

Academiejaar 2014 – 2015

Tweedesebestesterexamenperiode

Een kwalitatief onderzoek naar de invloed van de interneringsmaatregel op het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad van Master of Science in de
Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Promotor: Prof. Dr. Stijn Vandevelde

01006614

Laura Thomas

“ . . . the greatest glory of living lies not in never falling but
in rising every time you fall”.

(NelsonMandela, 2014)

Woord van dank

Hoewel het doel van een masterproef het aanleveren is van een persoonlijk werkstuk dat blijk geeft van het meesterschap als orthopedagoog, is dit document geen *onemanshow*. Integendeel, de ondersteuning en het vertrouwen van velen hebben ertoe bijgedragen.

Allereerst wil ik de sociaal netwerkliden en professionelen die tijd hebben vrijgemaakt om deel te nemen aan het onderzoek bedanken. Hoewel het voor jullie alles behalve gemakkelijk was, waren jullie bereid jullie verhaal te delen.

Speciale dank gaat ook uit naar doctoraatstudente Sara Rowaert en promotor Prof. Dr. Stijn Vandevelde voor het beantwoorden van mijn vele e-mails en het geven van uitgebreide feedback. En ook Lieze Scholberg wil ik bedanken voor het delen van tips en het geven van een schouderklopje waar nodig. Bedankt allemaal voor de aangename samenwerking!

Ook Jean-Pierre Leenknecht zou ik graag willen danken voor het zorgvuldig nalezen van de tekst en het verbeteren van de taalkundige fouten.

Mijn ouders en zus wil ik bedanken voor de vele steun gedurende deze vijfjarige opleiding. Dankjewel dat ik de kans kreeg te gaan studeren en mijn droom na te jagen. Jullie zijn mijn rots in de branding!

Diederik, bedankt om steeds voor mij klaar te staan, een luisterend oor te bieden en mij een hart onder de riem te steken. Ook familie en vrienden tot slot een dikke merci om voor voldoende ontspanning te zorgen in deze drukke periode.

Dankzij jullie steun werden deze studies een boeiende en leerrijke ervaring waaraan ik de herinnering altijd zal blijven koesteren.

Dankjewel allemaal!

Laura

Inhoud

Inleiding	9
Hoofdstuk I - Theoretisch kader en probleemstelling	11
1. Een korte introductie in internering	11
2. Het sociaal netwerk van geïnterneerden	12
2.1. Invloed van internering op de Quality of Life (QOL) van familieleden	13
2.1.1. Quality Of Life	13
2.1.2. Negatieve gevolgen en de noden die ze met zich meebrengen	13
2.1.3. Positieve invloeden: krachten en sterktes	15
2.2. Ondersteuning voor familieleden van geïnterneerden	18
3. Probleemstelling en onderzoeksvragen	19
Hoofdstuk II - Methodologie.....	21
1. Deel 1 – Diepte-interviews met het sociaal netwerk.....	21
1.1. Respondenten/setting.....	21
1.2. Procedure	22
1.3. Instrumenten.....	23
1.3.1. Topic-interview.....	23
1.3.2. NVivo 10	23
1.4. Analyse	23
2. Deel 2 – Focusgroepen met professionelen.....	26
2.1. Respondenten/setting.....	26
2.2. Procedure	26
2.3. Instrumenten.....	27
2.3.1. Focusgroep.....	27
2.3.2. NVivo 10	27
2.4. Analyse	27
3. Ethische aspecten van onderzoek.....	29
4. Kwaliteitscriteria.....	29
Hoofdstuk III – Onderzoeksresultaten	31
1. Sociaal netwerk	31
1.1. Ervaringen van het sociaal netwerk bij de diagnose	31
1.2. Ervaringen van het sociaal netwerk t.a.v. de interneringsmaatregel.....	32
1.2.1. Emotionele cocktail.....	33
1.2.2. Tocht door hulpverleningslandschap.....	34
1.2.3. Opkomen voor zichzelf, de geïnterneerde persoon en het breder belang	36
1.3. Meervoudig belevingsproces.....	36
2. Professionelen	37
2.1. Het sociaal netwerk door de professionele bril.....	37

2.1.1.	De casting van het sociaal netwerk door de professionelen	37
2.1.2.	Een professionele invalshoek op de beleving van het sociaal netwerk	38
2.2.	Krachten en knelpunten van betrokkenheid	38
2.3.	Kritische blik op internering	40
Hoofdstuk IV – Discussie.....		41
1.	Onderzoeksvragen	41
1.1.	Welke emotionele beleving heeft het sociaal netwerk ten aanzien van de interneringsmaatregel?	41
1.1.1.	Het meervoudig, spiraalsgewijs belevingsproces.....	41
1.1.2.	Belemmerende en bevorderende factoren	42
1.2.	Waarom heeft het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden nood?.....	44
1.3.	Wat is de visie van professionelen met betrekking tot bejegening en betrokkenheid van het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden?	46
2.	Suggesties voor de praktijk en het beleid.....	48
3.	Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	49
4.	Kritische kanttekeningen bij het onderzoek.....	50
Hoofdstuk V – Conclusie		52
Referenties		54
Bijlagen		59
Bijlage 1: Topiclijst deel één – Diepte-interviews met het sociaal netwerk		59
Bijlage 2: Onderwerpenschema deel twee – Focusgroep professionelen		62
Bijlage 3: Informed consents		66
Bijlage 4: Schema's en tabellen uit de focusgroep		72
Bijlage 5: Folder sociaal netwerk.....		77
Bijlage 6: Informatieve brief professionelen		80
Bijlage 7: Codeerhandleiding.....		82
Bijlage 8: Overzichtsfiguur van de drie betreffende onderzoeksvragen.....		85

Inleiding

De recente berichtgeving in de media en het groeiende aantal personen dat een misdrijf heeft gepleegd en daarvoor ontoerekeningsvatbaar wordt verklaard (Moens & Pauwelyn, 2012), hierna geïnterneerden genoemd, illustreren de nood aan aandacht voor internering in de maatschappij. De ontoerekeningsvatbaarheid waaronder de geïnterneerden vallen, leidt tot een beveiligings-, en behandelingsmaatregel. Deze maatregelen zijn vaak incompatibel, aangezien geïnterneerden in de eerste plaats als een gevaar voor de maatschappij worden beschouwd. Ze komen dikwijls terecht in een sterk beveiligde omgeving, ondanks hun nood aan psychiatrische zorg. Een mogelijke aanzet tot hervorming van het interneringssysteem is de oprichting van de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's), die instaan voor de opvang en resocialisatie van personen met een interneringsstatuut (Boers, Vandeveld, Soye, De Smet, & To, 2011).

De opsluiting in strafinrichtingen heeft niet alleen een invloed op de geïnterneerde persoon, maar ook op zijn of haar sociaal netwerk. In een beperkt aantal internationale studies, onder andere van Absalom, McGovern, Gooding en Tarrrier (2010), James (1996), Nordström, Kullgren en Dahlgren (2006), Pearson en Tsang (2004) en Tsang, Pearson en Yuen (2002) werd deze invloed reeds bestudeerd. Daaruit blijkt dat het hebben van een sociaal netwerk van groot belang is voor de geïnterneerde persoon en zijn behandeltraject. Zonder dit netwerk zou hij namelijk beroofd worden van enig perspectief (Ewertzon, Lützn, Svensson, & Andershed, 2010; Lamb, Weinberger, & Gross, 2004; Spaniol & Zippel, 1988). Aanbevelingen uit internationale literatuur kunnen echter niet zomaar worden overgenomen en toegepast op de specifieke interneringscontext in Vlaanderen. Een onderzoek waarbij nagegaan wordt hoe internering het leven van het sociaal netwerk in Vlaanderen beïnvloedt, en dit aan de hand van een sterktegericht perspectief, is dan ook maatschappelijk relevant.

Deze geassocieerde masterproef maakt deel uit van een grootschalig project aan de Universiteit Gent. Omwille van de haalbaarheid focust dit onderzoek zich op de regio's Oost- en West-Vlaanderen. Masterproefstudente Lieze Scholberg zal onderzoek doen in de regio's Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant. De gemeenschappelijke onderdelen van beide masterproeven zijn: de topic-lijst, het onderwerpenschema, de geïnformeerde toestemmingen, de boomstructuren en de codeerhandleiding. Bovendien kwamen ook de voorbereiding en uitvoering van de focusgroepen in samenwerking tot stand.

In *hoofdstuk I* van deze masterproef wordt beschreven wie geïnterneerden en hun sociaal netwerk zijn en in welke situatie zij zich momenteel bevinden. In *hoofdstuk II* wordt de methodologische opzet voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen uiteengezet en gemotiveerd. Vervolgens wordt in *hoofdstuk III* een overzicht gegeven van de bekomen resultaten en omvat *hoofdstuk IV* een discussie waarin een terugkoppeling wordt gemaakt naar de onderzoeksvragen, suggesties gegeven worden voor de praktijk, kritische kanttekeningen gemaakt worden bij het onderzoek en aanbevelingen worden geformuleerd voor toekomstig onderzoek. Ten slotte wordt in *hoofdstuk V* een conclusie gegeven.

De referenties in deze masterproef zijn conform de APA-regels, zesde editie.

Hoofdstuk I - Theoretisch kader en probleemstelling

In deze literatuurstudie komen verschillende onderwerpen aan bod. Zo wordt vooreerst verkend wat internering en de wetgeving hieromtrent inhouden. Vervolgens wordt een overzicht geboden van de invloed van internering op de kwaliteit van leven van familieleden van geïnterneerden. Hierbij worden hun noden toegelicht en het herstelproces dat familieleden doormaken geschetst. Bovendien wordt eveneens ingegaan op de huidige hulpverlening voor familieleden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de voorstelling van de probleemstelling en de daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen.

1. Een korte introductie in internering

Internering wordt in Artikel 2 van de nieuwe wet betreffende de internering van personen van 5 mei 2014 omschreven als “een veiligheidsmaatregel die tegelijkertijd ertoe strekt de maatschappij te beschermen en ervoor te zorgen dat aan de geïnterneerde de zorgen worden verstrekt die zijn toestand vereist met het oog op zijn re-integratie in de maatschappij” (Heimans, Vander Beken, & Schipaanboord, 2015, p. 1051).

De term ‘internering’ is echter specifiek voor de Belgische context en moeilijk te vertalen naar de internationale literatuur. Zo wordt dit in Nederland vertaald als een tbs-maatregel (terbeschikkingstelling) en wordt in Engeland en Amerika gesproken over *mentally ill offenders*. Het feit dat onder ‘internering’ zowel personen met een verstandelijke beperking als personen met een psychiatrische problematiek vallen, maar de term *mentally ill offenders* enkel deze laatstgenoemden omvat, maakt het nog ingewikkelder. Daarenboven is comorbiditeit tussen een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek ook mogelijk (Vanden Hende, Caris, & De Block-Bury, 2005). Aangezien de internationale literatuur voornamelijk gebruik maakt van de term *mentally ill* zal in de uitwerking van het theoretisch kader de nadruk gelegd worden op personen met een psychiatrische problematiek.

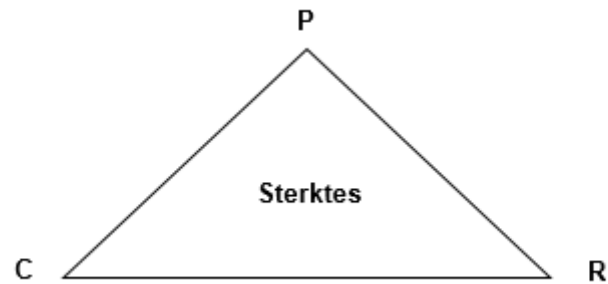
De aandacht voor het concept ‘internering’, zoals het in België wordt gehanteerd, was er voor het eerst met de Wet tot Bescherming van de Maatschappij van 9 april 1930 (Ringoir, 2013). Na de Tweede Wereldoorlog werd deze vervangen door de Wet van 1 juli 1964 tot Bescherming van de Maatschappij tegen Abnormalen en Gewoontemisdadigers. Deze wet, die nog steeds van toepassing is, maakte van internering een maatregel van onbepaalde duur, kende meer rechten toe aan de geïnterneerde persoon en gaf meer bevoegdheden aan de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij (CBM) (Heimans et al., 2015; Mettioui & Boskat, 2011). Om aan de kritieken in verband met de uitvoering van de maatregel (het gebrek aan en de onaanvaardbare behandeling van geïnterneerden in België) tegemoet te komen, stelde men een nieuwe wet op: de Wet betreffende de internering van personen met een geestesstoornis van 21 april 2007. Deze wet, die nooit in werking is getreden, is nu opgeheven en vervangen door de wet betreffende de internering van personen van 5 mei 2014, die in voege dient te gaan in januari 2016.

Waar de definitie van internering uit de nieuwe wet en de kwalificatie ervan als zijnde een dubbele finaliteit geen nieuwe ideeën zijn, is volgens Schipaanboord en Vander Beken (2015) de bepaling dat “rekening houdend met het veiligheidsrisico en de gezondheid van de geïnterneerde persoon, de betrokkene de nodige zorg aangeboden zal worden om een menswaardig leven te leiden” (p. 41), dat wel. Dit recht zal volgens hen enkel in de praktijk kunnen omgezet worden indien de federale en regionale overheden investeren en een adequate organisatie van ambulante en regionale zorgsector aanwezig zijn. Daarenboven zal de nieuwe wetgeving niet kunnen tegemoetkomen aan de veroordelingen door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens omwille van de mensonwaardige behandeling van de geïnterneerden in de gevangenis (Heimans et al., 2015; Moens & Pauwelyn, 2012; Vandevelde, De Smet, Vanderplassen, & To, 2013; Vandevelde et al., 2011; Vandeviver, 2011). Er zullen namelijk nog steeds geïnterneerden worden opgenomen in de annexen van gevangenissen (Heimans et al., 2015), wat zowel nadelig is voor de geïnterneerden zelf als voor hun sociale omgeving. In het volgende onderdeel wordt daarom dieper ingegaan op de invloed die de interneringsmaatregel en zijn gevolgen hebben op het sociaal netwerk.

2. Het sociaal netwerk van geïnterneerden

Het sociaal netwerk van personen kan, naargelang de context, op verschillende wijzen gedefinieerd worden. Baars, Uffing en Dekkers (1990) omschrijven het als “een netwerk dat bestaat uit al die mensen met wie iemand in zijn dagelijkse leven min of meer duurzame banden onderhoudt” (p. 11). Omwille van de forensisch psychiatrische invalshoek van het onderzoek wordt gefocust op het sociaal netwerk, als alle personen die een belangrijke ondersteuningsbron betekenen voor hem of haar. Hoewel het sociaal netwerk bestaat uit zowel familie als niet-familieleden, geven Macdonald, Hayes en Baglioni (2000) aan dat vriendschappen vaak gestaag afbrokkelen bij personen met een psychiatrische problematiek. Aangezien literatuur over niet-familieleden bijgevolg bijna onbestaande is, zal in het verdere verloop van hoofdstuk één gesproken worden over familieleden in plaats van het sociaal netwerk. Ook zal door het gebrek aan wetenschappelijke publicaties omtrent het netwerk van geïnterneerden hoofdzakelijk gefocust worden op familieleden van personen met een psychiatrische problematiek. Waar mogelijk worden linken gelegd met de beschikbare studies over familieleden van geïnterneerden.

En hoewel de bestaande literatuur over het onderzoeksonderwerp vooral nadruk legt op het negatieve en de bestaande risico's, wordt in deze masterproef eveneens aandacht besteed aan een krachtengericht perspectief. Er wordt van uitgegaan dat het niet de beperkingen, maar net de sterktes en mogelijkheden van personen zijn, die bepalen hoe hun verhaal evolueert (Hammond, 2010). De essentiële componenten kenmerkend voor dit perspectief, geïllustreerd in het PCR model (Saleebey, 2006), worden in deze masterproef dan ook als belangrijk vocabularium beschouwd (figuur 1).



C staat voor:

Competenties, capaciteiten en moed

P staat voor:

Positieve verwachtingen, beloftes en mogelijkheden

R staat voor:

Reserves, bronnen en veerkracht

Figuur 1. Aangepast van The strengths perspective in social work practice (p. 10), door D. Saleebey, 2006, Boston: Pearson Education. Copyright 2006 door Pearson Education.

2.1. Invloed van internering op de Quality of Life (QOL) van familieleden

2.1.1. Quality Of Life

Internering laat het leven van familieleden niet onberoerd. Meer bepaald heeft het een uitwerking op hun *Quality of Life*, door The World Health Organization (WHO, 1997) gedefinieerd als “individuals’ perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (p. 1). Wong, Lam, Chan en Chan (2012) geven aan dat drie types factoren de QOL van zorgdragers kunnen beïnvloeden: de situatie waarin zorg wordt verleend (vb. *objective* en *subjective burden*), kenmerken van de zorgdrager (vb. persoonlijkheidskenmerken (Lautenschlager, Kurz, Loi, & Cramer, 2013)) en omgevingsfactoren (vb. het hebben van een sociaal vangnet). Deze invloeden kunnen zowel negatief (2.1.2) als positief (2.1.3) werken.

2.1.2. Negatieve gevolgen en de noden die ze met zich meebrengen

Financiële noden, verminderde gezondheid, beperkte sociale contacten en bijgevolg sociale isolatie en machteloosheid (Ewertzon et al., 2010; Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987), maar ook chronische stress, de huishoudelijke taken die op hun kop worden gezet (Grad & Sainsbury, 1963) en gewelddadig en symptoom-specifiek gedrag zijn een aantal van de factoren die een negatieve impact hebben op de

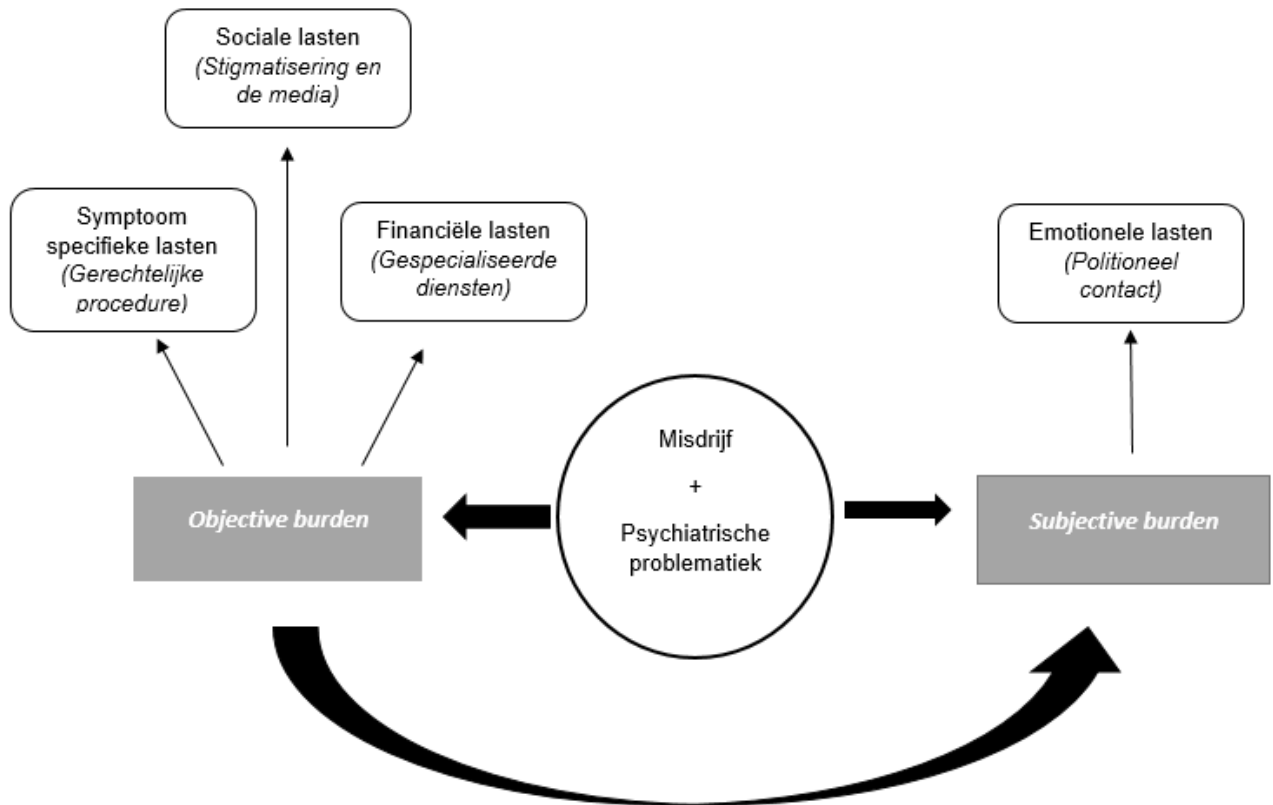
QOL van familieleden (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009; Foldemo, Gullberg, Ek, & Bogren, 2005; Wong et al., 2012).

Deze nefaste factoren kunnen opgedeeld worden in symptoom-specifieke, financiële, emotionele en sociale lasten (Tsang et al., 2002). Een andere mogelijke opdeling vinden we terug in de categorieën *objective* en *subjective burden* (Marsh & Johnson, 1997; Nordström, 2004):

- *Objective burden* omvat al die dingen die de familieleden moeten doen, ervaren en niet meer kunnen doen als gevolg van de situatie waarin ze zich bevinden (Wong et al., 2012). Eén van de componenten die hiertoe behoren, is stigmatisering (Marsh & Johnson, 1997; Ridley et al., 2014). Indien familieleden zelf worden gestigmatiseerd, wat ook wel het associatief of nabijheidsstigma wordt genoemd (Cathoor, De Hert, & Peuskens, 2003; Larson & Corrigan, 2008; Östman & Kjellin, 2002), ondervinden ook zij negatieve gevolgen, zoals schaamte en isolatie (Lefley & Wasow, 1994). Het stigma wordt in het geval van geïnterneerden vaak nog eens uitvergroet door de negatieve aandacht van de media (Ewertzon et al., 2010; Tsang et al., 2002).
- *Subjective burden* omvat de gevoelens die samengaan met het dragen van de last die de *objective burden* met zich meebrengt (Tsang et al., 2002). De familieleden maken een intens verwerkingsproces door waar diverse componenten een rol spelen: het symbolisch verlies van hun dromen en verwachtingen (Ferriter & Huband, 2003), chronische zorgen en een emotionele rollercoaster van voortdurend herval (Marsh & Johnson, 1997).

Voor familieleden van geïnterneerden vormt volgens Tsang en collega's (2002) het misdrijf de kern van de stress en zorgen de gebeurtenissen geassocieerd met het misdrijf (gerechtelijke procedure, stigmatisering, gespecialiseerde diensten en politieel contact) voor een bijkomende bron van stress.

Deze mogelijke opdelingen uit de literatuur kunnen samengebracht worden in deze zelf ontworpen figuur (figuur 2).



