of werk reeds bij vrienden vermeld zijn, laat hen dan aanwijzen wie dat zijn en plaats een V(vereniging) voor.

Hulpverlening

- 6) Zijn er hulpverleners of mensen van andere instanties die nog niet genoemd zijn maar die volgens jou wel in de cirkel horen? Maak een onderscheid tussen hulpverleners die binnen en buiten de afdeling/kliniek werken (afdeling duidt bijvoorbeeld op FPA, kliniek of FPK)

Indien onderscheid wordt gemaakt tussen hulpverleners die binnen en buiten werken. Markeer de hulpverleners die binnen werken met (bi) aan en buiten met (bu).

Buren

- 7) Zijn er buren die je wilt noemen?

Indien deze mensen al genoemd zijn in een andere sector zet er dan CC voor.

Huisgenoten

- 8) Zijn er huisgenoten die je wilt noemen?
Indien deze mensen al genoemd zijn in een andere sector zet er dan CC voor.

Woonomgeving

- 9) Zijn er mensen uit je woonomgeving die je wilt noemen?
Indien deze mensen al genoemd zijn in een andere sector zet er dan CC voor.

“Het schema is nu stapsgewijs ingevuld. Kijk nog eens goed naar het ingevulde schema. Zijn dit de mensen die je wil noemen of wil je nog mensen toevoegen of schrappen?”

Om meer diepgang te creëren in het onderzoek ga ik over deze personen een aantal vragen stellen. Indien meer dan 15 personen zijn genoemd: Om het beantwoorden van de vragen eenvoudiger te maken, gaan we een aantal personen selecteren.

- 1) Hoe oud is deze persoon?
- 2) Is het een man of een vrouw?
- 3) Heeft deze persoon ooit een delict gepleegd? 1. Ja; 2. Nee; 3. Weet niet
- 4) Heeft deze persoon kritiek op je delict? 1. Ja; 2. Onverschillig; 3. Nee; 4. Delict niet bekend
- 5) Hoe vaak ontmoet je de mensen die je in het schema hebt beschreven? Met ontmoeten bedoel ik niet alleen elkaar zien maar ook elkaar spreken via telefoon en elkaar schrijven.

Er zijn verschillende mogelijkheden:

- Mensen die je nooit ontmoet (1)
- Mensen die je een enkele keer per jaar ontmoet (2)
- Mensen die je halfjaarlijks ontmoet (3)
- Mensen die je eens per kwartaal ontmoet (4)
- Mensen die je maandelijks ontmoet (5)
- Mensen die je om de elke twee weken ontmoet (6)
- Mensen die je wekelijks ontmoet (7)
- Mensen die je dagelijks ontmoet (8)

- 6) Wie zou je praktisch gezien helpen?
Bijvoorbeeld je helpen met het repareren van iets dat je niet alleen kan doen, of helpen met de afwas of huiswerk?
(1) kan ik (bijna) nooit bij terecht
(2) kan ik soms bij terecht
(3) kan ik (bijna) altijd bij terecht
(9) niet van toepassing
- 7) Wie zou je helpen als je problemen hebt waardoor je je rot voelt?
Bijvoorbeeld iemand die je troost als je verdrietig bent, die bij je is als je het moeilijk hebt en die naar je luistert als je vertelt hoe jij je voelt.
(1) kan ik (bijna) nooit bij terecht
(2) kan ik soms bij terecht
(3) kan ik (bijna) altijd bij terecht
(9) niet van toepassing
- 8) Wie zou je helpen met informatie of advies?
Bijvoorbeeld iemand die je informeert of adviseert bij het schrijven van een sollicitatiebrief, bij het aanvragen van huurtoeslag, een uitkering etc.

- (1) kan ik (bijna) nooit bij terecht
- (2) kan ik soms bij terecht
- (3) kan ik (bijna) altijd bij terecht
- (9) niet van toepassing

9) Denk nu even na over de richting van de steun. Steunen jullie elkaar evenveel of steunt de een meer dan de ander? Je kan op vier manieren antwoorden:

- (1) beiden net zoveel
- (2) jij steunt de nader meer dan hij/zij jou
- (3) de ander steunt jou meer dan jij haar/hem
- (9) niet van toepassing

10) Denk nu even na over de mate van kritiek die de door jou genoemde mensen hebben op jou doen en laten.

Bijvoorbeeld mensen die zich afkeurend uitlaten over je doen en laten. Ik bedoel met afkeurend dat jij jezelf door hun manier van kritiek geven minderwaardig, slecht of incapabel voelt. Je kan op vier manieren antwoorden:

- (1) geeft (bijna) nooit kritiek
- (2) geeft soms kritiek
- (3) geeft vaak of altijd kritiek
- (9) niet van toepassing

11) Denk nu even na over de mate van nabijheid in de relaties met de mensen die je hebt genoemd. Met de mate van nabijheid bedel ik in hoeverre je het gevoel hebt dichtbij iemand te staan. Zou je het contact missen als het er niet meer zou zijn? Met andere woorden hoe belangrijk is het contact met de verschillende personen voor je?