Figuur 2. Een combinatie van de opdeling van lasten volgens Marsh en Johnson (1997) en Tsang en collega's (2002).

De geschetste draaglast enerzijds en de noden van familieleden anderzijds zijn als de twee kanten van eenzelfde medaille (Tsang et al., 2002). Het is daarom belangrijk om deze noden in kaart te brengen. Een aantal noden voor familieleden van personen met een psychiatrische problematiek zijn: informatie, educatie, emotionele ventilatie en ondersteuning, professionele beschikbaarheid en contact met lotgenoten (Bernheim, 1989).

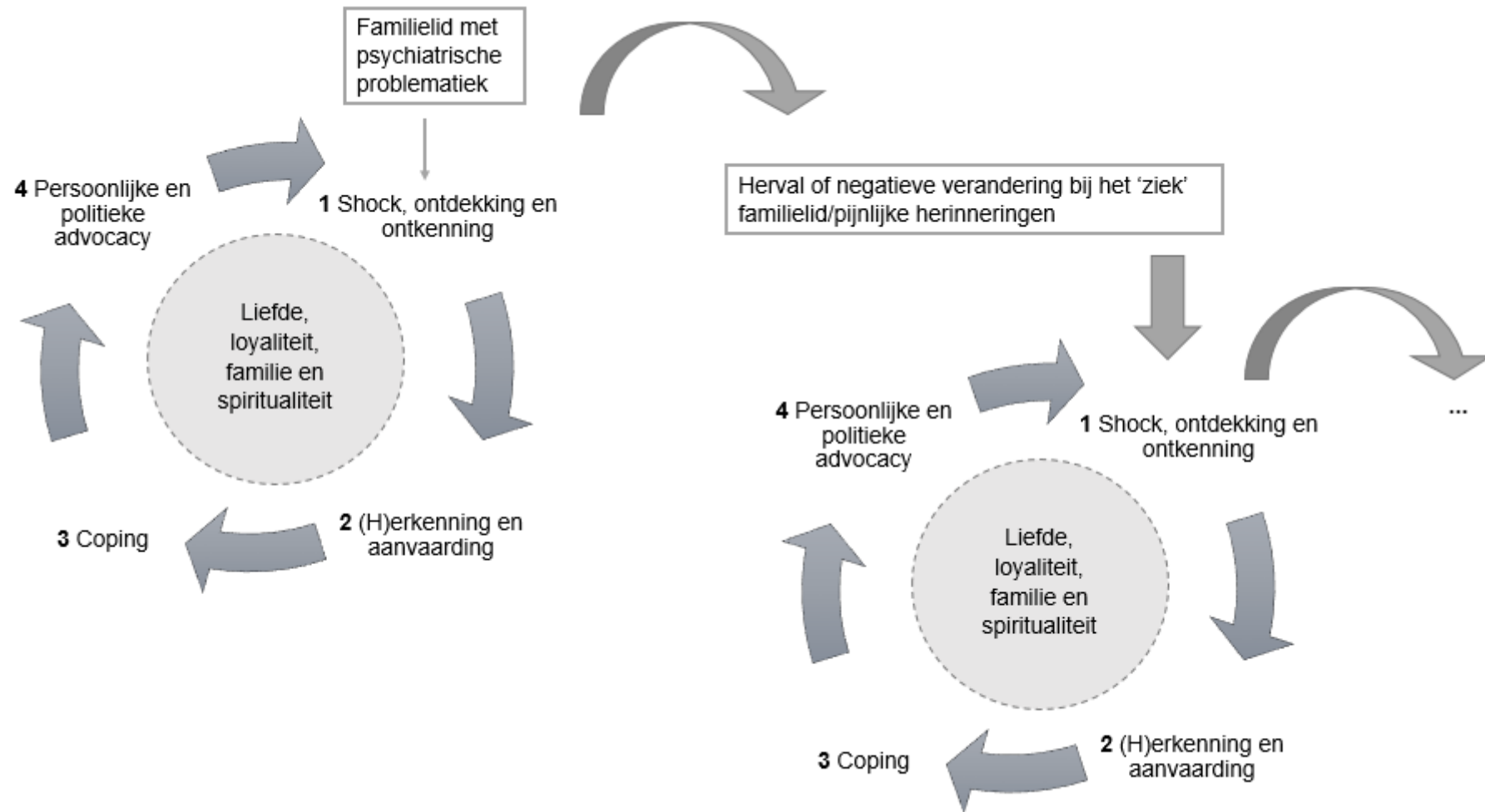
Wanneer de persoon met een psychiatrische stoornis een forensische achtergrond heeft, zullen de bovenstaande noden niet alleen geïntensifieerd, maar ook aangevuld worden. Dit omwille van de agressie van hun zieke familielid, het stigma dat op de zieke en zijn familie berust, de desintegratie van de familie en het in aanraking komen met het justitieel-politiek systeem (James, 1996; Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002). Tsang en collega's (2002) spreken in dit opzicht over drie categorieën van behoeften: emotionele en psychologische noden (vb. steun, een vriend, zelfzorg), nood aan werk- en financiële zekerheid en noden wat betreft hulp- en dienstverlening (vb. continuïteit van de zorg).

2.1.3. Positieve invloeden: krachten en sterktes

Naast deze negatieve kijk is het belangrijk aan te geven dat sommige auteurs ook aandacht hebben voor de positieve invloeden in het verhaal. Zo geven Marsh en Johnson (1997) aan dat familie hierdoor op constructieve wijze kan veranderen: dichter naar elkaar toegroeien, haar kennis uitbreiden, een rol

opnemen in het herstel van haar zieke dierbare en vooral een beter, sterker en meer begripvolle persoon worden. Deze veerkracht “is the ability to rebound from adversity and prevail over the circumstances of one’s life” (Marsh & Johnson, 1997, p. 229). Wynaden (2007) spreekt dan weer over ‘het zoeken en bewegen naar een evenwicht’ zodanig dat *mastery* en *empowerement* ervaren worden. Een aantal beschermende factoren die bijdragen aan deze veerkracht zijn: een sterk gevoel van persoonlijke controle, zelfwerkzaamheid en het hebben van een sociaal vangnet (Solomon & Draine, 1995). Ook Slade (2010) draagt bij tot deze positieve noot: hij ziet het herstel van het sociaal netwerk als het opnieuw deelnemen aan het leven op basis van eigen doelen en sterktes. Mensen zijn immers in staat om een krachtig groeiproces door te maken en effectieve copingvaardigheden te ontwikkelen (Spaniol & Zipple, 1994).

Op basis van de informatie uit de publicaties van Spaniol (2010) en Marsh en collega’s (2001) worden hieronder de diverse fasen van het herstelproces van familieleden van personen met een psychiatrische problematiek toegelicht, en wordt een schematische voorstelling gemaakt. In deze zelf ontworpen figuur (figuur 3) worden de belangrijkste concepten verder uiteengezet.



Figuur 3. Het herstelproces van het sociaal netwerk van personen met een psychiatrische problematiek gebaseerd op Spaniol (2010) en Marsh en collega's (2001).

Hoewel de beleving van elk individu anders is, kunnen toch een aantal fases onderscheiden worden. De fase van shock, ontdekking en ontkenning (1) start op het moment dat de diagnose wordt uitgesproken, maar men het tracht tegen te spreken. Dit aan de hand van het aanbrengen van alternatieve verklaringen voor de gedragsveranderingen van hun naastbetrokkene. Stilaan maakt dit ongelooft plaats voor de harde realiteit en gaat men over naar de fase van erkenning en aanvaarding (2), waarbij schuld en schaamte centraal staat. Bij een verbetering in de situatie krijgen ze hoop op normaliteit, maar even snel als de verbetering gekomen is, treedt vaak een terugval op. Hoewel ze teleurstellingen ervaren, waardoor ze hun verwachtingen moeten bijstellen, creëren nieuwe gebeurtenissen vaak terug hoop. Dit wordt ook wel de *'cycle of hopefulness and despair'* genoemd. Langzaam krijgt het bestaan opnieuw vorm en start de fase van het terug opnemen van het eigen leven aan de hand van het ontwikkelen van copingstrategieën (3). Ook assertiviteit en het uiten van kritiek op professionelen en diensten passeren de revue. Deze maakt echter vaak, met het verstrijken van de tijd, plaats voor het geloof in de steun van bepaalde professionelen, naasten en lotgenoten. Ten slotte komt men terecht in de fase van de persoonlijke en politieke *advocacy* (4). Hierin wordt aanvaard wat niet kan veranderen en wordt actie ondernomen voor die zaken die dat wel kunnen. Datgene wat ons in relaties verbindt, of dat nu liefde, loyaliteit, familie of spiritualiteit is, kan de motivatie vormen om dit herstelproces meerdere malen door te maken. Hoewel herval, een negatieve verandering of pijnlijke herinnering de familieleden terug bij af kunnen brengen, kan men steeds beter het proces doorlopen en leert men ermee omgaan.

Maar wat als jouw dierbare zich in de gevangenis bevindt? Kan hij/zij deze fasen dan wel op een goede manier doorlopen? Kan je het plaatsen dat men jouw familielid berooft van de zorg die hij/zij broodnodig heeft? Gebaseerd op de visuele metafoer van Strauss, Hafez, Liberman en Harding (1985), waarbij herstel wordt gezien als het beklimmen van een berg, zou kunnen gesteld worden dat familieleden van geïnterneerden de berg moeten beklimmen met een zwaar beladen rugzak, die symbool staat voor het stigma van misdadiger. Onderzoek geeft dan ook aan dat het herstelproces uitzonderlijk zwaar wordt wanneer het gaat over familieleden van geïnterneerden (Nordström et al., 2006; Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002). Voldoende ondersteuning in het afleggen van deze tocht is daarom verklaarbaar en wenselijk.

2.2. Ondersteuning voor familieleden van geïnterneerden

In het verleden werd de gezinssituatie vaak gezien als de oorzaak van psychiatrische problematieken, met als gevolg dat de patiënt geïsoleerd werd van zijn familie. In de huidige visie, waarin de Vlaamse overheid de vermaatschappelijking van de zorg voorop plaatst, wordt gestreefd naar een interactie tussen de professionelen en de families. Zo ziet men de familie niet alleen als diegenen die informatie behoeven, maar tevens als één van de belangrijkste hulpbronnen in de zorg voor de patiënt (Bourgeois, Peeters, & Rutten, 2014). Dit heeft tot gevolg dat meer aandacht aan hen wordt besteed (Verlinden, Maes, & Goethals, 2009). Zo worden er onder andere familiedagen en informatieavonden georganiseerd in de voorzieningen waar het individu is opgenomen. Ferriter en Huband (2003) geven immers aan dat de familieleden te weinig informatie krijgen over de stoornis en hoe ermee om te gaan.

De informatie die men wel ontvangt, is vaak onvoldoende en niet steeds accuraat. Zo merkten McCann, McKeown en Porter (1996) in hun onderzoek op dat familieleden weinig juiste kennis hebben over het verloop, de prognose en de etiologie van de stoornis. Toch is er slechts een schrale opkomst bij deze informatiebijeenkomsten. Professionelen wijten dit vooral aan de bewuste keuze van het familielid tot afwezigheid, het stigma dat men ervaart en de grote afstand, terwijl familieleden dit eerder toeschrijven aan de knelpunten met betrekking tot vertrouwelijkheid, tijd, afstand en de kost ervan (Ridley et al., 2014). Daarnaast wordt de methodiek 'Forensisch sociale netwerkanalyse' (FSNA) reeds op verscheidene locaties geïntroduceerd. Deze methodiek houdt tegelijkertijd een taxatie in van risico's en aanknopingspunten voor systematische behandelingsinterventies (Kremer, Stam, & Pomp, 2013).

In deze positieve vooruitgang dient voldoende gefocust te worden op die elementen die familieleden in het verleden als een gebrek hebben ervaren: tekort aan informatie, uitgesloten worden van de zorgplanning en vooral een gebrek aan erkenning voor de zorgende rol die familieleden opnemen (Doornbos, 2002). James (1996) voegt hieraan toe dat het tegemoetkomen aan hun noden, het bieden van psycho-educatie en het geven van emotionele en praktische ondersteuning, de angst voor het terugkeren naar de maatschappij, bij zowel de geïnterneerde persoon als zijn familie, kan verlagen. Dit heeft op zijn beurt tot gevolg dat er minder herval en recidive optreedt. Het coöperatief werken met familie zorgt er niet alleen voor dat de behandeling van de psychiatrische problematiek vlotter verloopt (Ewertzon et al., 2010; Lamb et al., 2004; Spaniol & Zipple, 1988), maar ook dat de families geholpen worden in het leren omgaan met ervaren lasten (Absalom et al., 2010). De ondersteuning aan het sociaal netwerk dient zich bijgevolg te focussen op het ontwikkelen van copingvaardigheden en het leren omgaan met de druk en stress die stigmatisering met zich meebrengt (Nordström et al., 2006; Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002). Men verkiest hierbij *face-to-face* contact boven schriftelijke informatie (Ridley et al., 2014).

3. Probleemstelling en onderzoeksvragen

Uit het voorgaande blijkt dat naast personen met een psychiatrische problematiek ook hun familieleden gebukt gaan onder een groot aantal lasten en zorgen. Een invulling van de noden en het proces van het sociaal netwerk van geïnterneerden is echter schaars. Uit de beperkte internationale literatuur die hierover beschikbaar is, blijkt dat de *subjective* en *objective burdens* zorgen voor een dagelijkse sleur en dat het herstelproces een stuk zwaarder wordt, onder andere omwille van het stigma van misdadiger. Men heeft dan ook heel wat noden en behoeften, maar hier wordt onvoldoende aan tegemoetgekomen. De hulpverlening heeft weinig aangepaste methoden ter ondersteuning, waardoor men moet roeien met de riemen die men heeft. Zo geven Nordström en collega's (2006) aan dat "future research is in particular needed to explore reasons behind lack of communication and cooperation between parents and mental health care professionals" (p. 65). Bovendien kunnen resultaten uit internationale literatuur niet zomaar worden overgenomen en toegepast op de unieke situatie in het Vlaamse interneringsbeleid. In deze masterproef is de theoretische relevantie dan ook het richten van de aandacht op en de invulling van dit hiaat in de literatuur.

Dit betekent dat het onderzoek zich in eerste instantie zal richten op de noden en behoeften van het sociaal netwerk van geïnterneerden. De focus ligt hierbij op hun ervaringen met betrekking tot de interneringsmaatregel. In tweede instantie wordt gepeild naar de wijze waarop de professionelen het sociaal netwerk van geïnterneerden beschouwen en kunnen betrekken, daar zij worden gezien als personen die het sociaal netwerk kunnen ondersteunen. Op deze manier krijgt ook hun stem een plaats binnen dit onderzoek. Vanuit het beluisteren van deze verschillende perspectieven kunnen naar de praktijk toe een aantal eerste aanbevelingen gemaakt worden.

Dit houdt in dat het onderzoek over het sociaal netwerk van geïnterneerden vertrekt vanuit volgende algemene probleemstelling:

Wat is de invloed van de interneringsmaatregel op het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden?

Om op deze probleemstelling een antwoord te kunnen geven, worden volgende beschrijvende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke emotionele beleving heeft het sociaal netwerk ten aanzien van de interneringsmaatregel?
2. Waaraan heeft het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden nood?
3. Wat is de visie van professionelen met betrekking tot bejegening en betrokkenheid van het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden?

Hoofdstuk II - Methodologie

De onderzoekers hebben gekozen voor kwalitatieve onderzoeksmethoden omdat het onderzoek gericht is op het in kaart brengen van het perspectief van het sociaal en professioneel netwerk van geïnterneerden (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2005).

Deze studie is opgedeeld in twee delen: enerzijds een peiling naar de noden en ervaringen van het sociaal netwerk van geïnterneerden via interviews en anderzijds het nagaan van de ervaringen en invullingen van de professionelen via focusgroepen. Op deze manier zijn twee perspectieven in kaart gebracht (informant-triangulatie) (Van Hove & Claes, 2011). De deelstudies worden afzonderlijk besproken.

1. Deel 1 – Diepte-interviews met het sociaal netwerk

1.1. Respondenten/setting

De onderzoekspopulatie in deel één bestond uit het sociaal netwerk van (ex-)geïnterneerden. Alle diensten in Oost- en West-Vlaanderen die geïnterneerden en hun sociaal netwerk ondersteunen, werden aangeschreven aan de hand van een informatieve folder (bijlage 5). Aangezien de onderzoekspopulatie niet enkel familieleden omvat, wordt vanaf nu, en zoals reeds aangekondigd in de probleemstelling, gebruik gemaakt van het concept: sociaal netwerk(leden). Tabel 1 geeft beknopt enkele gegevens van de respondenten weer.

TABEL 1

Overzicht van de respondenten uit deel 1: Diepte-interviews met het sociaal netwerk.

Respondent (fictieve naam)	Band met de (ex-) geïnterneerde	Huidig verblijf van de (ex-) geïnterneerde	Datum internering
Katrien	Moeder	Medium security instelling	2005
Nand	Broer	Begeleid wonen	2010 t.e.m. 2014
Gérard	Bewindvoerder	Begeleid wonen	2009
Joke	Moeder	Medium security instelling	2006
Loïc en Lore	Nonkel en tante (aangetrouwd)	Psychiatrisch Centrum (PC)	2010
Noor	Moeder	Gevangenis	2000
Jade	Moeder	Overstap van PC naar zelfstandig wonen	2009
Tine	Vrijwilligster	Gevangenis	1995
Emilie	Dochter	Zelfstandig wonen en dagcentrum	1990 – einddatum
Veerle	Moeder	Beschut wonen	2010
Janne	Zus	PC	2012
Tom en Alice	Vader en stiefmoeder	Zelfstandig wonen	2006 – 2015

Bij elf van de twaalf (voormalige) geïnterneerden was er sprake van een psychiatrische problematiek. Bovendien was er bij drie van hen comorbiditeit met autisme. Bij één geïnterneerde persoon was de diagnose verstandelijke beperking, maar was voor de respondent niet duidelijk of deze al dan niet gepaard ging met een psychiatrische problematiek.

1.2. Procedure

De selectiemethode die in dit eerste deel werd toegepast, is de *voluntary response sampling*, waarbij op basis van een vrijwillige reactie een groep mensen uitgenodigd wordt (Callaert, z.j.). Weliswaar dienden de respondenten aan het inclusie criterium te voldoen: het moest gaan over volwassen (18+) leden van het sociaal netwerk van (ex-)geïnterneerden.

Het interview zelf ving aan met een uitgebreide introductie (bijlage 1): het belang van het onderzoek, de duur van het interview, de anonimiteit van de gegevens en de toestemming voor het gesprek en de bandopname ervan, werden hierbij toegelicht. Het is namelijk van cruciaal belang dat de respondent het onderzoeksdoel volledig begrijpt (Van Hove & Claes, 2011).

Bovendien werd ook aandacht besteed aan het vaardig worden in het afnemen van interviews: vooreerst werd er geobserveerd bij de interviewafnames door Sara Rowaert en vervolgens werden onder begeleiding zelf interviews afgenomen, voorzien van de nodige feedback. Deze interviews werden steeds opgenomen, zodat een gedetailleerde transcriptie kon opgemaakt worden.

Elke respondent werd één keer geïnterviewd, met een gemiddelde duur van twee uur. Dit eerste deel verliep van januari 2015 tot en met april 2015 en dit op een door de respondenten gekozen locatie.

1.3. Instrumenten

1.3.1. Topic-interview

De dataverzamelmethode die in dit eerste deel werd gebruikt, is een topic-interview (bijlage 1). Dit houdt in dat topics vragenderwijs worden geëxploreerd met als doel na te gaan hoe de respondenten hier tegenover staan (Baarda et al., 2005). Meer bepaald ging het over een specifieke vorm van topic-interviews, namelijk diepte-interviews, gedefinieerd als diepgaande, open gesprekken over een breed onderwerp met persoonlijke en emotionele aspecten (Baarda et al., 2005).

Vier thema's (respectievelijk geschiedenis, gerechtelijke procedure, internering en toekomst), die met kernvragen en –concepten werden uitgewerkt, werden in het topic-interview opgenomen. Om deze lijst op te stellen werd beroep gedaan op een aantal belangrijke concepten en terminologieën uit de literatuur. Zo komen onder andere de concepten *subjective* en *objective burden*, stigmatisering, sterktegericht werken en QOL aan bod.

Gedurende het interview noteerden de onderzoekers aan de hand van vooraf afgesproken symbolen het non-verbaal gedrag van de respondenten en koppelde men deze aan de tijdsspanne waarin dit gedrag zich voordeed. Deze notities werden in een apart document geplaatst zodat het verloop van het non-verbaal gedrag gedurende het interview duidelijk werd. Dit zorgde voor een bijdrage aan de rijkheid van de data.

1.3.2. NVivo 10

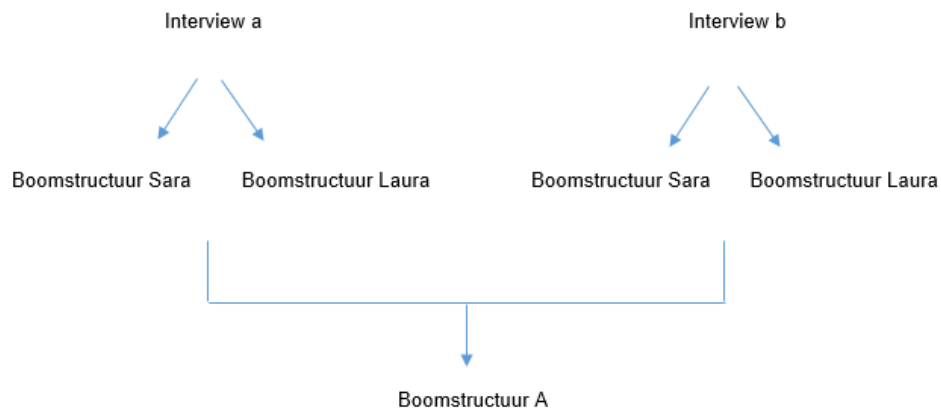
Voor de concrete analytische verwerking van de getranscribeerde interviews werd gebruik gemaakt van de analysesoftware NVivo 10. Het programma biedt de mogelijkheid om uit transcripties onderscheiden thema's te selecteren, te classificeren en te coderen (Mortelmans, 2011). Dit proces volgt de systematische benadering van thematische analyse van Braun en Clarke (2006), en vergt dus een actieve betrokkenheid van de onderzoeker (Van Hove & Claes, 2011).

1.4. Analyse

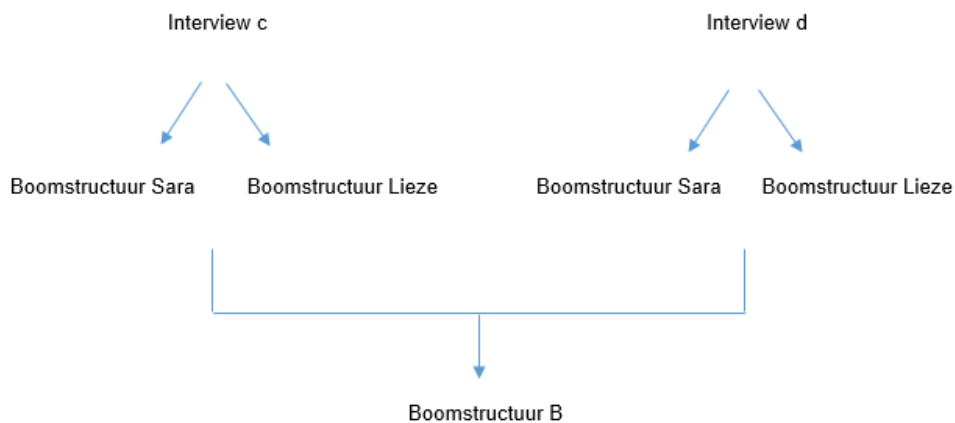
Om de gegevens te analyseren, werd beroep gedaan op thematische analyse, omdat deze als doel heeft het identificeren, analyseren en rapporteren van relatief brede thema's die de inhoud van de data zo goed mogelijk samenvatten (Braun & Clarke, 2006; Van Hove & Claes, 2011).

Eerst werden op basis van de *topics* in de interviews een aantal *nodes* aangemaakt in NVivo: emoties, stigma, financiën, sociale contacten, symptoom-specifiek, internering, krachten, toekomst en contact met professionelen. In een eerste stap werden twee vooraf afgesproken interviews door Sara Rowaert en Laura Thomas, onafhankelijk van elkaar, regel per regel gelezen en gekoppeld aan deze

voorgestructureerde *nodes*. Bovendien werden ook nieuwe *parent-* en *childnodes* aangemaakt indien de data dit vereisten. Vervolgens vergeleken de twee onderzoekers hun analyses en kwamen zij tot een gezamenlijke boomstructuur.



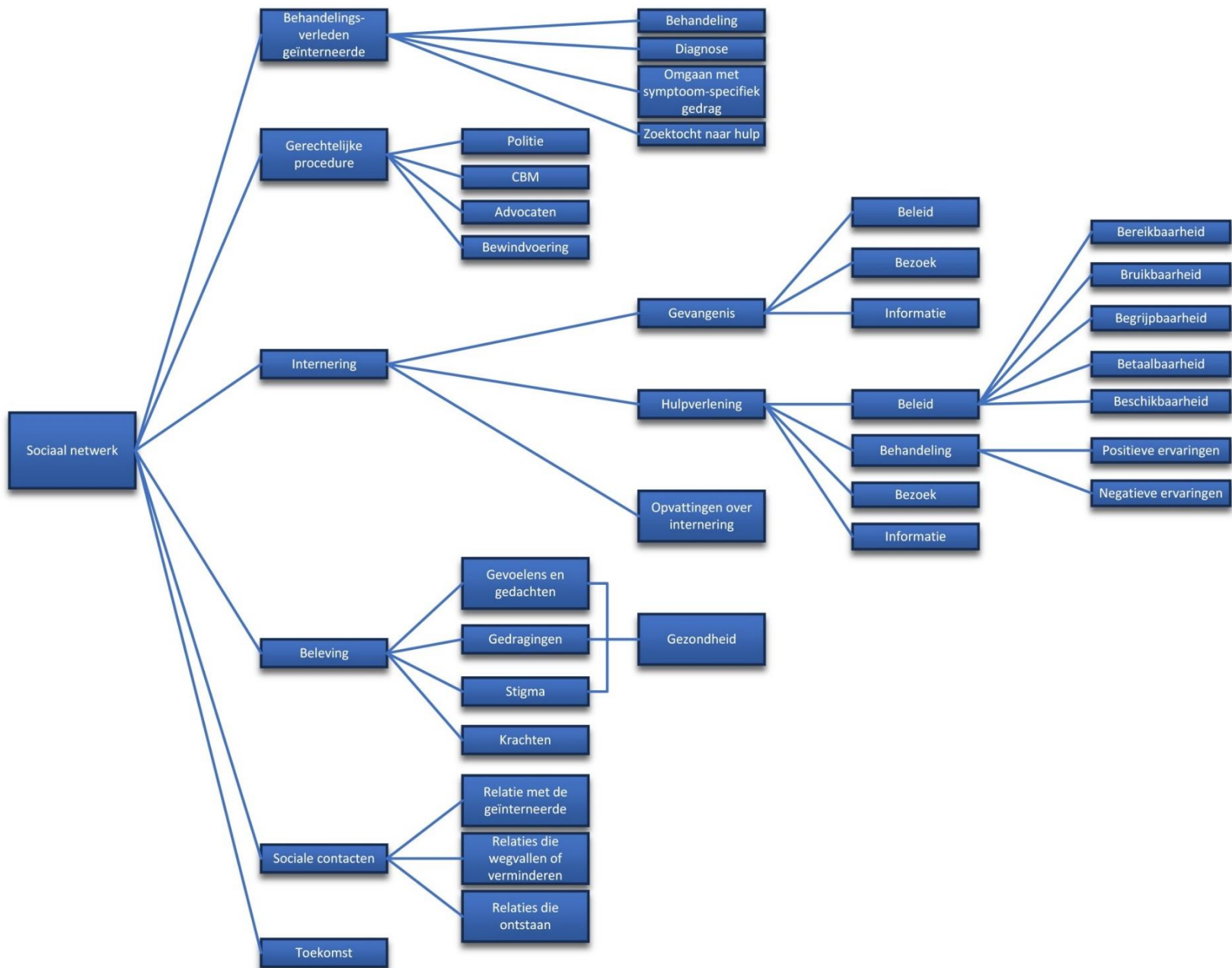
Sara Rowaert herhaalde in een tweede stap dezelfde procedure met masterproefstudente Lieze Scholberg.



In de derde en laatste stap werden de boomstructuren van de twee voorgaande stappen met elkaar vergeleken.



Het resultaat is een boomstructuur die een thematische interpretatie weergeeft van het onderzoeksmateriaal. Aan de hand van deze uiteindelijke boomstructuur vond de analyse van de overige interviews plaats.



2. Deel 2 – Focusgroepen met professionelen

2.1. Respondenten/setting

De onderzoekspopulatie in deel twee bestond uit professionelen die werken met het sociaal netwerk van (ex-)geïnterneerden. Om deze respondenten te bereiken werd ook in dit deel via email een informatieve brief verstuurd naar de directies van de organisaties via dewelke ook respondenten voor deel één werden gecontacteerd (bijlage 6).

De focusgroep bestond uit drie professionelen werkzaam in de gevangenis en één professioneel werkzaam in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis. Een andere professioneel, ook werkzaam in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis, kon niet bij de focusgroep aanwezig zijn. Aangezien zij echter geïnteresseerd was in deelname aan het onderzoek is besloten nadien een individueel interview met haar af te nemen. Dit interview omvatte dezelfde thema's als bij de focusgroep.

2.2. Procedure

De brief die de directies van voorzieningen ontvingen, bevatte uitleg over de thematiek, de betrokken personen en het verloop van het onderzoek. Er werd hen gevraagd de brief naar hun personeelsleden door te sturen. Op deze manier kregen directies de keuze om zelf de meest betrokken personeelsleden aan te duiden. Ook in dit deel van het onderzoek werd bijgevolg gebruik gemaakt van de *voluntary response sampling* als selectiemethode. Bovendien werd gevraagd om de brief door te sturen naar andere organisaties of professionelen die kennis hebben van de problematiek. We beroepen ons hiervoor op het sneeuwbaaleffect. De inclusiecriteria die in dit tweede deel van kracht waren, omvatten het zijn van een professioneel en het in contact komen met het sociaal netwerk van (ex-) geïnterneerden, of het kennis hebben over internering in het algemeen.

Ook de focusgroep ving aan met een uitgebreide introductie die opnieuw de belangrijkste gegevens omvatte. In dit onderzoek nam Sara Rowaert de rol van moderator op zich en Laura Thomas die van notulist/observator. De bandopnames zorgden er in dit deel van het onderzoek eveneens voor dat een gedetailleerde transcriptie van de focusgroep kon opgesteld worden.

Er werd één focusgroep van twee en een half uur georganiseerd voor vier professionelen en één interview met één professioneel van anderhalf uur. Deze tweede fase verliep van februari 2015 tot maart 2015 en ging door in de Faculteit voor Psychologische en Pedagogische Wetenschappen (FPW) te Gent.

2.3. Instrumenten

2.3.1. Focusgroep

In dit tweede deel van het onderzoek werd gebruik gemaakt van de focusgroep als dataverzamelmethode. Volgens Van Hove en Claes (2011) is dit een collectief en interactief interview met een groep van mensen dat, aan de hand van een discussie rond een onderzoeksonderwerp, rijke data tot doel heeft. De keuze voor focusgroepen brengt verscheidene voordelen met zich mee. Zo zorgt de groepsdynamiek van deze methodiek ervoor dat de deelnemers elkaar inspireren en creatief kunnen denken in de richting van oplossingen (Baarda et al., 2005; Howitt, Cramer, Hermans, & Rouckhout, 2007; Kitzinger, 1995; Van Hove & Claes, 2011). Ook wordt een veilige sfeer gecreëerd door het zich omringd voelen met lotgenoten enerzijds en door de eenvoud van de methode anderzijds (Elliott, Heesterbeek, Lukensmeyer, & Slocum, 2005). Omdat met belangrijke thema's aan de slag werd gegaan die veel aandacht vereisen en omdat het de bedoeling was te peilen naar de meningen van professionelen, werd ervoor gekozen de focusgroep te beperken in aantal (Elliott et al., 2005).

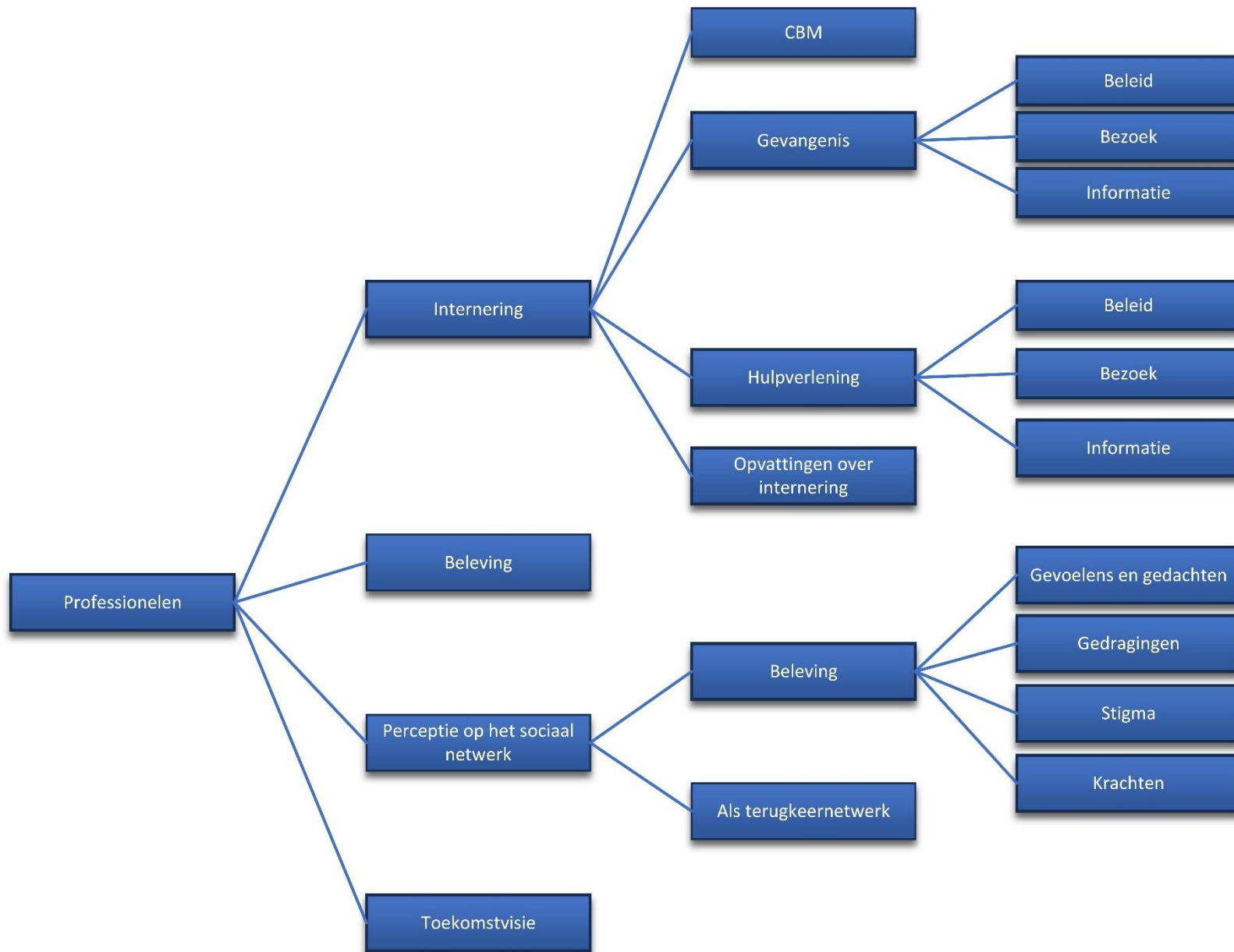
Ook hier werd een onderwerpschema (bijlage 2) opgesteld. De onderwerpen, bepaald op basis van de resultaten uit deel één, zijn: bejegening, betrokkenheid, en emoties, gedragingen en krachten van het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden.

2.3.2. NVivo 10

De thematische verwerking van de transcriptie van de focusgroeps gesprekken werd ook hier uitgevoerd door NVivo 10. Dit softwarepakket is uitermate geschikt voor deze dataverzamelmethode, aangezien het de mogelijkheid biedt *cases* (respondenten van de focusgroep) en *attributes* (kenmerken van de respondenten) te definiëren (Mortelmans, 2011).

2.4. Analyse

Om de gegevens te analyseren, werd ook in dit tweede deel gekozen voor thematische analyse. De transcriptie van de focusgroep werd regel per regel gelezen en gekoppeld aan de boomstructuur, zoals opgesteld in onderzoek één. Er werd weliswaar een *node* toegevoegd, namelijk opvattingen van professionelen, zodat ook specifieke thema's, die enkel van toepassing waren voor professionelen, een plaats konden krijgen in de finale boomstructuur. Nadat de analyse van de focusgroep plaatsvond, werd echter opgemerkt dat een aparte boomstructuur voor de focusgroep op zijn plaats zou zijn. Deze werd vervolgens opgesteld in samenspraak met promotor Prof. Dr. Stijn Vandevelde. Voor beide boomstructuren werd een codeerhandleiding opgemaakt om de codering zo consistent mogelijk te laten verlopen: elke categorie in de boomstructuur werd voorzien van een duidelijke definitie (bijlage 7).



3. Ethische aspecten van onderzoek

Alvorens de onderzoekers het onderzoek kenbaar maakten en data verzamelden, werden een A- en E-document ingediend bij de Ethische Commissie (EC). De nummers van goedkeuring voor deel één en deel twee zijn respectievelijk B670201422075 en B670201422077. Bovendien werd bij onderzoek één en twee telkens aan de respondenten gevraagd een geïnformeerde toestemming (bijlage 3) te tekenen. De participanten werden ook geïnformeerd dat men via de website: www.interneringsplus.ugent.be, kennis kan nemen van onder andere de resultaten van het onderzoek.

4. Kwaliteitscriteria

Lincoln en Guba (1985) stellen volgende vier criteria voor in het streven naar een betrouwbare en valide kwalitatieve studie.

1. **Credibility** gaat na of de studie daadwerkelijk meet wat men wou meten. In deze masterproef werd hieraan tegemoetgekomen doorheen het gebruik van informant-, data- en onderzoekerstriangulatie. Bovendien werden ook regelmatig *debriefing* gesprekken georganiseerd met Prof. Dr. Stijn Vandeveldde en Drs. Sara Rowaert. Ten slotte hangt deze vraag ook samen met het kiezen van de meest geschikte onderzoeksopzet. Aangezien de onderzoeksvraag peilt naar ervaringen en perspectieven van personen is kwalitatief onderzoek aan de hand van topic-interviews en focusgroepen het meest aangewezen.
2. **Transferability** neemt de transfereerbaarheid naar andere contexten onder de loep. Hieraan werd tegemoetgekomen doorheen het gebruik van *thick descriptions* in verband met de respondenten, duur, plaats en andere contextuele informatie over het onderzoek. De kleine onderzoeksgroep van veertien sociaal netwerkleden en vijf professionelen zorgt voor een beperkte transfereerbaarheid. Ondanks deze beperking zijn de onderzoekers ervan overtuigd dat de resultaten inzicht kunnen bieden in de ervaringen en noden en behoeften van sociaal netwerkleden van (ex-)geïnterneerden.
3. **Dependability** gaat na of de resultaten consistent zijn in geval van replicatie van het onderzoek. In deze masterproef werden de gebruikte methoden en technieken, de onderzoekssituaties en de respondenten zo gedetailleerd mogelijk omschreven. Bovendien werd regelmatig een *audit trail* georganiseerd met Sara Rowaert waarbij het onderzoek stapsgewijs en kritisch onder de loep genomen werd (Boeije, 't Hart, & Hox, 2009). Zo werd een vergelijking van de analyses bij twee vooraf bepaalde interviews gemaakt en werden de resultaten regelmatig besproken.
4. **Confirmability** kijkt of de resultaten zijn gevormd door ervaringen en ideeën van de respondenten of eerder door voorkeuren en motivaties van de onderzoeker. Om aan dit criterium te voldoen, werd gebruik gemaakt van *peer-debriefing* enerzijds, en het aangeven van beperkingen van het onderzoek in het onderdeel 'Kanttekeningen bij het onderzoek' anderzijds. Tevens hebben Sara Rowaert en Laura Thomas twintig citaten individueel geanalyseerd en vergeleken of deze aan

dezelfde *nodes* werden toegewezen. De overeenkomst was hoog waaruit bleek dat de *nodes* duidelijk waren.

Ten slotte werd om verlate en indirecte registraties tegen te gaan enerzijds, en selectiviteit van het geheugen te beperken anderzijds, gebruik gemaakt van registratieapparatuur, en werden de transcripties van de interviews en focusgroepen zo spoedig mogelijk na afname opgesteld (Baarda et al., 2005).

Hoofdstuk III – Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven. Deze worden gestaafd aan de hand van citaten van de respondenten uit beide delen van het onderzoek. Omwille van hun privacy worden de fictieve namen uit het onderdeel 'Methodologie' gehanteerd. Bij het eerste deel wordt een beeld geschetst van de beleving en de noden die de sociaal netwerkleden ervaren. Het tweede deel omvat de kijk van professionelen hierop.

1. Sociaal netwerk

In totaal zijn 1102 referenties gecodeerd onder de verschillende thema's van de boomstructuur. De drie thema's met het hoogst aantal referenties en dus diegene waaraan het sociaal netwerk het meest aandacht besteden, zijn: gevoelens en gedachten, opvattingen over internering en zoektocht naar hulp.

1.1. Ervaringen van het sociaal netwerk bij de diagnose

In de meeste gevallen wordt het sociaal netwerk reeds geconfronteerd met de stoornis van hun naastbetrokkene alvorens de internering een aanvang kent. Het belevingsproces dat hiermee gepaard gaat, start volgens hen bij het gewaarworden van gedragsveranderingen. Ze worden geconfronteerd met symptoom-specifieke gedragskenmerken die voor hen tot dan toe onbekend zijn en er ontstaat heel wat angst, machteloosheid en nervositeit. Het moment dat de diagnose door een expert uitgesproken wordt, valt hen zwaar. Zij geven aan geen, weinig of onbegrijpelijke informatie hierover te krijgen en stellen zich meteen het ergste voor. Ondanks de diagnose verklaren sociaal netwerkleden overspoeld te worden door een gevoel van ongeloof. Geleidelijk aan maakt dit ongeloof plaats voor de onvermijdelijke realiteit en wordt men zich bewust van de persistentie van de stoornis. Dit besef brengt volgens hen vooreerst heel wat schuldgevoel en schaamte met zich mee, zeker indien ook anderen het vermeende aandeel van het sociaal netwerk bevestigen.

“Zie eens hoe wij gefaald hebben in ons leven, want er is hier een verknipten!” (Nand, broer)

“Maar wij werden altijd, verweten ga ik niet zeggen, maar nagekeken als de ouders van dat kind dat hun kind geen deftige opvoeding konden geven, of niet streng genoeg waren. Om er tegen op in te gaan. En dat heb ik altijd heel lastig gevonden. Dat was altijd: laat hem eens een week hier bij ons komen, hij zal wel herkweekt worden. Altijd zo van die opmerkingen.” (Veerle, moeder)

Daarnaast wordt men geconfronteerd met een verlieservaring. Eerder geformuleerde verwachtingen kunnen niet meer ingelost worden, waardoor afscheid genomen moet worden van vooropgestelde dromen. Aangezien de stoornis zich kenmerkt door afwisselende periodes van verbetering en achteruitgang wordt het sociaal netwerk geconfronteerd met een voortdurend heen en weer geschommel tussen hoop en wanhoop. Verder ervaren zij ook angst om dezelfde symptomen te ontwikkelen en zorgt de diagnose tot slot voor een lange zoektocht naar hulp. De manier waarop men

deze tocht ervaart, hangt volgens hen af van het wel of niet ondersteund worden door betrokken hulpverleners.

1.2. Ervaringen van het sociaal netwerk t.a.v. de interneringsmaatregel

Naarmate de tijd vordert, leren de respondenten beter omgaan met de situatie waarin zij zich bevinden. Toch ervaren zij nog regelmatig terugvallen, en noemen zij tal van zaken op die het hen moeilijk maken om tot 'herstel' te komen. Velen leven namelijk met de voortdurende angst dat hun naastbetrokkene opnieuw in de gevangenis zal belanden. Deze angst wordt gedeeltelijk levend gehouden doordat professionelen dreigen met opsluiting als er iets mis zou lopen. Daarnaast levert de invloed van stigmatisering op het toekomstige sociale en professionele leven van de (voormalige) geïnterneerde persoon ook heel wat angst op. Het gebrek aan juiste informatie vertraagt het belevingsproces van het sociaal netwerk, en hoewel men de ziekte kan aanvaarden, heeft men het moeilijk met de manier waarop daarmee wordt omgegaan. Na beëindiging van de interneringsmaatregel blijft hun leven tot slot voorgoed beïnvloed door de constante zorgen die de naastbetrokkene vereist.