Je kan op drie manieren antwoorden:

- (1) niet nabij (afstandelijk)/niet belangrijk
- (2) beetje nabij
- (3) zeer nabij (dichtbij)/zeer belangrijk

Bijlage B: Sociaal netwerkschema

Respondent nummer:	Sector 1. Gezin (eigen/herkomst)		1. Leeftijd:	2. Geslacht:	3. Crimineel:	4. Houding delict:	5. Contact frequentie:	6. Concrete steun:	7. Emotionele steun:	8. Informatie / advies:	9. Nabijheid / belang:
Datum afname:	2. Familie										
Geboorte- datum:	3. Vrienden										
	4. School/Werk										
	5. Verenigingen										
	6. Hulpverleners (bi/bu)										
	7. Buren										
	8. Huisgenoten										
Naam:	9. Woonomgeving										
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

Bijlage C: Verdiepende vragenlijst

- 1) **Hoe denk je erover dat deze persoon of personen een delict hebben gepleegd?** *Keur je dit goed, waarom? Keur je dit af, waarom? In hoeverre is hij of zij een risico voor jou? Zo ja, waarom? Zo niet, waarom? Hoe denken anderen over deze persoon of personen? Ben je het hiermee eens?*
- 2) **Hoe denk je erover dat deze personen kritiek hebben op jouw delict?** *In hoeverre ervaar je dit? Wat vind je hiervan?*
- 3) **De mensen die je beschreven hebt en hoe vaak je die ontmoet, wat vind je hiervan?** *Hoe beïnvloedt dit jouw behandeling? Welke voordelen of nadelen heeft dit nog meer?*
- 4) **De mensen die concrete steun verlenen, wat vind je hiervan?** *Wat betekent concrete steun voor jou? In hoeverre helpt dit jou? Hoe ziet deze concrete steun er voor jou uit?*
- 5) **De mensen die emotionele steun verlenen, wat vind je hiervan?** *Wat betekent emotionele steun voor jou? In hoeverre helpt dit jou? Hoe ziet deze emotionele steun er voor jou uit?*
- 6) **De mensen die informatie of advies geven, wat vind je hiervan?** *Wat betekent het krijgen van informatie en advies voor jou? In hoeverre helpt dit jou? Hoe ziet het krijgen van informatie er voor jou uit? Hoe denk je over het advies dat je krijgt?*
- 7) **Hoe denk je erover dat mensen kritiek hebben op jouw doen en laten?** *Wat doe jij zodra je kritiek krijgt? Wat doet dit met jou? In hoeverre zullen deze personen jouw gedrag in de toekomst afkeuren mits dit nodig is?*
- 8) **Hoe denk je erover dat sommige mensen dichtbij je staan?** *Wat doet dit met jou? Wat betekent dit voor jou? In hoeverre is dit helpend voor jouw behandeling?*

Bijlage D: Verklaring van toestemming

Hierbij verklaar ik dat ik bereid ben mee te werken aan het onderzoek naar het sociale netwerk van patiënten van FBW Twente. Ik heb een uitleg gekregen over wat het doel van dit onderzoek is. Het is mij duidelijk wat de voor- en nadelen zijn van deelname aan het onderzoek. Tevens is de aard en het doel van dit onderzoek mij helder. Hierbij verklaar ik ook dat ik op de hoogte ben van het feit dat bepaalde gegevens die relevant zijn voor het onderzoek zoals medische en justitiële gegevens gebruikt zullen worden voor dit onderzoek. Tevens is mij bekend dat dit onderzoek openbaar gemaakt zal worden op de hbo-kennisbank. Deze gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en worden geanonimiseerd verwerkt. De door mij verstrekte gegevens zullen enkel voor het onderzoek gebruikt worden en niet aan derden worden doorgegeven. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig en ik kan mij op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken. Mocht ik niet verder willen deelnemen aan het onderzoek dan zal dit geen consequenties hebben voor mijn behandeling. Deze verklaring is uitsluitend bestemd voor het betreffende onderzoek en verliest zijn geldigheid direct na afloop van het onderzoek.