"Het stopt niet en het zal nooit stoppen. Allee, het zal wel stoppen, als ge dood zijt. Dan stopt dat, maar ... Dat is levenslang. Hij heeft levenslang, maar wij hebben ook levenslang hé?"
(Veerle, moeder)

Allen formuleren een nood aan continuïteit van zorg en ondersteuning, gekenmerkt door respect, veiligheid, stabiliteit en vertrouwen. Dit zou volgens hen gerealiseerd kunnen worden door de invoering van een trajectbegeleider of coach die van bij de start aanwezig is, alles in goede banen leidt, en de geïnterneerde persoon en zijn sociaal en professioneel netwerk coördineert in het opnemen van taken.

Het doormaken van dit spiraalsgewijs belevingsproces bestaat uit verschillende ervaringen (1.2.1 - 1.2.3), en zorgt volgens de sociaal netwerkleden voor positieve en negatieve veranderingen bij henzelf (tabel 2). Opvallend is dat een aantal van hen met een zucht reageren wanneer het concept 'herstel' wordt aangehaald. Zij opteren eerder, zoals hierboven reeds aangegeven, voor het doormaken van ervaringen om hun proces te omschrijven.

TABEL 2

Positieve en negatieve veranderingen ten gevolge van het belevingsproces.

Positieve veranderingen	Negatieve veranderingen
<ul style="list-style-type: none">- Meer relativieren van alledaagse problemen.- Meer mededogen krijgen voor, rekening houden met, en minder snel veroordelen van anderen.- Een gemakkelijker karakter en een sterkere persoonlijkheid krijgen.	<ul style="list-style-type: none">- Je wordt wat verbitterd.- Je verhardt.- Je wordt prikkelbaarder.

1.2.1. Emotionele cocktail

Op het moment dat de interneringsmaatregel uitgesproken wordt, ondergaan de leden van het sociaal netwerk een stroom van gevoelens en gedachten.

Zij ervaren heel wat **ongeloof**, onder andere omdat hun naastbetrokkene een misdrijf heeft gepleegd, en, hoewel hij nood heeft aan psychiatrische zorg, daarvoor achter tralies belandt. De korte observatie van de gerechtspsychiater als manier om te bepalen tot ontoerekeningsvatbaarheid, en de wanverhouding tussen het gepleegde misdrijf en de gevolgen hiervan, dragen eveneens bij aan deze gevoelens. Zij maken het aanvaarden van de situatie uitermate zwaar.

“En hij is daarvoor veroordeeld, als poging tot inbraak. Waarom weet ik niet. Het was gewoon, hij was psychotisch. Er kwam lawaai uit de auto dacht hij. Hij wou niets stelen è . . . En toch is hij daarvoor veroordeeld . . . Ik vind dat raar.” (Jade, moeder)

Ook **verdriet en angst** zijn voor het sociaal netwerk emoties die geregeld naar boven komen, zowel voor het gepleegde misdrijf en het in de handboeien worden geslagen door politie, als voor het verblijf in en bezoek aan de gevangenis en het verlies van dromen en verwachtingen.

“In het begin heb je schrik. Uw emotie is precies alsof je zelf gevangen bent.” (Katrien, moeder)

Hoewel internering en de gevolgen ervan heel wat negatieve gevoelens oproepen, ervaart het sociaal netwerk eveneens **opluchting**. Zo vinden de sociaal netwerkleden dat ze even een adempauze konden inlassen en, indien de geïnterneerde persoon een geschiedenis van rondzwerven kende, terug gerustgesteld konden zijn over zijn verblijflocaatie.

“Als hij vast zat, heb ik wel, dat klinkt nu heel raar. . . . Geen geruststelling dat hij gevangen was, maar dat ik wist waar hij was. Het was zo van: ik weet waar hij is en ik kan hem altijd vinden.” (Katrien, moeder)

Naast ongeloof, verdriet en angst heeft ook **woede** een centrale plaats in het belevingsproces van het sociaal netwerk. Ten eerste vanwege het label van ‘crimineel’, dat zij als zwaarder ervaren dan het stigma rond ‘ziek-zijn’. Dit dubbel stigma is volgens hen vooral te wijten aan de onwetendheid van de mensen en aan de extreme beeldvorming in de media, waardoor ze nood hebben aan meer maatschappelijke bewustwording rond internering. Opvallend is dat sociaal netwerkleden die geen deel uitmaken van het gezin van de geïnterneerde persoon dit stigma veel minder ervaren. Zij geven aan niet deelgenomen te hebben aan de opvoeding en kunnen zich aldus meer distantiëren. Ook non-verbaal wordt dit duidelijk door hun neutrale wijze van vertellen gedurende het interview. Ten tweede voelen ze boosheid voor het gepleegde feit en op die manier voor de geïnterneerde persoon zelf, en ten derde, voor het middeleeuws en oubollig interneringssysteem. Het peilen naar hun mening over internering gaat dan ook tijdens de interviews gepaard met een boze gelaatsuitdrukking en een geïrriteerde ondertoon in hun stem.

Schaamte is eveneens aanwezig, onder andere bij het bezoek aan de gevangenis. Om zichzelf, de geïnterneerde persoon en andere naastbetrokkenen te beschermen, verklaart men selectief te zijn in

het bepalen aan wie men de situatie toelicht. Ze hebben immers gemerkt dat, indien ze deze informatie delen met anderen, ze hier naar behandeld worden en dus stoten op een gebrek aan ruimdenkendheid. Samen met het versterken van **schuldgevoelens** door veroordelingen en verwijten van anderen, en het niet willen geconfronteerd worden met het goede leven dat anderen leiden, zorgt dit voor sociale isolatie. Ondanks deze schaamte blijven de meeste sociaal netwerkleden de geïnterneerde persoon trouw bezoeken: enerzijds in het belang van de geïnterneerde persoon en anderzijds omwille van eigen noden. Want 'hem zien is minder erg dan hem niet zien'. Er is dan ook slechts één respondent die besloten heeft geen contact meer te nemen met de geïnterneerde persoon.

Tot slot voelen ze zich **machteloos**, omdat ze, op het moment dat hun dierbare geïnterneerd wordt, niet veel kunnen doen.

"Het enige wat je kunt doen is bezoeken . . . Stand-by blijven, proberen zelf gezond blijven, echt te blijven, eerlijk te blijven en bezoeken en voor de rest ..." (Katrien, moeder)

Sommige respondenten, van wie de naastbetrokkene reeds lange tijd in de gevangenis verblijft, laten zich omwille van de uitzichtloze situatie dan ook tijdens het gesprek overmannen door emoties. Het voortdurend moeten wachten, geconfronteerd worden met plaatsgebrek in aangepaste voorzieningen, het tekort aan interesse in geïnterneerden door advocaten en beleidsmakers, en het niet gehoord worden, zorgen eveneens voor onmacht. Bovendien worden sommige sociaal netwerkleden uitgesloten van de zoektocht naar een nieuw verblijf en dus buitenspel gezet als mantelzorgers, en dit terwijl anderen net aan hun lot worden overgelaten en niet worden ondersteund tijdens het op intake gaan in een geschikte voorziening. Ze zijn daarom van mening dat meer middelen en vooral (speciaal opgeleid) personeel onontbeerlijk zijn. Het niet uitnodigen van het sociaal netwerk op de CBM-zittingen en ten slotte het uitgesloten worden van duidelijke en juiste informatie in de gevangenis en hulpverlening door het beroepsgeheim aan de ene kant, en het personeelstekort aan de andere kant, zijn tevens belangrijke oorzaken van machteloosheid. De sociaal netwerkleden vinden derhalve dat er nood is aan inspraak, juiste informatie, advies, ondersteuning en opvolging.

Om te besluiten kan opgemerkt worden dat deze emotionele cocktail een grote invloed heeft op de mentale en fysieke gezondheid van de sociaal netwerkleden. Zowel slaapproblemen en hoge bloeddruk als depressies worden door hen vermeld. Hoewel bovenstaande gevoelens en gedachten pertinent aanwezig blijven, laat men er zich in het verdere verloop van het belevingsproces niet steeds door overweldigen. Gedurende de interviews wordt dit ook in hun non-verbaal gedrag duidelijk: het verhaal wordt op een bezielde wijze en met de nodige emoties verteld, maar de meerderheid houdt zich sterk.

1.2.2. Tocht door hulpverleningslandschap

Zowel familie- als niet-familieleden voelen heel wat strijdvaardigheid.

"Ik heb echt willen opkomen voor de rechten van mijn zoon, omdat mijn zoon daar niet toe in staat was." (Joke, moeder)

"We zullen wel eens alle wegen bewandelen voor we er ons bij neerleggen!" (Katrien, moeder)

“De aanhouder wint hé!” (Tom, vader)

“Ik ga tot op 't bot. . . . Ja, ik zou door het vuur lopen!” (Gérard, bewindvoerder)

Een aantal van hen hebben dan ook de bewindvoering op zich genomen, waardoor ze nieuwe invalshoeken hebben om met de geïnterneerde persoon in gesprek te gaan, op de hoogte zijn van de financiële situatie, en niet moeten vrezen voor toekomstige interventies door een onbekende indien er iets voorvalt in het sociaal netwerk (vb. een sterftegeval). Het feit dat het een extra taak is, ze zelf heel wat informatie moeten opzoeken en voortdurend op de hoogte moeten zijn van veranderingen en aanpassingen, formuleert men dan weer als nadelig. Indien ze toch opteren voor een externe bewindvoerder wil men dat deze betrokken is, persoonlijk contact neemt, naast het administratieve en financiële aspect ook het welzijn in het oog houdt, transparant is in zijn manier van werken en de geïnterneerde persoon in zijn of haar waardigheid laat.

Naast de bewindvoering uit de strijdvaardigheid zich ook in de zoektocht doorheen het hulpverleningslandschap, dat volgens de respondenten overigens niet alleen emotioneel, maar ook rationeel-technisch geladen is. Ze bevinden zich immers in onbekende wateren en dienen vertrouwd te raken met juridisch en sociaal vakjargon. Wanneer ze een behandeling op maat vinden voor de geïnterneerde persoon, en de voorziening warmte, menselijkheid en verbondenheid uitstraalt, voelen ze zich geslaagd in hun zoektocht. Daarnaast vinden ze het van belang om als sociaal netwerk voldoende ondersteund te worden door de voorziening. Indien geen geschikte vorm van zorg gevonden wordt, voelen ze frustratie en uitputting, en neemt hun strijdvaardigheid gestaag af. Zij worden namelijk geconfronteerd met problemen zoals de hoge kost voor zorg en voorziening, het gebrek aan uitleg op maat, de praktische en financiële knelpunten om op bezoek te gaan, het niet beschikbaar zijn van professionelen en het ontbreken van afstemming op hun behoeften. De respondenten verklaren daarom nood te hebben aan vraaggerichte hulp en transparantie van de zorg.

Het is net door de teleurstellingen die men gedurende deze zoektocht vaak ervaart, dat men een eerder afwachtende houding aanneemt ten aanzien van recent genomen initiatieven. Zo zijn ze van mening dat het FPC te Gent nog ‘in zijn kinderschoenen’ staat, ‘au fond nog altijd een gevangenis is’ en het doel van resocialisatie zal missen indien er niet genoeg uitstroombmogelijkheden worden gecreëerd. Een aantal van hen vinden echter dat de professionelen zelf niet zomaar met de vinger mogen gewezen worden, aangezien zij hun uiterste best doen om met de beschikbare middelen een zo goed mogelijke zorg aan te bieden.

“Maar die mensen zijn evengoed slachtoffer. En medeplichtig wordt ge gezien. Ge duwt er hen mee in, in de miserie. Het is een onderbetaalde en ondergewaardeerde sector.” (Nand, broer)

Wanneer de sociaal netwerkkleden vervolgens gevraagd worden hoe zij tot deze strijdvaardigheid komen, halen zij het ontwikkelen van copingstrategieën aan. Dit zijn onder andere: bezig blijven en actief zijn, zorg dragen voor zichzelf en tijd vrij maken voor eigen dingen, zorgen voor een houvast (persoon, activiteit), zichzelf het recht geven om het eens in de kast op te bergen en minder leuke zaken

met leuke zaken combineren (zoals bijvoorbeeld na een bezoek aan de gevangenis een mooie wandeling maken).

Daarnaast zijn er een groot aantal krachten die hen hierbij helpen. Het gehoord, gesteund en erkend worden door, en het krijgen van tips en positieve feedback van professionelen zijn er twee van. Volgens hen zou een ombudsdienst die klachten verzamelt hiervan een mogelijke invulling kunnen zijn. Verder beschouwen zij het zelf op zoek gaan naar of het krijgen van informatie aan de hand van een handboek of vademecum, en tot slot de steun van het gezin, vrienden, burens, kennissen, lotgenoten, huisdieren en de geïnterneerde persoon als belangrijke drijfkrachten.

In verband met het lotgenotencontact formuleren zij wel moeite te hebben met de voortdurende confrontatie, de concurrentie tussen lotgenoten voor een plaats in de hulpverlening en het niet verder gaan dan het uiten van misnoegen over de eigen situatie. Eén van de respondenten voegt hieraan toe angst te hebben voor het eventuele lekken van informatie over haar situatie naar buiten toe. Aangezien de sociaal netwerklleden nood hebben aan het opbouwen van duurzame banden met lotgenoten, en zij van mening zijn dat deze enkel kunnen ontstaan wanneer tijd en ruimte gemaakt wordt om hierin te investeren, opteren zij ervoor deze langzaam te laten ontstaan doorheen informele contacten.

1.2.3. Opkomen voor zichzelf, de geïnterneerde persoon en het breder belang

Sommige sociaal netwerklleden hebben het heft in eigen handen genomen en maken zichzelf niet langer verwijten. Zo hebben een aantal van hen relevante opleidingen gevolgd en zijn anderen werkzaam in de sociale sector. Niet enkel op persoonlijk, maar ook op beleidsmatig vlak wil men veranderingen teweegbrengen. Ze nemen daarom deel aan werkgroepen of projecten die ijveren voor verandering in het interneringsverhaal.

Over de toekomst geven de meesten aan van dag tot dag te leven en niet teveel vooruit te durven kijken, omdat ze geen valse verwachtingen willen creëren. Diegenen die wel naar de toekomst kijken, hopen op verschillende dingen: recht op betrokkenheid in en verbetering van de situatie van de geïnterneerde persoon, een geslaagde resocialisatie, meer positieve media-aandacht om zo de internering uit de taboesfeer te halen, en vooral dat de geïnterneerde persoon gelukkig mag zijn. De rest van hun leven zullen zij voor de geïnterneerde persoon moeten zorgen, en hoewel dit voor hen een zware last is, doen de meesten dit graag.

“Wat er telt, is wat het beste is voor J. En wij passen ons aan. En zo moet het zijn. Zo willen we het.” (Janne, zus)

1.3. Meervoudig belevingsproces

Doorheen de gesprekken met de sociaal netwerklleden kan vooral onthouden worden dat hun beleving ten aanzien van de interneringsmaatregel niet geïsoleerd plaatsvindt. Zo geven ze in eerste instantie aan beïnvloed te worden door de beleving van de geïnterneerde persoon zelf, en op hem/haar een invloed uit te oefenen. In tweede instantie maken ze voorafgaand aan en/of gelijktijdig met de beleving ten aanzien van de interneringsmaatregel ook een belevingsproces door ten aanzien van de stoornis

van hun naastbetrokkene. En ten slotte wordt hun beleving mede vormgegeven door hun indrukken ten aanzien van het gepleegde criminele feit en de gevolgen die hieraan vasthangen. Het sociaal netwerk, van wie de geïnterneerde persoon een (voormalige) gevangene is, geeft aan dat de laatstgenoemde beleving het zwaarst doorweegt.

“Ik vind het erger dat hij in de gevangenis zit dan dat hij een psychische stoornis heeft. Want aan die psychische stoornis kan je niets veranderen, terwijl je aan de gevangenis wel iets zou kunnen doen.” (Noor, moeder)

Vanuit de bovenstaande bevindingen kan worden besloten dat het belevingsproces van het sociaal netwerk ten aanzien van de interneringsmaatregel bestaat uit diverse deelprocessen die elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken. Hoewel buiten kijf staat dat deze processen zich simultaan afspelen, kunnen zij in tijd zowel een gelijktijdig als een verschillend startpunt kennen.

“Ge zit eerst met de pijn van de ziekte en dan zit ge met de schande van de straf.” (Jade, moeder)

“Ik vond dat verschrikkelijk. Ik zal dat nooit vergeten. Het was haar eerste bezoek, haar eerste confrontatie met een psychische ziekte. Want ze hebben dienen jongen opgepakt op straat. Hij heeft nooit in de psychiatrie of niets gezeten . . . En nu is hij in de gevangenis.” (Jade, moeder over een lotgenote)

2. Professionelen

In de boomstructuur van de professionelen zijn in totaal 112 referenties gecodeerd onder de verschillende thema's. De drie thema's waaraan de professionelen het meest aandacht besteden, zijn: beleid van de hulpverlening, beleid van de gevangenis en gevoelens en gedachten.

2.1. Het sociaal netwerk door de professionele bril

2.1.1. De casting van het sociaal netwerk door de professionelen

De professionelen kennen verschillende rollen toe aan het sociaal netwerk, dat volgens hen overigens bijna uitsluitend bestaat uit het kerngezin. Ze zien hen vooreerst als enige schakel die de geïnterneerde persoon heeft met de maatschappij en beschouwen hen als een eerste aanspreekpunt en in die zin een terugkeernetwerk in de resocialisatie. Rekening houdend met de risico's die dit inhoudt, zien de professionelen het sociaal netwerk als een volwaardige partner van wie de sterktes en competenties als uitgangspunt dienen genomen te worden. Eén professioneel uit de hulpverlening maakt in deze afweging gebruik van een eerste kennismaking met de FSNA. Ondanks de kwetsbaarheid die uitgaat van het netwerk en de andere waarden en normen die men hanteert, blijven de professionelen – zonder een oordeel te vellen over het wel of niet 'goed' zijn van het netwerk – inzetten op het behoud ervan. De sociaal netwerkliden zijn immers van cruciaal belang voor het herstel van de geïnterneerde persoon, waaruit volgt dat hun stress, spanning en lasten dienen beluisterd te worden. En hoewel ze hen soms

ook zien als slachtoffer, zetten ze vooral in op het sociaal netwerk als autonoom construct, die zelf in staat is verantwoordelijkheden op te nemen.

2.1.2. Een professionele invalshoek op de beleving van het sociaal netwerk

Het tonen van begrip, respect en empathie voor de beleving van het sociaal netwerk wordt door de professionelen als belangrijk aangezien. Ze zijn van mening dat de schuld en schaamte die sociaal netwerkleden ervaren zich niet bevindt bij het vragen om hulp voor de stoornis van de geïnterneerde persoon, maar eerder bij het feit dat hun naastbetrokkene in de gevangenis belandt. Hieruit concluderen zij dat de schuld en schaamte zich niet bij het sociaal netwerk, maar net bij de maatschappij zou moeten bevinden, aangezien zij een ziek persoon uitsluiten van hulp. Daarnaast kan de machteloosheid die sociaal netwerkleden ervaren volgens de professionelen leiden tot vechtlust voor verbetering in hun situatie, waardoor ze de tocht door hulpverleningslandschap aanvatten. Hoewel zij deze strijdvaardigheid hoopgevend vinden, merken ze op dat deze geen constante is, onder andere door het gebrek aan informatie.

“Ik kom geen mensen tegen die dag in dag uit er volledig voor gaan en er blijven in geloven. Dat kom ik zelden tegen. Wel mensen die strijdvaardige momenten hebben en dat je voelt: ze willen nog vooruit.”

Een ander vaak voorkomend gedrag dat de professionelen bij het sociaal netwerk signaleren, is ‘loyaliteit’. Niettegenstaande hun bewondering hiervoor wijzen zij op de noodzakelijke begrenzing ervan, aangezien dit ervoor kan zorgen dat er ‘onder hun ogen dingen mislopen’.

2.2. Krachten en knelpunten van betrokkenheid

Als er wordt ingegaan op de krachten en knelpunten van betrokkenheid van het sociaal netwerk bij het interneringsparcours, kan vastgesteld worden dat de professionelen vooral de nadruk leggen op het enkel kunnen bestaan van partnerschap wanneer elke partij uit de triade bereid is mee te werken.

“Wij zijn er, de geïnterneerde is er en het netwerk is er. Alle drie de partijen moeten meegaan in iets, moeten mee een weg inslaan. Is er één van de partijen die niet mee wilt, of niet toestemt dan gaat het gewoon niet door.”

Een weigering van één van de drie partijen kan bijgevolg een groot knelpunt vormen in de betrokkenheid. De geïnterneerde persoon kan namelijk beslissen tot weigering van contact omwille van conflicten uit het verleden of omwille van de kwaadheid die hij voelt jegens het sociaal netwerk dat de aanzet gaf tot opname. Ook kan hij weigeren bezoek te ontvangen en dit omdat hij zijn sociaal netwerk wil beschermen tegen het langdurige wachten en de vereiste bezoekprocedures. Het sociaal netwerk zelf kan eveneens overgaan tot het besluit de betrokkenheid stop te zetten. Dit indien er sprake is van een geschiedenis van agressie, slachtofferschap in het sociaal netwerk, weerstand tegenover de internering of een gebrekkig inzicht in de problematiek waardoor misverstanden ontstaan. Een andere reden is het steeds maar weer teleurgesteld worden wanneer de leden, na vele afgelegde kilometers, de geïnterneerde persoon toch niet te zien krijgen. De professionelen komen tussen in de betrokkenheid

op het moment dat er op de één of andere manier misbruik wordt gemaakt van de geïnterneerde persoon of wanneer het sociaal netwerk de kans op recidive verhoogt.

Het tekort aan middelen, personeel en tijd enerzijds, en het beroepsgeheim anderzijds, zorgt ervoor dat het sociaal netwerk een gebrek aan correcte informatie ervaart. Het feit dat de geïnterneerde persoon meerderjarig is, belemmert de professionelen dus in het delen van informatie zolang zij hier geen toestemming voor krijgen. Om toch aan het informatietekort tegemoet te komen, besloot men in de gevangenis informatiemomenten te organiseren. Financiële problemen, afstand, tijd, angst voor confrontatie en geschiedenis van teleurstelling gooiden echter roet in het eten en zorgden voor een beperkte opkomst. Het voorzien in gezellige bezoeken met verschillende geïnterneerden en hun sociaal netwerkleden, en het als professioneel kunnen aansluiten bij bezoek, is volgens hen een grote kracht, maar wegens tijdsgebrek bij velen niet haalbaar.

Zonder de mogelijkheid tot contactname kan betrokkenheid niet gerealiseerd worden. Het telefonisch contact in de gevangenis is beperkt en hangt deels af van de financiële situatie waarin men zich bevindt. Ook het schrijven van brieven brengt heel wat beperkingen met zich mee. Een manier om hieraan tegemoet te komen is het op poten stellen van persoonlijk contact tussen elk van de drie partijen, waarbij via samenwerking vorm gegeven wordt aan de reclasseringspiste, en dit doorheen het bieden van een luisterend oor en het geven van erkenning. Het gebruik van sociale media, kan zorgen voor contact tussen het sociaal netwerk en de geïnterneerde persoon op het moment dat een fysieke ontmoeting onmogelijk is.

“Een andere manier die we tegenwoordig wat hanteren is zo de nieuwe sociale media. Op die manier hebben we wel wat contacten kunnen herstellen. Bijvoorbeeld man van Congolese oorsprong die op die manier toch weer contact heeft kunnen leggen met zijn halfbroers en halfzussen. . . . Dus dat zijn ook wel dingen die we proberen in positieve zin in te zetten daarvoor.”

De gevangeniscontext op zich kan volgens hen als kracht en knelpunt gezien worden. Want hoewel dit voor een adempauze zorgt waardoor op lange termijn het contact terug positief kan verlopen, is de detentietijd vaak lang en brengen de gevangenis en de associatie van hun naastbetrokkene met een crimineel heel wat stigma's met zich mee. Daarnaast is ook het niet vrijuit kunnen spreken van het sociaal netwerk met de PSD (psychosociale dienst) een knelpunt. Omwille van de onderbezetting bij en de adviserende functie van het PSD naar de CBM zijn de sociaal netwerkleden immers niet happig informatie met hen te delen.

Het afstemmen van het aanbod op de noden en behoeften van het sociaal netwerk is dan weer gunstig voor de betrokkenheid, en dit door zowel informeel en laagdrempelige activiteiten als meer geplande informatiemomenten te organiseren. Huisbezoeken doen, telefonisch contact met het sociaal netwerk onderhouden en inzetten op individuele of groepsgerichte gesprekken helpen ook. Toevallige gebeurtenissen, zoals een hereniging tussen de geïnterneerde persoon en het sociaal netwerk op een begrafenis, kunnen er ook toe leiden dat na jaren van gebrekkig contact de betrokkenheid terug toeneemt.

De reden waarom volgens de professionelen zo sterk op deze betrokkenheid moet ingezet worden, is dat de geïnterneerde persoon op deze manier de kans krijgt om naast het zijn van patiënt of bewoner terug de rol in te nemen van familielid, vriend of buur. De betrokkenheid tussen het sociaal netwerk en professionelen loont ook: op deze manier krijgt men zicht op de situatie waarin het sociaal netwerk zich bevindt en kan men vaak meer begrip opbrengen voor die zaken die zich in het verleden hebben afgespeeld.

2.3. Kritische blik op internering

In verband met internering halen de professionelen een aantal heikele punten aan. De detentietijd is vaak zeer lang en de manier van aanpakken bij geïnterneerden wordt volgens hen onvoldoende gedifferentieerd naargelang de stoornis die men heeft. Het construct van ontoerekeningsvatbaarheid roept bij hen eveneens vragen op. Geïnterneerde personen kunnen namelijk – net zoals andere gevangenen – tucht oplopen omwille van het niet nemen van hun verantwoordelijkheid. Er zou daarom sprake moeten zijn van gradaties van verantwoordelijkheden en differentiatie ervan naargelang het ziektebeeld. Wat hen echter vooral tegen de borst stoot, is dat zij weten dat ze als professionelen meer kunnen doen voor de geïnterneerde persoon en zijn sociaal netwerk, maar dat ze hierin beperkt worden door het strakke systeem waarin ze moeten werken. Diegenen die de beslissingen maken, beseffen niet wat voor praktische implicaties dit teweegbrengt.

“Het is ook gewoon een systeem waar je niet achter staat. Het is niet omdat ik daar werk, dat ik dat systeem goedkeur. Maar als ik daar niet ben, en als wij daar met z’n allen niet zijn, is het nog erger. En dat is het enige... We keuren het niet goed en we kunnen het niet aanpakken en dat is frustrerend.”

Naar de toekomst toe hopen zij onder andere dat de detentietijd van de geïnterneerden een stuk beperkter zal zijn. Een andere stap voorwaarts zou het installeren zijn van één aanspreekpunt voor het sociaal netwerk in de gevangenis en voorzieningen. Deze persoon zou de informatie die het sociaal netwerk vraagt kunnen centraliseren, doorgeven aan de juiste personen, en opvolgen of het sociaal netwerk daadwerkelijk antwoord krijgt. Dit direct en persoonlijk contact zorgt voor een vertrouwensband waardoor het behoud van contact met het netwerk verbetert. Daarnaast zou het volgens hen bevorderlijk zijn indien diegene die met de geïnterneerde persoon werkt ook aan de slag gaat met het sociaal netwerk. Er zou een individuele begeleider en daaruit volgend een vertrouwenspersoon voor alle betrokkenen in een interneringssituatie kunnen aangesteld worden. Eén van de professionelen voegt hieraan toe dat het waardevol zou zijn indien er één persoon zou zijn die de functie van trajectbegeleider op zich neemt en de geïnterneerde persoon en zijn sociaal netwerk gedurende de volledige internering (en nazorg) begeleidt. Vanuit deze gedachtegang concluderen zij dat informatie niet via onbegrijpelijke foldertjes zou moeten gegeven worden, maar door deze vertrouwenspersoon of via het aanspreekpunt.

Hoofdstuk IV – Discussie

In dit onderzoek is nagegaan wat de invloed is van de interneringsmaatregel op het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden. Deze probleemstelling is vertaald naar drie beschrijvende onderzoeksvragen. In deze discussie worden de resultaten voor elk van deze onderzoeksvragen besproken, gelinkt aan literatuur en overzichtelijk gemaakt in een figuur (bijlage 8). Verder worden er suggesties gegeven voor de praktijk en voor toekomstig onderzoek, en wordt het huidige onderzoek kritisch besproken.

1. Onderzoeksvragen

1.1. Welke emotionele beleving heeft het sociaal netwerk ten aanzien van de interneringsmaatregel?

1.1.1. Het meervoudig, spiraalsgewijs belevingsproces

Alvorens het kritisch onder de loep nemen van bevindingen uit het onderzoek, wordt eerst een conceptuele kwestie aangehaald. In verschillende wetenschappelijke publicaties – onder andere die van Spaniol (2010) – wordt gesproken over het doormaken van een herstelproces. Een opvallende vaststelling is echter dat, hoewel de sociaal netwerkliden van geïnterneerden bevestigen dat hetgeen waar herstel in de literatuur voor staat, door hen ervaren wordt, zij het concept ‘herstel’ hier niet steeds geschikt voor vinden. Het doormaken van verschillende ervaringen en indrukken, waarvan sommigen hen langzamerhand leren omgaan met de situatie, wordt daarom in zowel de beschrijving van de resultaten als in deze discussie benoemd met de term ‘belevingsproces’.

Doorheen het onderzoek is duidelijk geworden dat de beleving die sociaal netwerkliden van geïnterneerden ervaren zich niet in een vacuüm bevindt, maar vormgegeven wordt door diverse deelprocessen die elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken in tijd en intensiteit. In eerste instantie kan opgemerkt worden dat het sociaal netwerk en de geïnterneerde persoon elkaars beleving samen vormgeven. De emotionele aanstekelijkheid zorgt ervoor dat niet alleen de geïnterneerde persoon, maar ook zijn sociaal netwerk heel wat stress ervaart. In tweede instantie blijkt dat hun beleving wordt beïnvloed door hun indrukken ten aanzien van het gepleegde misdrijf en de gevolgen ervan, wat meteen ook gepercipieerd wordt als het zwaarst te dragen proces (Tsang et al., 2002). In derde instantie werken ook hun ervaringen met de stoornis in op hun beleving. In dit laatstgenoemde belevingsproces ervaren zij angst voor het symptoom-specifiek gedrag, valt de diagnose hen zwaar en wordt men zich, na een periode van ongeloof, bewust van de chronische aard van de problematiek. Hoewel ze na een terugval hun verwachtingen opnieuw moeten bijstellen, creëren nieuwe gebeurtenissen terug hoop (Spaniol, 2010), waardoor ze gemotiveerd blijven. Naast de bevestiging dat de sociaal netwerkliden een uitzonderlijk zware tocht doormaken (James, 1996; Nordström et al., 2006; Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002), geeft dit onderzoek, met de hierboven geschetste meervoudigheid, meteen een mogelijke reden hiervoor aan.

Na het analyseren van de resultaten kan gesteld worden dat hun beleving aanvangt met het doormaken van een emotionele cocktail, ook wel omschreven als de *subjective burden* (Marsh & Johnson, 1997; Nordström, 2004). Ze worden overstelpt door allerlei gevoelens en gedachten die hen zowel lichamelijk als mentaal uitputten. En hoewel wetenschappelijke studies reeds veel van deze emoties nauwkeurig hebben beschreven, is het opmerkelijk dat dit onderzoek ook aantoonde dat de onbepaaldheid en onmenselijkheid van het interneringssysteem, de emotionele beleving van sociaal netwerkleden uit de Vlaamse context sterk vormgeeft. De machteloosheid die hiervan het gevolg is en die de interviews met de respondenten kenmerken, maakt dan ook meer aandacht voor fundamentele hervormingen van het interneringssysteem wenselijk.

Uit een studie van Spaniol (2010) blijkt vervolgens dat machteloosheid en frustraties aanzetten tot strijdvaardigheid en dat familieleden van personen met een psychiatrische problematiek vaak overgaan tot persoonlijke en politieke *advocacy*. Hoewel dit in overeenstemming is met de resultaten uit het onderzoek, nuanceren de respondenten: wanneer hun situatie onveranderlijk blijft, neemt assertiviteit in de zoektocht naar hulp en het opkomen voor eigen en andermans belangen af.

En ook na het einde van de interneringsmaatregel blijft het belevingsproces van het sociaal netwerk doorlopen. Net zoals Grad en Sainsbury (1963) verklaren zij dat stress en angst permanent aanwezig zijn. Het is voor hen niet eenvoudig om de draad van het gewone leven terug op te pikken en al zeker niet om toekomstplannen te maken. Ondanks de moeilijke momenten die zij blijven ervaren en het meermaals doormaken van het belevingsproces, leren zij steeds beter omgaan met de situatie en de emoties die deze teweegbrengen (Spaniol, 2010). Opvallend is dat een aantal respondenten opmerken dat zij ten gevolge van dit spiraalsgewijs belevingsproces anders staan tegenover zichzelf, anderen en meer in het algemeen het leven. Velen voelen zich als het ware beter, sterker en meer begripvol (Marsh & Johnson, 1997).

Het belevingsproces zoals hierboven beschreven, mag niet beschouwd worden als 'dé waarheid'. Ieder individu maakt dit proces op een andere manier door en legt verschillende nadrukken. Wel geeft het een eerste algemeen beeld van de ervaringen en veranderingen die het sociaal netwerk doormaakt.

1.1.2. Belemmerende en bevorderende factoren

Doorheen de gesprekken met de respondenten wordt meteen duidelijk dat heel wat belemmerende en bevorderende factoren het verloop van dit meervoudig en spiraalsgewijs belevingsproces beïnvloeden.

De vaststelling van Ferriter en Huband (2003) en McCann en collega's (1996) dat familieleden een tekort aan informatie ontvangen over de stoornis, wordt ook in dit onderzoek beaamd. Opmerkelijk is dat de respondenten aanvullen dat het hiaat rond informatie zorgt voor een vertraging van hun belevingsproces. Zij worden uitgesloten van informatie omtrent de stoornis, de zoektocht naar hulp, de justitiële acties ondernomen door de advocaat of CBM en de financiële en administratieve taken van de bewindvoerder. Bovendien zijn de professionelen dikwijls niet beschikbaar. De sociaal netwerkleden stoten vaak op gesloten deuren en ervaren een gebrek aan betrokkenheid en inspraak. Paradoxaal genoeg worden zij vaak aan hun lot overgelaten, waardoor zij verklaren een gebrek te ervaren aan

opvolging en ondersteuning bij de resocialisatie en dus continuïteit van de zorg. Dit gebrek aan informatie en ondersteuning in zowel de justitiële, de politionele als de hulpverlenende wereld wijten zowel de sociaal netwerklleden als professionelen aan het personeels- en middelentekort enerzijds, en het beroepsgeheim anderzijds.

Een andere belemmerende factor is het steeds weer moeten veranderen van voorziening, daar ze te maken krijgen met gebrekkige bereikbaarheid, bruikbaarheid, capaciteit en betaalbaarheid. Het is voor hen zeer uitputtend om zich elke keer opnieuw te moeten aanpassen aan nieuwe omstandigheden en rekening te houden met de beperkingen die hiermee gepaard gaan.

Uit de interviews met het sociaal netwerk blijkt dat ook stigmatisering een nefaste invloed heeft op hun beleving, aangezien ze leidt tot sociale isolatie, schaamte en machteloosheid (Ewertzon et al., 2010; Fadden et al., 1987; Lefley & Waslow, 1994). De netwerklleden krijgen een dubbel etiket opgeplakt en worden gezien als het netwerk van de 'zieke misdadiger'. Het stigma vormt samen met het misdrijf, de gerechtelijke procedure, het aankloppen bij de forensische diensten en het contact met de politie de grootste bronnen van stress en schaamte voor het sociaal netwerk (Tsang et al., 2002). Noemenswaardig is dat de professionelen concluderen dat deze schaamte zich eerder bij de maatschappij zou moeten bevinden, aangezien zij zieke personen uitsluiten van hulp. Naast stigmatisering als oorzaak van beperkte sociale contacten, geven zij aan dat dit veelal komt door vooroordelen en verwijten die ze door de samenleving naar hun hoofd geslingerd krijgen, of door de confrontatie met het 'goede leven' van anderen.

Niettegenstaande de bevestiging dat gewelddadig en symptoom-specifiek gedrag eveneens een belemmerende factor vormt voor de beleving van het sociaal netwerk (Caqueo-Urizar et al., 2009; Foldemo et al., 2005; Wong et al., 2012), voegen de respondenten ook de schuldinductie van anderen, het bezoek aan de gevangenis, het dreigen van professionelen tot heropsluiting en het oubollige systeem van internering met zijn onmenselijke gevolgen toe aan het lijstje van ervaren lasten.

Een bevinding uit het onderzoek is dat deze vele lasten die sociaal netwerklleden dragen hun mentale en fysieke gezondheid aantasten. Dit blijkt ook uit de studie van Fadden en collega's (1987) die aanhaalt dat de lasten een directe invloed hebben op de gezondheidstoestand van zorgdragers. Opmerkelijk is ook dat personen die momenteel geen zorgdragers meer zijn, nog steeds psychische of fysieke lasten kunnen ervaren, zoals bijvoorbeeld een depressie.

Naast belemmerende factoren, wordt het belevingsproces ook en vooral beïnvloed door sterktes en mogelijkheden (Hammond, 2010). Ze ontwikkelen copingstrategieën en ervaren veerkracht, waardoor zij steeds beter met de situatie kunnen omgaan (Marsh & Johnson, 1997; Saleebey, 2006; Spaniol & Zippel, 1994). Zowel uit het onderzoek van Solomon en Draine (1995) als uit de voorliggende resultaten blijkt dan ook dat zij een sterke zelfwerkzaamheid ontwikkelen, en dit onder andere door het actief participeren aan groepen en projecten, het volgen van opleidingen, het proactief op zoek gaan naar relevante informatie en het opnemen van taken als bewindvoerder. De respondenten voegen hier nog aan toe dat, indien zij toch opteren voor een bewindvoerder buiten het sociaal netwerk, zijn betrokkenheid en aandacht voor het welzijn belangrijke krachtbronnen kunnen betekenen voor hun

belevingsproces. Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat zij een set van vaardigheden en kennis ontwikkelen die hen in staat stelt zelf hun leven in handen te nemen, waardoor als het ware een gevoel van *mastery* en *empowerment* ontstaat (Wynaden, 2007).

Wat betreft de media zijn de resultaten uit dit onderzoek paradoxaal. Waar een aantal respondenten aanhalen dat de maatschappelijke bewustwording en vernieuwde aandacht in de media het stigma rond internering langzamerhand doet opklaren, wijzen anderen – en ook de studies van Ewertzon en collega's (2010) en Tsang en collega's (2002) – de onwetendheid van de mensen en de extreme gevallen die de media nog steeds naar voren brengen aan als de grootste oorzaak ervan. De manier waarop en vooral de waarheidsgetrouwheid waarmee de media bericht over internering, zouden hierin een mogelijke rol kunnen spelen. Dat sociaal netwerkliden die geen deel uitmaken van de familie van de geïnterneerde persoon dit stigma veel minder ervaren, en dit omdat men niet deelgenomen heeft aan de opvoeding, is dan weer een ondubbelzinnige bevinding. Aangezien publicaties over niet-familieleden van geïnterneerden een hiaat vormen in de literatuur, kan dit echter niet gestaafd worden met wetenschappelijke studies.

Het hebben van een sociaal vangnet vormt een grote kracht voor het sociaal netwerk van geïnterneerden (Wong et al., 2012). De respondenten zoeken steun bij familie, vrienden, burens, kennissen, lotgenoten en huisdieren. Het hebben van een positieve relatie met de geïnterneerde persoon is voor hen eveneens belangrijk. Naast sociale relaties kan ook het gehoord, gesteund en erkend worden door professionelen, die sociaal netwerkliden voorzien van tips, advies en positieve feedback, als een kracht worden beschouwd. De sociaal netwerkliden voelen zich namelijk ondersteund op het moment dat ze correcte informatie krijgen over de diagnose, de symptomen en de af te leggen procedure. Naast het transparant zijn, is het voor hen een sterkte indien ze betrokken worden in de zoektocht naar hulp en behandeling. Het kunnen participeren aan ondersteunende en gezellige bezoekenmomenten en het vinden van voorzieningen die warmte, menselijkheid en verbondenheid uitstralen, dragen tot slot eveneens bij aan een positievere kijk op hun belevingsproces.

Deze hierboven geschetste lasten en krachten worden in de figuur (bijlage 8) onderverdeeld volgens drie types beïnvloedende factoren: de situatie waarin de zorg wordt verleend, kenmerken van de zorgdrager en omgevingsfactoren (Wong et al., 2012). Voor de belemmerende factoren wordt ook gebruik gemaakt van de vier dimensies van lasten volgens Tsang en collega's (2002) en de clusters *subjective* en *objective burden* (Marsh & Johnson, 1997; Nordström, 2004; Wong et al., 2012). Eén dimensie, namelijk die van gebrek aan informatie, ondersteuning en betrokkenheid wordt toegevoegd, aangezien deze als zeer belangrijk wordt geacht door de sociaal netwerkliden en professionelen uit het onderzoek.

1.2. Waaraan heeft het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden nood?

Waar lasten zijn, zijn ook steeds noden (Tsang et al., 2002). Verschillende factoren, waaronder agressie, stigmatisering, sociale isolatie en contact met justitie en politie, maken de noden van sociaal netwerkliden van geïnterneerden talrijk (James, 1996; Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002). Uit

het onderzoek blijkt dat het Vlaams interneringssysteem op zich eveneens een verzwarende factor is. De respondenten drukken dan ook een sterke nood uit aan effectieve beleidsmatige veranderingen om de hedendaagse mensenrechtenschendingen een halt toe te roepen.

Tsang en collega's (2002) onderscheiden drie categorieën van behoeften, namelijk emotionele en psychologische noden, werk- en financiële zekerheid en noden wat betreft hulp- en dienstverlening. Deze drie groepen kunnen ook teruggevonden worden in de noden die de respondenten uit het onderzoek hebben aangehaald.

Wat betreft de eerste categorie verklaren zij net zoals Bernheim (1989) behoefte te hebben aan emotionele ventilatie en ondersteuning en dit onder andere in de vorm van het gehoord worden door professionelen, ruimte voor zelfzorg, het hebben van een sterk sociaal vangnet en het contact met lotgenoten. Opmerkelijk is dat de sociaal netwerkliden de organisatie van lotgenotencontact aankaarten. In plaats van theoretisch gestuurde bijeenkomsten of het uitwisselen van verhalen in grote groep zou men opteren voor het opbouwen van duurzame banden doorheen informele contacten.

Hoewel in verband met de tweede categorie, uit het masterproefonderzoek blijkt dat er sprake is van nood aan betaalbaarheid van voorzieningen, zijn de financiële noden, zoals geformuleerd door Ewertzon en collega's (2010) en Fadden en collega's (1987), slechts beperkt. Dit zou kunnen verklaard worden doordat de bereikte populatie niet echt kampt met financiële problemen en/of doordat in België een goed uitgebouwde sociale zekerheid aanwezig is.

De derde categorie van noden wordt opvallend uitgebreid besproken door de respondenten, waaruit kan geconcludeerd worden dat deze nog veel aandacht behoeft. Doorheen de interviews wijzen de sociaal netwerkliden op de noodzaak aan informatie en kennis (Bernheim, 1989; Ferriter & Huband, 2003). Zij wensen voornamelijk uitleg over het interneringsstatuut en de processen en procedures hieraan verbonden, daar dit hen in de mogelijkheid stelt actief te kunnen deelnemen aan het interneringsparcours. Om dit waar te maken, suggereren zij het uitbrengen van een handboek of vademecum en het oprichten van een ombudsdienst die klachten verzamelt en opvolgt. Naast informatie, stellen zij ook de prangende vraag naar continuïteit van de zorg, die volgens hen moet gekenmerkt worden door respect, veiligheid, stabiliteit, gelijkwaardigheid en vertrouwen. Zo willen zij meer bijstand tijdens het bezoek aan de gevangenis en de hulpverlenende instanties, gedurende het op intake gaan bij voorzieningen en bij de resocialisatie. De respondenten doen hierbij een voorstel tot het aanstellen van een trajectbegeleider die van meet af aan de geïnterneerde persoon en zijn sociaal en professioneel netwerk coördineert in het opnemen van taken. Het is net in het opstellen van een dialoog met alle betrokken partijen dat volgens hen hun nood aan betrokkenheid in de behandeling en ondersteuning van de geïnterneerde persoon kan ingevuld worden. De meesten willen namelijk een zorgpartner zijn, maar drukken hierbij de behoefte uit aan steun, advies, hulp en een luisterend oor (Bernheim, 1989). Algemeen gezien willen zij dat de ondersteuning van de geïnterneerde persoon en het sociaal netwerk meer vraaggericht worden georganiseerd en dus meer aansluiten op hun noden en behoeften. Om dit te realiseren, duiden ze op de vereiste van goed gevormd personeel, zowel in de gevangenis als in de hulpverlening. Dit is in overeenstemming met de voorwaarde tot '*carer aware*' personeel, en het installeren van specifieke functies voor het coördineren van de ondersteuning van het

sociaal netwerk, zoals neergeschreven in *'The Triangle of Care'* uit het Verenigd Koninkrijk (Worthington, Rooney, Hannan, & Martin, 2013).