Naam patiënt:

Handtekening:

Datum:

Bestemd voor onderzoeker

Hierbij bevestig ik dat ik aan patiënt, uitleg heb gegeven over het bovenstaande onderzoek.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum:

Bijlage E: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Jeffrey Everink
Adres	De Zanglijster 20
Postcode/woonplaats	7609 NH Almelo
Telefoonnummer	
Mobiel	06 51 70 86 09
Email	339873@student.saxion.nl
Opleiding	Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	Stichting Transfore – FBW Twente
Eindverantwoordelijke onderzoek	Miranda Moes
Onderzoeksbegeleider + opleiding	
Adres	Haven Noordzijde 45
Postcode/woonplaats	7607 ES Almelo
Telefoonnummer	0570 693 500
Email	m.moes@transfore.nl
De organisatie geeft wel/niet toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-487111
Email	
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	Sociaal netwerk van patiënten van FBW-Twente
Doelstelling/vraagstelling	Inzicht krijgen in het belang van een sociaal netwerk bij volwassen forensische patiënten in de resocialisatiefase en hoe de patiënt dit netwerk ervaart.
Projectomschrijving	Inventariserend onderzoek
Werkwijze	
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	
Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd)	Start: Juli
Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	Eind: November
Beoogde tussenproducten	Looptijd: 4 maanden
Producten ter beschikking	
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij";

voorzien van afspraken over de wijze van betaling, met name de termijn van de betaling en de wijze van betaling; investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

VOOR AKKOORD

Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding

Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling

Handtekening Student(en)

Datum en Plaats

A

Almelo, 16-10-2017

Bijlage F: Evaluatieformulier opdrachtgever

Evaluatieformulier opdrachtgever



Academie Mens en Maatschappij

EVALUATIE ONDERZOEKSOPDRACHT	
STUDENTGEGEVENS	
Naam	Jeffrey Everink
Onderwerp bacheloronderzoek	Het sociale netwerk van forensische patiënten die beschermd wonen.
Opleiding	MWD
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam organisatie + afdeling	Transfore, FBW Twente
Onderzoeksbegeleider	Martijn Gunnewijk
Adres	Haven Noordzijde 45
Postcode/woonplaats	7607 ES Almelo
Telefoonnummer	0546 684 000
Email	info@transfore.nl
Datum	15-01-2018

Hieronder kunt u aangeven wat uw mening is over het bacheloronderzoek.

1. Graag uw mening over het product dat het bacheloronderzoek heeft opgeleverd (aankruisen wat van toepassing is):

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Inhoud (duidelijk, juiste weergave van feiten, voldoende diepgang etc.)				x
Argumentatie (m.n. conclusies en aanbevelingen)				x
Bereiken van de afgesproken doelen				x
Bruikbaarheid voor de organisatie				x
Heeft u aanvullende opmerkingen over de opdracht? (bijvoorbeeld welke nieuwe gezichtspunten heeft het opgeleverd) Vermeld ze dan hieronder:				
- Het belang van het invoeren van NSFA - Het belang van meer contact met netwerkleden; meer betrekken bij de behandeling - Aandacht voor contact patient- sociotherapie				

2. Graag uw mening over de wijze waarop het bacheloronderzoek tot stand is gekomen:

	Onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
Samenwerking tussen studenten (o.a. taakverdeling)				x
Samenwerking studenten vs. organisatie				x
Zelfstandigheid studenten				x
Effectiviteit van werken van studenten				x
Omgaan met afspraken/planning				x
Communicatie van studenten				x
Afronding van de opdracht door studenten				x
Heeft u aanvullende opmerkingen over de wijze waarop de opdracht tot stand is gekomen? (bijvoorbeeld individuele inbreng in geval van groepen / de mate, waarin de uitvoering binnen de organisatie heeft plaatsgevonden, etc).				
Geen				

Bedankt voor het invullen!

Bijlage G: Toestemmingsformulier toegangsrechten

Toestemmingsformulier toegangsrechten (publicatie HBO-kennisbank via Post-it)



Academie Mens en Maatschappij

Met dit formulier geef ik wel/ geen toestemming voor publicatie van het full-text bachelor rapport.	
Naam student:	Jeffrey Everink
Studentnummer:	339873
E-mailadres:	339873@student.saxion.nl
Titel scriptie:	"Liever met dan zonder jultie"
Opleiding:	MWD
Datum:	15-01-2018
Handtekening student:	
Handtekening instelling:	

TOESTEMMING

☒	Hierbij geef ik toestemming voor publicatie van mijn bachelor rapport in de HBO-kennisbank. Mijn opdrachtgever gaat hiermee akkoord.
-------------------------------------	--

TOESTEMMING MET EEN EMBARGOPERIODE

☐	Hierbij geef ik toestemming voor publicatie van mijn bachelor rapport in de HBO-kennisbank na een embargoperiode van ____ maanden. Ook mijn opdrachtgever gaat hiermee akkoord.
--------------------------	---

GEEN TOESTEMMING

☐	Hierbij geef ik geen toestemming voor publicatie van mijn bachelor rapport vanuit de scriptiedatabank in de HBO-kennisbank. Ten behoeve van archivering van AMM wordt het bachelor rapport geplaatst in Post-it.
--------------------------	--