Het huidig onderzoek bevestigt niet alleen de drie voorgaande categorieën, maar vult deze ook aan. De sociaal netwerkleden duiden op een tweetal justitiële noden: het aanwezig zijn op en het inspraak krijgen bij de CBM-zittingen, en het vertegenwoordigd worden door een advocaat met kennis van zowel het dossier als de geïnterneerde persoon en zijn netwerk. Er is tevens een noodzaak aan verdere maatschappelijke bewustwording omtrent internering (Wynaden, 2007). De samenleving zou meer accurate informatie moeten krijgen over wat internering inhoudt en hoe men zich hiernaar kan verhouden. Op deze manier kunnen de sensatiebeluste mediaberichten die vaak verschijnen, genuanceerd worden. James (1996) duidt er wel op dat, hoewel deze aanpak de schaamte bij sociaal netwerkleden omtrent de ziekte zou kunnen verminderen, niet mag verwacht worden dat het stigma betreffende het misdrijf hierdoor volledig zal verdwijnen. Geen wondermiddel in de strijd tegen stigmatisering dus, maar wel een tegemoetkoming aan het verminderen van stress bij het sociaal netwerk.

1.3. Wat is de visie van professionelen met betrekking tot bejegening en betrokkenheid van het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden?

De constatering van Ewertzon en collega's (2010), Lamb en collega's (2004) en Spaniol en Zippel (1988) dat het beschouwen van het sociaal netwerk als een volwaardige partner een positieve invloed kan hebben op de behandeling van de persoon met een psychiatrische problematiek, wordt ook in dit onderzoek onderschreven. De professionelen voegen hier nog aan toe dat dit partnerschap de geïnterneerde persoon de kans geeft naast patiënt of bewoner opnieuw familielid, buur of vriend te zijn, en zorgt bij hulpverleners voor meer begrip van de situatie. Professionelen willen het sociaal netwerk van geïnterneerden dus beschouwen als een partner, maar merken op dat dit nog te weinig effectief gebeurt. Hoewel door de huidige trend naar vermaatschappelijking van de zorg de sociaal netwerkleden steeds meer worden gezien als belangrijke hulpbronnen, blijkt dat er ook nood is aan toenemende betrokkenheid van het sociaal netwerk alvorens de resocialisatie aanvang neemt. Wanneer professionelen immers coöperatief aan de slag gaan met sociaal netwerkleden, leren deze laatsten beter omgaan met de door hen ervaren lasten (Absalom et al., 2010). Opvallend is dat de professionelen aanklaarten dat deze toenemende betrokkenheid een stijging van aandacht voor het sociaal netwerk vereist. Verschillende onderzoeken, waarin aangegeven wordt dat de stress, spanning en lasten die de zorg voor hun naastbetrokkene met zich meebrengt, voldoende ondersteuning van het sociaal netwerk gebiedt, sluiten hierbij aan (Doornbos, 2002; James, 1996; Nordström et al., 2006; Pearson & Tsang, 2004; Tsang et al., 2002; Verlinden et al., 2009). Daarnaast komen de professionelen nog tot het besluit dat het sociaal netwerk soms ook slachtoffer is of net gevaar voor recidive vormt. Zonder het vellen van een waardeoordeel over dit netwerk, maar wel voorafgegaan door een afweging van risico's en sterktes – bij één professioneel reeds aan de hand van de methodiek FSNA – zet men toch steeds in op het behoud ervan.

Het realiseren van deze betrokkenheid van het sociaal netwerk in de situatie van de geïnterneerde persoon kent echter een aantal beperkingen en mogelijkheden. Voor deze bevindingen werd weinig bevestiging gevonden in de literatuur, aangezien onderzoeken hierover gering zijn in aantal. Toch is het van belang dat deze vaststellingen in de handelingspraktijk voldoende aandacht krijgen.

Het gebrek aan middelen, tijd en personeel die ervoor zorgen dat het sociaal netwerk vaak niet de nodige informatie ontvangt, vormt een eerste beperking van betrokkenheid. De informatiemomenten die de professionelen uit de gevangenis als antwoord hierop organiseren, zijn echter alles behalve een succes. Evidentie uit het onderzoek van Ridley en collega's (2014) toont aan dat professionelen deze schrale opkomst vooral wijten aan de af te leggen afstand, het ervaren stigma en een bewuste keuze van de sociaal netwerkliden. Hoewel de respondenten in dit onderzoek akkoord gaan met de afstand en het ervaren stigma als mogelijke redenen tot besluit van afwezigheid, voegen zij nog gebrek aan tijd en geld, vertrouwelijkheid, angst voor confrontatie en een geschiedenis van teleurstelling toe. Andere obstakels tot betrokkenheid zijn het beroepsgeheim en meer bepaald het strakke systeem waarin de professionelen werken enerzijds, en de beperkte mogelijkheid tot contact tussen de geïnterneerde persoon en zijn sociaal netwerk in de gevangenis anderzijds. Het tekort aan toestemming en bereidwilligheid van één van de drie betrokken partijen, namelijk de geïnterneerde persoon, het sociaal netwerk en de professionelen, is tot slot ook een belangrijk knelpunt.

Niettemin zijn er naast beperkingen ook heel wat krachten om aan deze betrokkenheid tegemoet te komen. Zo wordt de vaststelling van Verlinden en collega's (2009), namelijk dat persoonlijke contacten en gesprekken worden aangegaan met het sociaal netwerk om hun wensen beter te taxeren, in dit onderzoek bekrachtigd. De professionelen vullen hier nog bij aan dat door het bieden van een luisterend oor en het geven van erkenning aan het sociaal netwerk, en dit via een persoonlijk contact of een gezamenlijke steungroep, een vertrouwensband kan ontstaan. Deze kan dan op zijn beurt rechtstreeks tot een toename van betrokkenheid en een wederzijdse informatiestroom leiden (McCann, 1993). Bovendien blijkt dat sociaal netwerkliden *face-to-face* contact verkiezen boven schriftelijke informatie (Ridley et al., 2014). Het organiseren van een gezellig bezoekmoment waarbij verschillende geïnterneerden en hun sociaal netwerk aanwezig zijn, en het als professioneel kunnen aansluiten bij individuele bezoekmomenten wijzen de professionelen – overeenstemmend met Ridley en collega's (2014) – eveneens aan als kracht. Indien het onmogelijk is voor het sociaal netwerk om op bezoek te gaan bij de geïnterneerde persoon, wijzen zij op het gebruik van sociale media als een handige tool om alsnog betrokkenheid te realiseren.

James (1996) komt in zijn onderzoek tot het besluit dat het bieden van psycho-educatie, het geven van emotionele en praktische ondersteuning en het tegemoetkomen aan de noden van de familie kan zorgen voor een vermindering van angst voor het terugkeren naar de maatschappij, bij zowel de geïnterneerde persoon als zijn familie. Op zijn beurt treedt er bijgevolg minder herval en recidive op. Voortbouwend op deze vaststelling valt op te merken dat de professionelen uit het onderzoek deze componenten zoveel mogelijk trachten in te bouwen als tool tot betrokkenheid. Net zoals Ridley en collega's (2014) verklaren zij te voorzien in een breed scala aan mogelijkheden tot betrokkenheid, zodat het aanbod afgestemd is op de noden en behoeften van het sociaal netwerk. Informele en laagdrempelige activiteiten, geplande

informatieve momenten, telefonisch contact met de geïnterneerde persoon of professionelen en individuele of groepsgerichte gesprekken komen aan bod.

Een opvallend resultaat is dat volgens hen een korte detentietijd of residentiële opname een adempauze kan creëren voor het sociaal netwerk, zodat later opnieuw een positief contact kan bewerkstelligd worden. Opmerkelijk is ook dat zij toeval zien als een mogelijkheid om een jarenlang verbroken contact te herstellen.

Tot slot voegen de professionelen, net zoals het sociaal netwerk, nog één mogelijkheid tot betrokkenheid toe onder de vorm van een wens: zij hopen dat de betrokkenheid in de toekomst zal ondersteund worden door het aanstellen van een aanspreekpunt, individuele coach en/of trajectbegeleider.

2. Suggesties voor de praktijk en het beleid

De voorbije jaren kiest de Vlaamse overheid consequent voor de vermaatschappelijking van de zorg, waardoor een evolutie ontstaat van het isoleren van de patiënt van zijn familie naar het beschouwen van het sociaal netwerk als een belangrijke zorgpartner en zelfs hoeksteen van de maatschappij (Bourgeois et al., 2014). Deze koerswijziging vereist een andere visie ten aanzien van de geïnterneerde persoon, zijn sociaal netwerk en de rol van de hulpverlener hierin. Vanuit dit masterproefonderzoek kunnen volgende suggesties voor de praktijk en het beleid naar voren gebracht worden.

- Het in de nieuwe wetgeving van 5 mei 2014 geformuleerde recht van de geïnterneerde persoon op adequate zorg kan enkel en alleen in de praktijk omgezet worden indien de federale en regionale overheden willen investeren in voldoende doorstroommogelijkheden (Boers et al., 2011; Heimans et al., 2015). Bij deze investering moet ook voldoende aandacht geschonken worden aan het sociaal netwerk. Het is daarom van belang dat genoeg middelen, tijd en personeel vrijgemaakt worden om het sociaal netwerk als partner afdoend te kunnen ondersteunen, te betrekken en vraaggericht te werk te laten gaan.
 - Adequate training en scholing van de personeelsleden in het kennis hebben over en het omgaan met de beleving van het sociaal netwerk is hierin cruciaal.
 - De formele en steriele contacten tussen de professionelen en het sociaal netwerk moeten hierbij plaatsmaken voor een relatie die zich kenmerkt door respect, veiligheid, stabiliteit, gelijkwaardigheid, verbondenheid, menselijkheid en warmte. Steungroepen organiseren waaraan zowel het sociaal netwerk als de personeelsleden deelnemen, kan hieraan tegemoetkomen. Bovendien zouden deze waarden moeten doorgetrokken worden naar de organisatie van lotgenotencontact.
 - Het beroepsgeheim respecterend, moet er toch voor gezorgd worden dat een wederzijdse informatiestroom tussen professionelen en sociaal netwerk aanwezig is. Per voorziening een aanspreekpunt aanstellen, dat alle vragen centraliseert, verdeelt en evalueert of een adequaat antwoord geboden is, is een mogelijke tegemoetkoming hieraan.

- Om betrokkenheid van het sociaal netwerk te bevorderen moet – rekening houdend met bestaande risico's – gefocust worden op haar krachten en mogelijkheden. Implementatie van FSNA is daarom wenselijk. Op het vlak van het bijwonen van CBM-zittingen zou de betrokkenheid eveneens moeten bevorderd worden. Nu wordt het netwerk bij het nemen van belangrijke justitiële beslissingen nog al te vaak over het hoofd gezien.
- Naast ondersteuning en betrokkenheid gedurende het interneringsparcours, moet ook opvolging en ondersteuning van de resocialisatie verzekerd worden. Het spiraalsgewijs belevingsproces dat men doormaakt, vergt immers blijvende ondersteuning. Zo zouden trajectbegeleiders kunnen aangesteld worden die de geïnterneerden en hun sociaal netwerk van bij de start van de internering tot en met de nazorg bijstaan en zouden de bestaande forensische 2B-teams (Moens & Pauwelyn, 2012), die zorg en ondersteuning bieden voor geïnterneerden in de maatschappij, meer aandacht kunnen besteden aan het sociaal netwerk.
- Een verdere maatschappelijke bewustmaking rond het onderwerp van internering zou vervolgens kunnen bijdragen aan het reduceren van de stress en schaamte veroorzaakt door de stigmatisering die de geïnterneerden en hun sociaal netwerk ervaren. Het op een goede manier inzetten van de media kan hieraan tegemoetkomen (Wynaden, 2007).
- Tot slot kan opgemerkt worden dat, hoewel de nieuwe wetgeving al een sprong voorwaarts is in vergelijking met de huidige situatie, de mensenrechten nog steeds geschonden worden. Er zullen namelijk nog steeds geïnterneerden opgenomen worden in de annexen van gevangenissen (Heimans et al., 2015). Aangezien dit het belevingsproces van zowel de geïnterneerde persoon als de sociaal netwerkleden sterk negatief kleurt, zijn effectieve beleidsmatige veranderingen dan ook een must.

3. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Tijdens de zoektocht naar literatuur was het opmerkelijk hoe weinig onderzoek is gevoerd naar het sociaal netwerk van geïnterneerden, dit zowel op internationaal, maar ook en vooral op nationaal vlak. Bovendien focussen de bestaande wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp vooral op het sociaal netwerk van geïnterneerden met een psychiatrische problematiek (*'mentally ill offenders'*) eerder dan op diegenen met een verstandelijke beperking. Aangezien het onderzoeksonderwerp nog in zijn kinderschoenen staat, bestaan veel mogelijkheden tot verdieping. Zo is het van belang verder onderzoek te doen naar hoe professionelen kunnen tegemoetkomen aan de wensen en behoeften van het sociaal netwerk. Hierbij kan gekeken worden naar de al dan niet positieve effecten die uit nieuwe initiatieven – zoals het proefproject van vzw Lus die netwerkgroepen organiseren voor zowel gedetineerden als geïnterneerden – resulteren. Ook de repercussies van het werken met FSNA en de invloed van het nieuw opgerichte FPC in Gent vragen verder onderzoek. Daarnaast moet nog meer aandacht worden besteed aan de kloof tussen de huidige en wenselijke manier van lotgenotencontact voor sociaal netwerkleden. Want hoewel zij nood hebben aan contact met gelijkgestemden is de actuele deelname eraan niet groot. Algemeen zou meer onderzoek naar de krachten en knelpunten van betrokkenheid van het sociaal netwerk op zijn plaats zijn. Verder zouden toekomstige studies zich kunnen richten op het verschil in beleving van sociaal netwerkleden, afhankelijk van het al of niet reeds

geconfronteerd worden met de ziekte van hun naastbetrokkene voor de interneringsmaatregel een aanvang kent, en van de periode van het interneringsproces waarin men zich bevindt (vb. begin maatregel t.o.v. eind maatregel). Tot slot zou het interessant zijn een onderzoek te voeren naar de verschillen in beleving veroorzaakt door de band die de sociaal netwerkleden hebben met (moeder, vader, broer, dochter...) of door de diagnose van de geïnterneerde persoon.

4. Kritische kanttekeningen bij het onderzoek

Een grote troef binnen deze masterproef is dat het onderzoek deel uitmaakt van een grootschalig multidisciplinair project aan de Universiteit Gent waarbij drie faculteiten de handen in elkaar slaan: de Faculteiten Rechtsgeleerdheid, Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. Het grote draagvlak zorgt voor meer kansen tot effectieve verandering. In combinatie met de masterproef van Lieze Scholberg wordt bovendien volledig Vlaanderen als setting van onderzoek genomen. Ook de tegemoetkomingen aan de kwaliteitscriteria zoals beschreven in het onderdeel 'Methodologie' zijn belangrijke sterktes van het onderzoek.

Er dienen echter ook een aantal beperkingen in rekening gebracht te worden. Zo is de wetenschappelijke literatuur over dit onderzoeksonderwerp eerder gering en werd voornamelijk gebruik gemaakt van publicaties over familieleden van personen met een psychiatrische problematiek (ook zonder interneringsstatuut). Literatuur over niet-familieleden, personen met een verstandelijke beperking en het sociaal netwerk van geïnterneerden zijn omwille van hun beperkte aantal daarom onderbelicht. In deze masterproef werd dan ook vooral de stem van de sociaal netwerkleden zelf gehoord om een eerste beeld te krijgen over het onderzoeksonderwerp.

Vervolgens was de deelname aan onderzoek steeds gebaseerd op vrijwilligheid, wat de resultaten mogelijks kan beïnvloeden. Enkel die sociaal netwerkleden die bereid waren het onderzoeksonderwerp aan te kaarten, werden bevraagd. Het is daarom reëel te stellen dat die respondenten die niet wensten te participeren, maar ook deel uitmaken van de onderzoekspopulatie, een ander beeld hebben op hun situatie. De delicate aard van het onderwerp noopt ons echter tot het kiezen voor vrijwilligheid. Sociale wenselijkheid zou overigens ook een invloed kunnen hebben op de bekomen resultaten, maar werd door het verzekeren van anonimiteit volgens de onderzoekers voldoende ondervangen.

Door het geringe aantal bevraagde sociaal netwerkleden (n=14) en professionelen (n=5) kunnen de bevindingen uit deze masterproef bovendien niet veralgemeend worden naar de volledige populatie. Wel kunnen de resultaten gezien worden als een mogelijke lezing van hun belevingen. Tevens werden in het onderzoek geen vrienden, kennissen of burens gevonden die bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. En naast sociaal netwerkleden van geïnterneerden met een psychiatrische problematiek, eventueel in combinatie met andere beperkingen, werd geen duidelijk beeld verkregen van het sociaal netwerk van wie de naastbetrokkene enkel en alleen een verstandelijke beperking heeft.

Ten slotte kenmerken topic-interviews zich met het pluspunt dat respondenten zelf de kans krijgen onderwerpen aan te snijden die voor hen van groot belang zijn, waardoor ze het verhaal kunnen vertellen op hun eigen manier. Tegelijkertijd zorgde dit ervoor dat het in sommige interviews niet steeds

eenvoudig was om de focus van de beoogde topics te behouden. Ondanks deze zijsprongen naar minder relevante informatie voor het onderzoek, maar die vaak een manier zijn voor de respondent om even af te stappen van hun situatie indien zij het te moeilijk krijgen, zijn de onderzoekers ervan overtuigd dat voldoende data voor de vooropgestelde onderzoeksvragen werden verzameld.

Hoofdstuk V – Conclusie

In deze masterproef is geprobeerd een beeld te schetsen van de invloed van de interneringsmaatregel op het sociaal netwerk van (voormalige) geïnterneerden. Doorheen de verhalen is duidelijk geworden dat het sociaal netwerk veel stress ervaart door, onder andere, het dubbel stigma, het symptoomspecifiek gedrag, de schuldinductie van anderen, het bezoek aan de gevangenis, het dreigen van professionelen tot heropsluiting en de onmenselijkheid die inherent is aan het interneringssysteem. De aanvang van hun belevingsproces kenmerkt zich echter niet enkel door stress, maar ook ongelof, woede, angst, verdriet, opluchting, schuld en machteloosheid komen aan bod. Naast een stroom van gevoelens en gedachten behelst het proces ook strijdvaardigheid, een zoektocht naar gepaste hulp, het opkomen voor eigen en andermans belangen, en soms eveneens het worden van een nieuw, meer begripvolle persoon. Hoewel de meeste sociaal netwerkliden beter leren omgaan met de situatie naarmate de tijd vordert, steken vaak nog sterke emoties de kop op, waardoor geconcludeerd kan worden dat hun beleving een spiraalsgewijs verloop kent. Bovendien is de beleving van het sociaal netwerk ten aanzien van de interneringsmaatregel meervoudig. Diverse deelprocessen beïnvloeden en versterken elkaar. De beleving van de geïnterneerde persoon, de beleving ten aanzien van het gepleegde misdrijf en de beleving ten aanzien van de stoornis spelen dan ook allen in op de totaalervaring van het sociaal netwerk.

Behalve de meervoudigheid zorgen ook tal van belemmerende factoren ervoor dat de beleving als zeer zwaar wordt ervaren, waardoor het formuleren van een overvloed aan noden verklaarbaar is. Het sociaal netwerk onderstreept vooral het belang van informatie, aangezien een gebrek hieraan het belevingsproces bij het netwerk sterk vertraagt. Naast de informatieve nood is er ook gesproken over nood aan zelfzorg, duurzaam lotgenotencontact, betrokkenheid in justitie en hulpverlening, verdere maatschappelijke bewustwording, effectieve beleidsmatige veranderingen, goed gevormd personeel en continuïteit van zorg en ondersteuning.

Aangezien het sociaal netwerk een belangrijke rol speelt in het ondersteunen van de geïnterneerde personen, deze steun heel wat stressgerelateerde problemen met zich meebrengt, en zij bovenal uitdrukkelijk wijzen op het gebrek aan nazorg bij de resocialisatie, is meer begeleiding wenselijk. Niet alleen ijvert het sociaal netwerk voor meer ondersteuning, maar ook een grotere betrokkenheid in, en het op de hoogte gehouden worden van de situatie van de geïnterneerde persoon, is voor het sociaal netwerk van groot belang.

Wat betreft de betrokkenheid brengen de professionelen een aantal knelpunten in kaart. Ze benadrukken dat zij hen als volwaardige partner willen beschouwen, maar dat een gebrek aan tijd, middelen en personeel enerzijds en het beroepsgeheim, beperkt contact en een tekort aan toestemming van één van de drie betrokken partijen anderzijds vaak roet in het eten gooien. Zij formuleren behalve beperkingen ook heel wat krachten, zoals het vraaggericht werken, het bieden van een luisterend oor, het geven van erkenning, het aansluiten bij bezoekenmomenten en het voorzien van meer mogelijkheden

tot contact. Een aanspreekpunt, individuele coach of trajectbegeleider lijkt hen op termijn een mooie kans tot het optimaliseren van de beoogde betrokkenheid.

Zeer hoopgevend in deze wel erg complexe problematiek is dat de moeilijkheden, beperkingen en belemmerende factoren die een rol spelen in de situatie van het sociaal netwerk van geïnterneerden, worden vergezeld van krachtbronnen. Hierdoor kan een sterk groeiproces opgestart worden. Het ontwikkelen van copingstrategieën, het hebben van een sociaal vangnet en het zich gehoord, gesteund en erkend voelen door professionals zijn dan ook slechts een greep uit de vele sterktes waarvan het sociaal netwerk gebruik maakt.

In de nabije toekomst komt er hopelijk meer aandacht voor zowel het sociaal netwerk van geïnterneerden als voor de professionals die met hen werken, zodat zij niet langer door de mazen van het net vallen. Zij hebben namelijk recht op erkenning en adequate ondersteuning bij deze ingrijpende levensgebeurtenis.

Referenties

- Absalom, V., McGovern, J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2010). An assessment of patient need for family intervention in forensic services and staff skill in implementing family interventions. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 350-365. doi: 10.1080/14789940903426893
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek voor kwalitatief onderzoek*. Groningen-Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baars, H., Uffing, H., & Dekkers, G. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie: Een handleiding voor de geestelijke gezondheidszorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum
- Bernheim, K.F. (1989). Psychologists and families of the severely mentally ill: The role of family consultation. *American Psychologist*, 44, 561-564. doi: 10.1037/0003-066X.44.3.561
- Boeije, H., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma Uitgevers.
- Boers, A., Vandeveld, S., Soye, V., De Smet, S., & To, W.T. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *PANOPTICON*, 32(2), 17-38. Geraadpleegd op <http://www.maklu.be/Panopticon/panoverpan.aspx>
- Bourgeois, G., Peeters, K., & Rutten, G. (2014). *Regeerakkoord Vlaamse Regering 2014-2019* [Regeerakkoord]. Geraadpleegd op <http://www.vlaanderen.be/nl>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Callaert, H. (z.j.). *Steekproefmethoden* [Cursus]. Geraadpleegd op http://www.uhasselt.be/documents/uhasselt@school/lesmateriaal/statistiek/Lesmateriaal/Steekproefmethoden_04.pdf
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 84. doi: 10.1186/1477-7525-7-84
- Catthoor, K., De Hert, M., & Peuskens, J. (2003). Stigma bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 87-96. Geraadpleegd op <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/>
- Doornbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 39-46. doi: 10.1053/apnu.2002.30541

- Elliott, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C.J., & Slocum, N. (2005). *Participatory methods toolkit. A practitioner's manual* [Gids]. Brussel, België: Koning Boudewijnstichting, Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek.
- Ewertzon, M., Lütznén, K., Svensson, E., & Andershed, B. (2010). Family member's involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*, 422-432. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01539.x
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*, *150*, 258-292. doi: 10.1192/bjp.150.3.285
- Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 552-560. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00624.x
- Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A.C., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 133-138. doi: 10.1007/s00127-005-0853-x
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *The Lancet*, *281*, 544-547. doi: 10.1016/S0140-6736(63)91339-4
- Hammond, W. (2010). *Principles of strength-based perspective* [Toelichting]. Geraadpleegd op http://www.mentalhealth4kids.ca/healthlibrary_docs/PrinciplesOfStrength-BasedPractice.pdf
- Heimans, H., Vander Beken, T., & Schipaanboord, A.E. (2015). Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 1: De gerechtelijke fase. *Rechtskundig Weekblad*, *78*, 1043-1064. Geraadpleegd op <http://www.rw.be/>
- Howitt, D., Cramer, D., Hermans, J., & Rouckhout, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Amsterdam, Nederland: Pearson Education.
- James, L. (1996). Family centred outreach for forensic psychiatric clients. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, *5*, 63-68.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, *311*, 299-302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299
- Kremer, S., Stam, G., & Pomp, L. (2013). Een systemische blik op een delictvrije toekomst? Sociale-netwerkanalyse toegepast in forensisch-psychiatrisch centrum. *Systeemtherapie*, *25*, 211-224. Geraadpleegd op <https://systeemtherapie.boomtijdschriften.nl/>

- Lamb, H.R., Weinberger, L.E., & Gross, B.H. (2004). Mentally ill persons in the criminal justice system: Some perspectives. *Psychiatric Quarterly*, 75, 107-126. doi: 10.1023/B:PSAQ.0000019753.63627.2c
- Larson, J.E., & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32, 87-91. doi: 10.1176/appi.ap.32.2.87
- Lautenschlager, N.T., Kurz, A.F., Loi, S., & Cramer, B. (2013). Personality of mental health caregivers. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 97-101. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835997b3
- Lefley, H.P., & Wasow, M. (1994). *Helping families cope with mental illness*. New York, NY: Psychology Press.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Macdonald, E.M., Hayes, R.L., & Baglioni, A.J. (2000). The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*, 46, 25-30. doi: 10.1016/S0920-9964(00)00024-4
- Marsh, D.T., Dickens, R.M., Koeske, R.D., Yackovich, N.S., Wilson, J.M., Leichter, J.S., & McQuillis, V.A. (2001). Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness. *Innovations & Research*, 2(2), 17-28.
- Marsh, D.T., & Johnson D.L. (1997). The family experience of mental illness: Implications for intervention. *Professional Psychology*, 28, 229-237. doi: 10.1037/0735-7028.28.3.229
- McCann, G. (1993). Relatives' support groups in a special hospital: An evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1883-1888. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18121883.x
- McCann, G., McKeown, M., & Porter, I. (1996). Understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: A basis for improved services. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 346-352. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb02677.x
- Mettioui, N., & Boskat (2011). *Tussen Vrouw Justitia & Vrouw Holle*. Herentals, België: Boskat vzw.
- Moens, I., & Pauwelyn, L. (2012). *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden* [Brochure]. Brussel, België: Zorgnet Vlaanderen.
- Mortelmans, D. (2011). *Kwalitatieve analyse met NVivo*. Leuven, België: Acco.
- NelsonMandela (2014, 17 oktober). The greatest glory of living lies not in never falling, but in rising every time you fall [Twitter post]. Geraadpleegd op <https://twitter.com/nelsonmandela/status/523364065759199232>

- Nordström, A. (2004). *Violent offenders with schizophrenia. Quantitative and qualitative studies focusing on the family of origin.* (Doctoraatsproefschrift, Umea University, Zweden). Geraadpleegd op <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:142992/FULLTEXT01.pdf>
- Nordström, A., Kullgren, G., & Dahlgren, L. (2006). Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*, 57-67. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.07.002
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 181*, 494-498. doi: 10.1192/bjp.181.6.494
- Pearson, V., & Tsang, H.W.H. (2004). Duty, burden, and ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. *International Journal of Law and Psychiatry, 27*, 361-374. doi: 10.1016/j.ijlp.2003.08.001
- Ridley, J., McKeown, M., Machin, K., Rosengard, A., Little, S., Briggs, S., . . . Deypurkaystha, M. (2014). *Exploring family carer involvement in forensic mental health services.* Geraadpleegd op University of Central Lancashire, Forensic Mental Health Services Managed Care Network, Support in Mind Scotland website: <https://www.supportinmindscotland.org.uk/>
- Ringoir, A. (2013). *Internering. Huidige en toekomstige regeling in Europees en internationaal perspectief.* (Masterproef, Universiteit Gent, België). Geraadpleegd op http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/060/989/RUG01-002060989_2013_0001_AC.pdf
- Saleebey, D. (2006). *The strengths perspective in social work practice.* Boston, MA: Pearson/Allyn and Bacon.
- Schipaanboord, A.E., & Vander Beken, T. (2015). De interneringswet van 2014. In F. Vander Laenen, K. Audenaert, & C. Wittouck (Eds.), *Handboek forensische gedragswetenschappen* (pp. 53-80). Antwerpen, België: Maklu.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research, 10*, 26. doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: Relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 419-427. doi: 10.1037/h0079695
- Spaniol, L. (2010). The pain and the possibility: The family recovery process. *Community Mental Health Journal, 46*, 482-485. doi: 10.1007/s10597-010-9315-3
- Spaniol, L., & Zipple, A.M. (1988). Family and professional perceptions of family needs and coping strengths. *Rehabilitation Psychology, 33*, 37-45. doi: 10.1037/0090-5550.33.1.37
- Spaniol, L., & Zipple, A.M. (1994). The family recovery process. *Journal of California Alliance for the Mentally Ill, 5*(2), 57-59.

- Strauss, J.S., Hafez, H., Liberman, P., & Harding, C.M. (1985). The course of psychiatric disorder, III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142, 289-296. Geraadpleegd op <http://ajp.psychiatryonline.org/>
- Tsang, H.W.H., Pearson, V., & Yuen, C.H. (2002). Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 25-32. doi:10.1097/00004356-200203000-00004
- Van Hove, G., & Claes, L. (2011). *Qualitative research and educational sciences: A reader about useful strategies and tools*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Vanden Hende, M., Caris, K., & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangnissen*. Gent, België: Academia Press.
- Vandevelde, S., De Smet, S., Vanderplasschen, W., & To, W.T. (2013). *Oude uitdagingen, nieuwe kansen! Over de behandeling van geïnterneerden*. Gent, België: Academia Press.
- Vandevelde, S., Soyey, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 71-78. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.011
- Vandeviver, C. (2011). *Internering: De Belgische schande* [Opiniestuk]. Geraadpleegd op <http://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:3127516?i=0&q=vandeviver+de+Belgische+schande>
- Verlinden, S., Maes, B., & Goethals, J. (2009). *Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel* (Rapport No. 4). Leuven, België: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Wong, D.F.K., Lam, A.Y.K., Chan, S.K., & Chan, S.F. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: Roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 15. doi: 10.1186/1477-7525-10-15
- World Health Organization (1997). *Programme on mental health. WHOQOL Measuring Quality of Life* (WHO/MSA/MNH/PSF/97.4). Geraadpleegd op http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Worthington, A., Rooney, P., Hannan, R., & Martin, K. (2013). *The triangle of care. Carers included: A guide to best practice in mental health care in Scotland* [Handleiding]. Geraadpleegd op http://www.mwscot.org.uk/media/140311/triangle_of_care_-_final.pdf
- Wynaden, D. (2007). The experience of caring for a person with a mental illness: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 381-389. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00493.x

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst deel één – Diepte-interviews met het sociaal netwerk

Sociaal netwerk = ouders, broers, zussen, grootouders, nonkels, tantes, vrienden, partners... van delictplegers met een psychiatrische problematiek.

Starten met een kennismaking

“Sinds februari 2014 is er een grootschalig onderzoek gestart aan de Universiteit Gent rond het ontwikkelen van op-sterktes-gebaseerde strategieën voor geïnterneerden. Eén van de projecten in dit groot onderzoek focust op de rol die het sociaal netwerk speelt in het interneringsverhaal van een persoon. Het onderzoek heeft als doel om zicht te krijgen op de ervaringen, noden en behoeften van het sociaal netwerk.

Dit interview heeft als doel om u uw verhaal te laten vertellen aan de hand van enkele vragen/thema's. Het zal ongeveer zo'n 60 à 90 minuten duren en wordt anoniem verwerkt. Dit betekent dat uw identiteit niet zal bekend gemaakt worden in de verslaggeving. Ik zou graag een beeld krijgen van uw ervaringen, uw wensen en uw noden met betrekking tot de internering van uw naaste. Als u ermee instemt, dan zal in het midden van de tafel een bandopnemer worden geplaatst. Het kan zijn dat ik af en toe ook iets zal opschrijven, zodanig dat ik uw verhaal goed kan volgen. Als het vertellen te moeilijk wordt voor u, of als u graag een pauze wil tussendoor, dan mag u dit altijd aangeven. Het is belangrijk dat u uw verhaal op uw tempo kan vertellen.”

Doel

Het interview wil zicht krijgen op de ervaringen, noden en behoeften van sociaal netwerkleden met betrekking tot hun rol in de internering en het leven van hun naaste. Het is de bedoeling dat het sociaal netwerklid zijn/haar verhaal kan vertellen over hoe zij de internering ervaren (hebben).

Topics

GESCHIEDENIS

Om te starten zal er gepeild worden naar het leven voor de internering van hun naaste.

- Gedragingen, karaktereigenschappen, temperament...
- Omgang met anderen (vrienden, broers, zussen, ouders, relaties...)
- Gebeurtenissen die een invloed hebben gehad op het leven van het sociaal netwerk
 - Bv.: Wat roept de diagnose psychische ziekte op? Welke emoties en gevoelens? Welke gebeurtenissen worden hieraan gekoppeld?

GERECHTELIJKE PROCEDURE

Op basis van ervaringen, noden en behoeften en de gekregen hulpverlening zal er gekeken worden naar wat de periode voor, tijdens en na het proces heeft betekend voor de betrokken sociaal netwerkleden.

- Wanneer geïnterneerd en hoe is het proces verlopen?
 - Duurtijd proces + waarnemingen/intenties
 - Psychiatrisch verslag
 - Media
- Ervaringen voor, tijdens en na proces – hoe bent u hiermee omgegaan (reactie)?
- Steun, verhaal kunnen vertellen aan anderen (familieleden, partner, vrienden, kinderen...)?
- Noden en behoeften tijdens die periode
 - Welke ondersteuning heeft u gekregen vanuit justitie of de hulpverlening?
 - Welke informatie heeft u gekregen (justitie/hulpverlening)?
 - Welke tekorten heeft u ervaren?

INTERNERING

Er zal nagegaan worden hoe de familie/het sociaal netwerk de internering ervaart.

- Welk gevoel geeft de interneringsmaatregel u?
 - Wat hebt u nodig?
 - Hoe omgaan met verschillende emoties?
 - Welke invloed heeft bijvoorbeeld het bezoek aan uw naaste op uw emoties?
 - Wat doen jullie (sociaal netwerklid en de geïnterneerde) voor elkaar om elkaar te steunen?
- Kwaliteit van leven nagaan/huidige moeilijkheden en lasten
 - Sociale isolatie, contact met anderen?
 - Invloed van de internering op de relaties tussen de andere sociaal netwerkleden?
 - Eigen kijk op de huidige situatie?
 - Praktische moeilijkheden? (symptoom-specifiek: medicatie, zorg, ...)
 - Mantelzorgfunctie?
 - Mening over medicatie, zorg...
 - Omgaan met specifieke symptomen van de psychische ziekte (lasten??)
 - Financieel, eigen werk (verlies, verminderd, gelijk gebleven...), contact met collega's...

- Hoe omgaan met stigma, media, sociale contacten...?
- Psychiatrische behandeling en contact met hulpverleners?
- Sterktes in dagelijks leven? Verandering van de lasten, stress gedurende de jaren?
 - Leren omgaan met ziektebeeld, internering...
 - Waar haal je kracht uit?
 - Evolutie van de emoties, gevoelens, ervaringen door de jaren heen?

TOEKOMST

Er zal gepeild worden naar de toekomstvisie van de betrokken sociaal netwerkleden.

- Wensen/**hoop**? (hoop als krachtbron?)
 - Voor uzelf?
 - Voor uw naaste?

Belangrijk om aandacht aan te besteden op basis van de literatuur:

- Stigma
- Sociale discriminatie
 - Beperkte sociale contacten
 - Isolatie
- *Objective burdens*
 - Financiële noden (beperkt inkomen door zorgen voor)
 - Verminderde gezondheid en verminderde vrije tijd
 - Abnormaal gedrag van de naaste (geweld, agressie...)
 - Symptoom-specifiek gedrag
- *Subjective burdens*
 - Emotioneel
 - Schuld
 - Schaamte
 - Zich terugtrekken
 - Hulpeloosheid
 - Depressief? Angsten?
 - Stress
 - Sociaal
- Slachtofferschap binnen de familie
- Krachten:
 - Familiebanden en familiale verplichtingen
 - Uitgebreide kennis en vaardigheden
 - Opkomen voor zichzelf en hun naaste (*advocacy*)
 - Hun rol in het herstelproces van hun naaste

QOL

Bijlage 2: Onderwerpschema deel twee – Focusgroep professionelen



Draaiboek onderzoeksproject

De rol van het sociaal netwerk in het herstelproces van delictplegers met een psychiatrische problematiek.

Deelstudie 2B:

Focusgroep met professionals

Datum: 13/03/2015

Onderzoeksproject uitgevoerd door Universiteit Gent

Onderzoeker: Sara Rowaert
Studenten: Laura Thomas en Lieze Scholberg
Promotor: Prof. dr. Stijn Vandevelde
Co-promotor: Prof. dr. Kurt Audenaert

1. Onderzoekspopulatie

De directies van verschillende organisaties zullen gecontacteerd worden per mail. Daarin zal het onderzoek worden uitgelegd en de vraag worden gesteld of zij de informatiebrief kunnen verspreiden onder hun personeelsleden van wie zij denken dat ze het meest in aanmerking komen voor het doel van dit onderzoek. De organisaties die onder andere gecontacteerd zullen worden zijn: Similes, Lus vzw, Justitieel Welzijnswerk, Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), Centrum Obra, Commissie ter Bescherming van de Maatschappij Gent (CBM), het zorgteam in de gevangenis... In de mail zal ook vermeld staan dat de brief bedoeld is voor alle professionelen die in contact komen met sociaal netwerkleden van personen die geïnterneerd zijn of zijn geweest. Tot slot zal ook aan iedereen die een mail ontvangt, gevraagd worden om dit naar andere professionelen of organisaties door te sturen die ook kennis hebben van de thematiek. We beroepen ons hiervoor op het sneeuwbaaleffect.

In de informatiebrief zal het doel van de focusgroepen worden uitgelegd, de periode waarin het onderzoek zal plaatsvinden en de locatie. Aan de respondenten zal er op het moment van de focusgroepen gevraagd worden om een *informed consent* te tekenen, nadat de informatiebrief schriftelijk en mondeling is toegelicht. De verzamelde gegevens zullen enkel voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt worden.

De inclusiecriteria zijn:

- Het hebben van kennis over de interneringsproblematiek en de rol van het sociaal netwerk daarin.
- Werken met sociale netwerken (inclusief familiesystemen) van personen die geïnterneerd zijn of geïnterneerd zijn geweest.

2. Methode

2.1. Voorbereiding

In de dagen voor de focusgroep worden de deelnemers nogmaals via mail op de hoogte gebracht van de andere aanwezigen in de focusgroep, de plaats en het tijdstip van de focusgroep. Er zullen ook naamkaartjes worden voorzien. Daarnaast wordt er ook gezorgd voor koffie, koeken, water en fruitsap.

De dag van de focusgroep zet de onderzoeker samen met de studenten een uur op voorhand alles klaar (in lokaal 2A om 13u.). Ze voorzien grote bladen papier, die worden opgehangen aan de muur en op tafel worden gelegd. Ze voorzien ook A4 papier en stiften voor de aanwezigen.

Benodigdheden:

A3 papier	Post-it'sjes	Thee	Koeken	Plakband	Deelnemerslijst
A4 papier	Naamkaartjes	Water	Paaseitjes	Schaar	Vb. mind-map
Stiften	Koffie	Fruitsap	Servetten	Bandopnemer	Informed consents (dubbel)

2.2. Focusgroep

De focusgroepen worden georganiseerd in de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen in leszaal 2A. Ze starten om 14u en duren tot 16u30. Bij het binnenkomen worden de participanten verwelkomd door Sara Rowaert, Laura Thomas en Lieze Scholberg. Ze krijgen ook hun naamkaartje en de nodige informatie. Er zal hen iets aangeboden worden om te drinken, waarna samen met hen de *informed consent* wordt overlopen en getekend (let op: de participanten aan de focusgroepen krijgen geen onkosten terugbetaald!). Dit laatste gebeurt door Laura Thomas en Lieze Scholberg.

De focusgroep zal van start gaan om 14u met een kennismakingsronde, waarbij iedereen zijn naam geeft, en functie en betrokkenheid bij de families van geïnterneerden dient toe te lichten.

Nadien zal er een korte toelichting gegeven worden van het project en zal er ingegaan worden op wat een focusgroep inhoudt. Er zal ook aandacht geschonken worden aan enkele afspraken en gevraagd worden of de focusgroep mag opgenomen worden (15 min.)

Gedurende de focusgroep zelf worden de taken verdeeld:

- Sara Rowaert is de moderator, en leidt de focusgroep.
- Laura Thomas is de notulist, en noteert en observeert.
- Lieze Scholberg noteert kernwoorden op het *white board*.

Om 14:30u. zal de focusgroep van start gaan met het eerste thema: **bejegening van het netwerk**. Hierbij zal de volgende vraag worden gesteld: Hoe wordt het sociaal netwerk gezien (als slachtoffer, als oorzaak, als mogelijk terugkeernetwerk...?) door de hulpverlening (beleidsvisie)? (25 min. de tijd om trefwoorden te verzamelen = 2,5 min. per persoon)

Hetgeen men in deze discussie aanhaalt, zal op een trefwoordenlijst genoteerd worden die ophangt in het lokaal. Gelieve hier korte woorden te gebruiken, die toch voldoende duidelijk zijn voor de participanten.

Een tweede thema waar aandacht zal aan geschonken worden is: **betrokkenheid van het netwerk en knelpunten in de zorg**. De deelnemers zullen gevraagd worden om na te denken over de mogelijkheden om het netwerk in de organisatie te betrekken (KRACHTEN?). Ook zullen ze nadenken over de tekorten die ze hierin ervaren (KNELPUNTEN?) (25 min. de tijd om trefwoorden te verzamelen = 2,5 min. per persoon)

Hetgeen men in deze discussie aanhaalt, wordt opnieuw genoteerd op een trefwoordenlijst. Deze lijst is opgedeeld in twee kolommen namelijk: mogelijkheden (krachten) en beperkingen (knelpunten).

Nadien krijgt men de tijd om de beide trefwoordenlijsten te bekijken en hiervan een eigen mind-map te maken. Welke trefwoorden uit de discussie vindt men zelf belangrijk en hoe staan deze in relatie tot elkaar? (Eventueel een voorbeeld tonen van hoe een mind-map wordt opgebouwd voor diegenen die hiervan geen weet hebben). De mind-map mag op hun eigen manier ontwikkeld worden (15 min. de tijd om dit zelfstandig te doen).

Daarna voorzien we nog 25 min. om de mind-mappen samen te voegen tot één groot geheel (één duidelijke mind-map die alles weergeeft) en de discussie te beluisteren. Tot slot zal hierbij ook de vraag gesteld worden wie zich hier wel of niet kan in vinden.

Als laatste thema zal een **lijst van emoties en gedragingen** (hoe deze door netwerkliden verwoord werden) opgehangen worden. Iedere deelnemer kiest twee woorden uit die hem het meest aanspreken en schrijft elk woord op een post-it. Deze post-its worden nadien op een blad gekleefd dat is opgedeeld in verschillende kolommen. Er zal hierbij aandacht besteed worden aan alle aparte kolommen (emoties, gedragingen en krachten). Welke post-its liggen op de grens? Waarom wordt een post-it in die specifieke kolom geplaatst? Welke betekenis heeft dat woord voor u? (40 min. de tijd om dit thema te behandelen).

De lijst met woorden is:

- Machteloosheid
- Angst
- Boosheid
- Verdriet
- Schuld en schaamte (stigma)
- Hoop
- Zelfkennis doorheen de jaren
- Erkenning krijgen
- Geduld hebben
- Relativeren (bevestiging krijgen van diagnose)
- Actief bezig met internering
- Sociale isolatie (eenzaamheid)
- Loyaliteit ouder tov kind
- Gechoqueerd
- Verlies van relaties
- Informatie
- Zekerheid
- Veiligheid
- Strijdvaardig

Nadien zijn er nog 5 min. over en wordt de mogelijkheid gegeven om vragen te stellen, opmerkingen te geven of nog iets aan te geven wat nog niet vermeld is.

Om 16:30u. wordt de focusgroep afgesloten.

Bijlage 3: Informed consents



1. Voor het sociaal netwerk (onderzoek 1)

Informatie voor de deelnemer

Project:

De rol van het sociaal netwerk in het herstelproces van een delictpleger met een psychiatrische problematiek.

Beschrijving en doel van het project:

De Universiteit Gent voert een grootschalig onderzoek uit naar op-sterktes-gebaseerde strategieën voor wetsovertreders met een psychiatrische problematiek, met als hoofdpromotoren: Prof. dr. Tom Vander Beken, Prof. dr. Kurt Audenaert en Prof. dr. Eric Broekaert. Dit onderzoek is een samenwerkingsverband tussen de Faculteit Rechtsgeleerdheid, de Faculteit Geneeskunde en de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en bestaat uit vijf deelonderzoeken. Één van deze vijf onderzoeken focust op de rol die het sociaal netwerk kan spelen in het herstelproces van een geïnterneerde. In dit onderzoek wordt met sociaal netwerk bedoeld: alle personen in iemand zijn leven die een belangrijke ondersteuningsbron zijn voor hem of haar.

Zoals u in de folder heeft kunnen lezen, zal er een interview worden afgenomen, waarbij er vooral geluisterd zal worden naar uw verhaal. Er zal aandacht besteed worden aan uw ervaringen over de internering van uw naaste en welke invloed dit op u heeft. Wij vragen u daarom ook vriendelijk of u bereid bent om u te laten interviewen en uw verhaal te vertellen. Dit zal ongeveer een uur van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd voorgelegd aan de lokale Commissies voor Medische Ethiek (Spes et Fides, OPZC Rekem en UPC Sint-Kamillus) en is goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. De studie zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Kurt Audenaert en Prof. Dr. Stijn Vandeveldde.

Toestemming en weigering:

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt weigeren om aan het interview deel te nemen, zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen en kosten:

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe inzichten om naast de geïnterneerde ook het sociaal netwerk te betrekken in het interneringsproces. Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel. De onderzoekers proberen om zoveel mogelijk zelf tot bij u te komen. Indien u toch een verplaatsing heeft gemaakt, dan kunnen uw vervoerskosten terugbetaald worden.

Bijstand:

Indien u tijdens of na het onderzoek psychisch in de problemen komt, kan er beroep worden gedaan op de urgentiepsychiatrie van het UZ Gent (UPSIE), te bereiken via volgend telefoonnummer: 09/332 21 11 (contactpersoon: prof. dr. Kurt Audenaert).

Vertrouwelijkheid:

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn. De gegevens bekomen uit dit onderzoek zijn beschermd door het medisch beroepsgeheim en zullen om geen enkele reden tegen u gebruikt worden.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Mevrouw/De Heer.....

Stemt erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

- Akkoord

Wil u ook opnieuw gecontacteerd worden voor verder onderzoek over dit thema?

- Ja

Contactgegevens:

E-mail:

Telefoonnummer/GSM:

- Nee

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard, zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum:.....

Naam onderzoeker:

(Handtekening onderzoeker)

Naam deelnemer:

(Handtekening deelnemer)

2. Voor de professionelen (onderzoek 2)

Informatie voor de deelnemer

Project:

De rol van het sociaal netwerk in het herstelproces van een delictpleger met een psychiatrische problematiek.

Beschrijving en doel van het project:

De Universiteit Gent voert een grootschalig onderzoek uit naar op-sterktes-gebaseerde strategieën voor wetsovertreders met een psychiatrische problematiek, met als hoofdpromotoren: Prof. dr. Tom Vander Beken, Prof. dr. Kurt Audenaert en Prof. dr. Eric Broekaert. Dit onderzoek is een samenwerkingsverband tussen de Faculteit Rechtsgeleerdheid, de Faculteit Geneeskunde en de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en bestaat uit vijf deelonderzoeken. Één van deze vijf onderzoeken focust op de rol die het sociaal netwerk kan spelen in het herstelproces van een geïnterneerde. In dit onderzoek wordt met sociaal netwerk bedoeld: alle personen in iemand zijn leven die een belangrijke ondersteuningsbron zijn voor hem of haar.

Zoals u in de brief heeft kunnen lezen, zal er een focusgroep georganiseerd worden, waarbij het belangrijk is dat u actief deelneemt en uw mening weergeeft over de het sociaal netwerk van iemand die geïnterneerd is of is geweest. Wat zijn hun ervaringen over de internering van hun naaste en welke invloed heeft dat op hen? Er zal aandacht besteed worden aan hoe sociaal netwerkliden professioneel ondersteund kunnen worden en welke rol zij kunnen opnemen in het herstelproces van hun geïnterneerd familielid. Wij vragen u daarom ook vriendelijk of u bereid bent om deel te nemen aan de focusgroep en uw ervaringen in een groep met professionelen wil delen. Dit zal ongeveer twee en een half uur van uw tijd in beslag nemen. Tussentijdens wordt een pauze van een half uur voorzien.

Deze studie werd voorgelegd aan de lokale Commissies voor Medische Ethiek (Spes et Fides, OPZC Rekem en UPC Sint-Kamillus) en is goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. Deze studie is goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Kurt Audenaert en Prof. Dr. Stijn Vandeveld.

Toestemming en weigering:

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt weigeren om aan de focusgroep deel te nemen, zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen en kosten:

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe inzichten om naast de geïnterneerde ook het sociaal netwerk te betrekken in het internerings- en behandelingsproces. Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid:

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn. De gegevens bekomen uit dit onderzoek zijn beschermd door het medisch beroepsgeheim en zullen om geen enkele reden tegen u gebruikt worden.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Mevrouw/De Heer.....

Naam organisatie

Stemt erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Akkoord

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengt en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard, zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum:.....

Naam onderzoeker:

(Handtekening onderzoeker)

Naam deelnemer:.....

(Handtekening deelnemer)

Bijlage 4: Schema's en tabellen uit de focusgroep

Kernwoorden bejegening van het netwerk

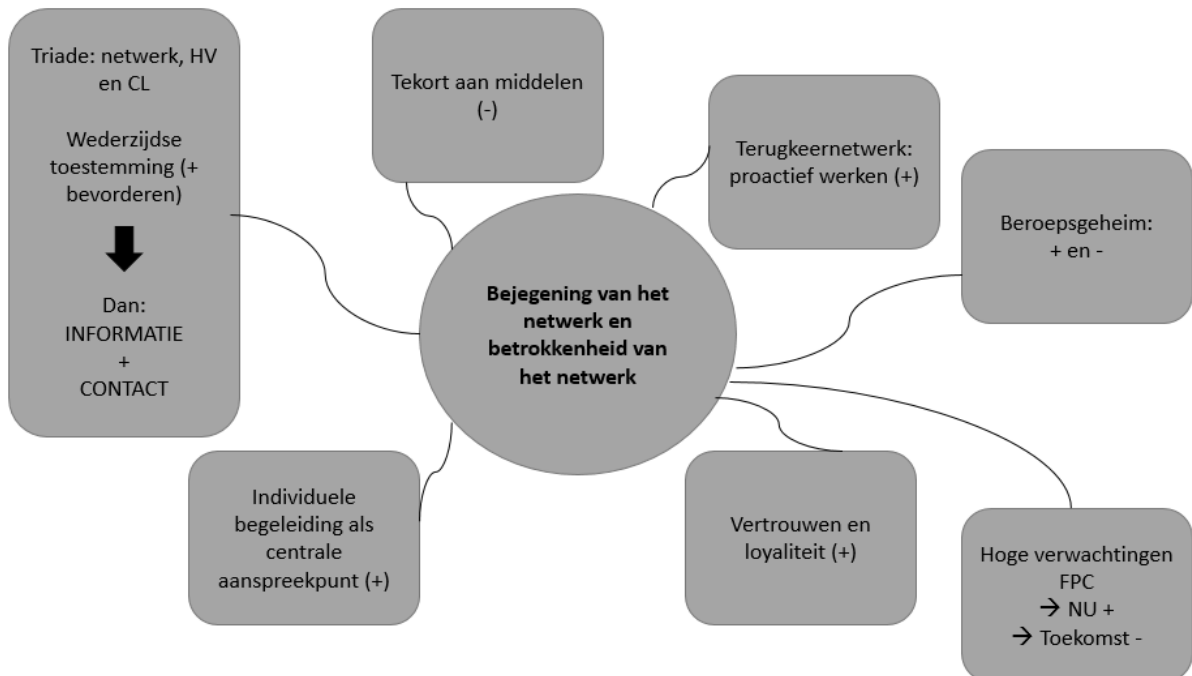
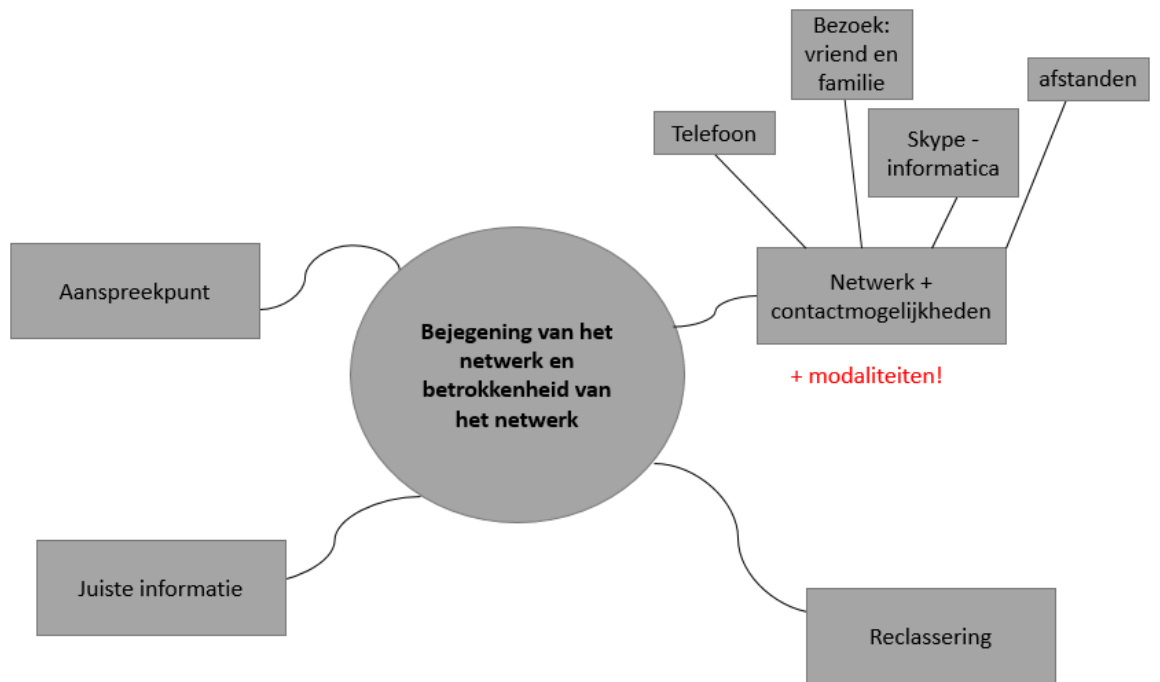
<p>Misdaad komt hoger te staan dan psychiatrische problemen (voor buitenwereld)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Familie uitnodigen bij opname:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Engagement?→ Gezamenlijke noden? <p>Netwerk belangrijk ongeacht achtergrond</p> <ul style="list-style-type: none">→ Andere visie beluisteren→ Band met familie vaak het enige <p>Eerste aanspreekpunt in geval van reclassering</p> <ul style="list-style-type: none">→ Netwerk betrekken in denkpiste <p>Netwerk als partner naast cliënt en hulpverlener</p> <ul style="list-style-type: none">→ Steeds toestemming cliënt vragen <p>Als slachtoffer</p> <ul style="list-style-type: none">→ Vaak veel gebroken op voorhand→ Conflicten door ziektebeeld <p>Relatie vaak verbroken</p> <ul style="list-style-type: none">→ Loyaliteit→ Hoe herstellen? Belang!	<p>Als terugkeernetwerk:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Moeilijk→ Beroepsgeheim→ Vroeger meer in onthaalgesprek<ul style="list-style-type: none">→ Personeel beperkt→ Maatschappelijk assistent is er niet→ Structureel plan tot samenwerking ontbreekt<ul style="list-style-type: none">→ Hoewel belang gezien wordt door HV→ Proactief werken <p>Familie (ander perspectief) vraagt naar:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Informatie→ Nood aan contact <p>Aansluiten bij bezoek aan gevangenis</p> <ul style="list-style-type: none">→ Interactie familie-geïnterneerde→ Informatie: weinig respons of informatieavonden (drempels!) <p>Familiale bezoeksactiviteiten in gevangenis</p> <ul style="list-style-type: none">→ Rustiger, minder prikkels→ Ondersteuning naargelang profiel cliënt <p>Gevangeniscontext</p> <p>Nu: spanning druk ↔ voorbereiding, voorspelbaarheid</p>
---	---

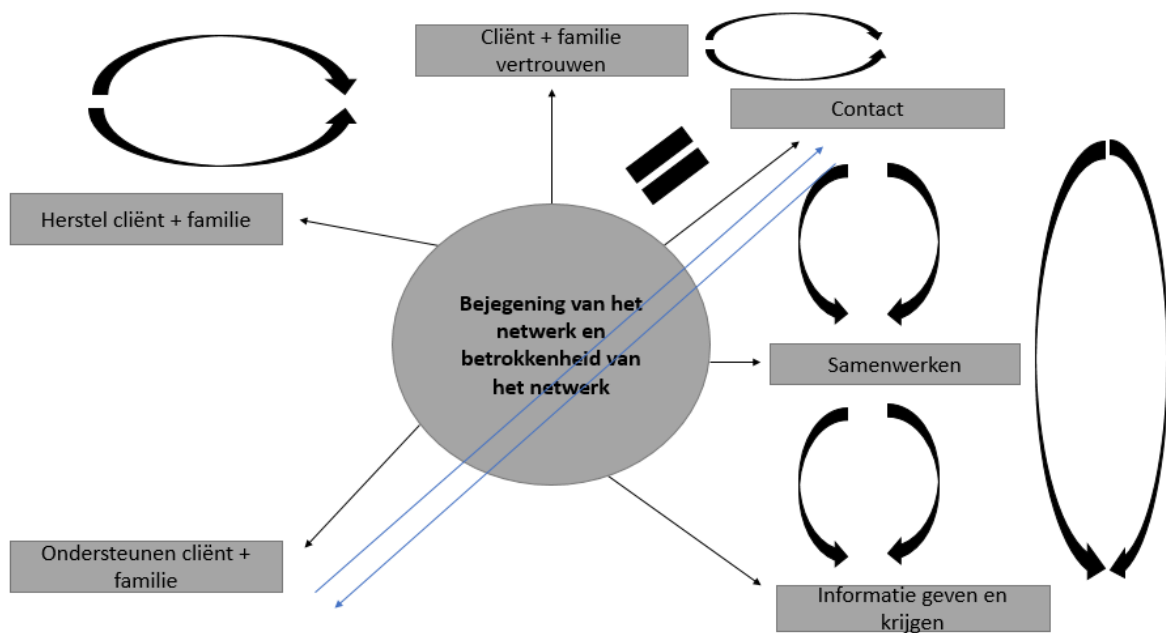
Tabel met krachten en knelpunten betrokkenheid van het netwerk

Krachten	Knelpunten
Helend voor geïnterneerde → nabijheid	Vervolg?? Lang wachten
Contact bevorderen → mogelijkheden scheppen	Geïnterneerde weigert bezoek
Vooruitzicht naar contact	Financieel
Hoge verwachtingen in verband met FPC	'Alles of niets' in internering
Beeldvorming dankzij informatie van het sociaal netwerk	Label
	Te kort aan middelen
	Familie bang om open te zijn (evaluatie PSD)
Belang contact	Niet in het heden
Adempauze, structuur	Gevangeniscontext
Zou grote kracht kunnen zijn → Snel → Vertrouwen → Individuele begeleiding	Geen aanspreekpunt

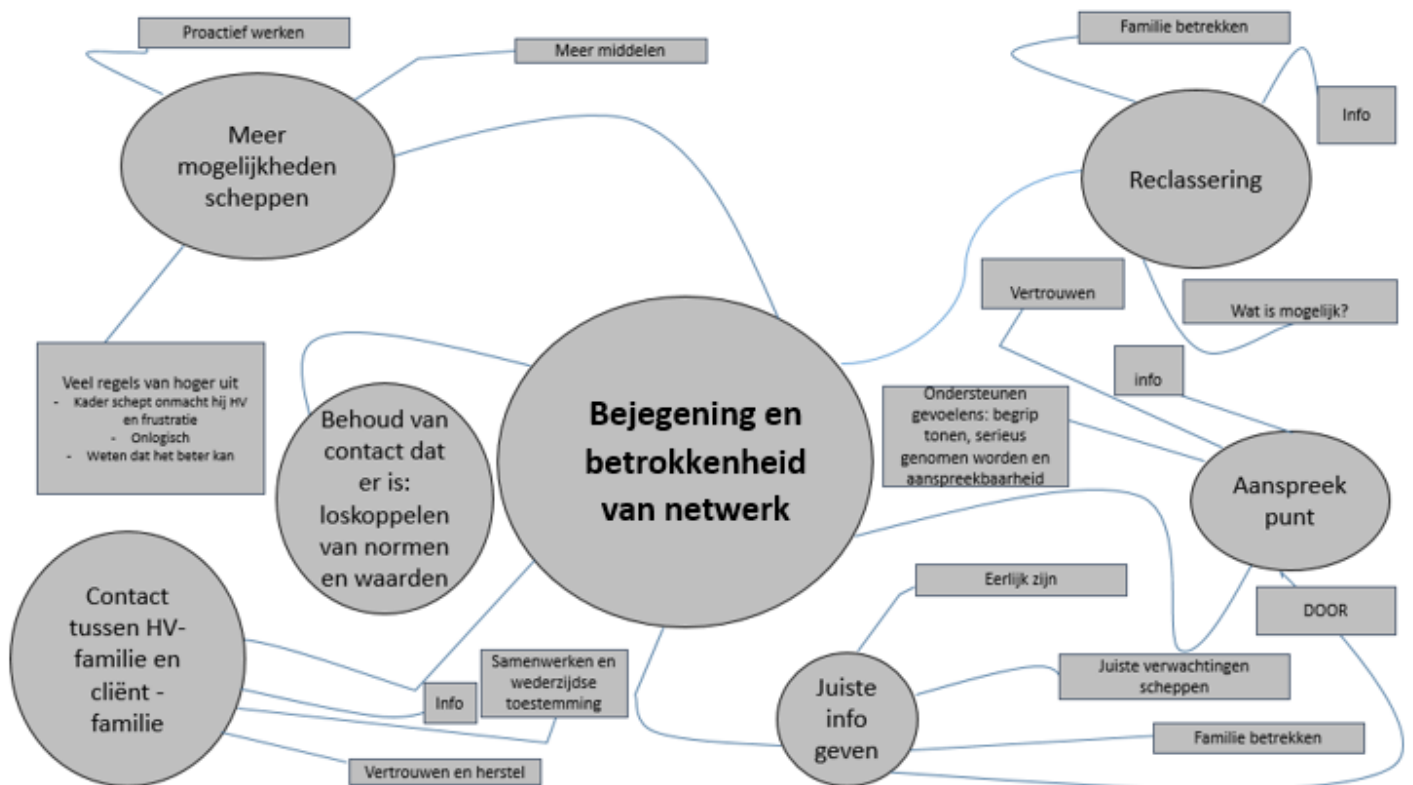
Individuele mind-map van de professionelen



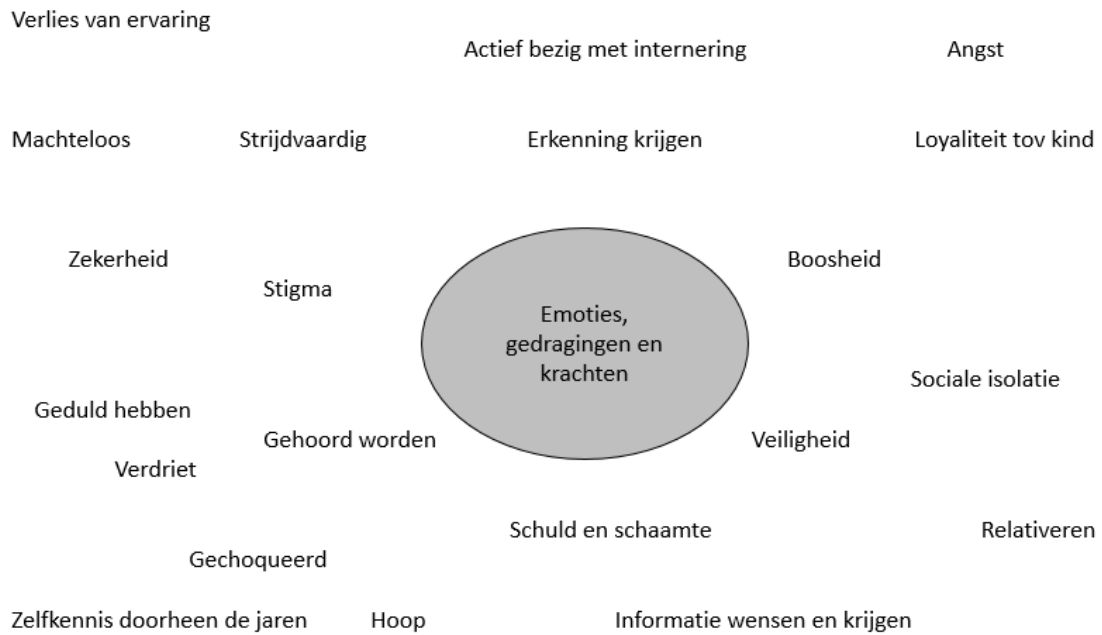




Gezamenlijke mind-map over bejegening van het netwerk en betrokkenheid van het netwerk



Wolk van emoties, gedragingen en krachten uit de interviews ter inspiratie voor de post-it oefening



Tabel van emoties, gedragingen en krachten zoals de professionelen het zien (post-it oefening)

Emoties	Gedragingen	Krachten
Schuld en schaamte		Hoop
Machteloos		
Machteloos		
	Strijdvaardig	
	Gehoord worden	
	Loyaliteit	
	Geduld hebben	

Bijlage 5: Folder sociaal netwerk



Onderzoek naar hoe families en naastbetrokkenen internering ervaren



Voorstelling

Sinds februari 2014 is er een grootschalig onderzoek gestart aan de Universiteit Gent rond het ontwikkelen van op-sterktes-gebaseerde strategieën voor geïnterneerden. Eén van de deelprojecten in dit groot onderzoek focust op **de rol die families en naastbetrokkenen kunnen spelen in het interneringsverhaal van een persoon**. Hiermee wordt bedoeld: alle mensen in iemand zijn leven die een belangrijke ondersteuningsbron zijn voor hem of haar, ook wel sociaal netwerk genoemd. Het onderzoek heeft als **doel om zicht te krijgen op de ervaringen, noden en behoeften van deze families en naastbetrokkenen**.

Het onderzoek: wat en hoe?

Met dit onderzoek willen we families en naastbetrokkenen van geïnterneerden de kans geven om hun ervaringen te delen. **Hoe ervaren zij de internering van hun naaste, welke gevoelens hebben zij daarbij, welke invloed heeft dit op hun eigen leven...?** Vandaag houden verschillende organisaties zich al bezig met deze vragen en proberen zij het sociaal netwerk zo veel mogelijk te ondersteunen.

Via een interview zal naar het verhaal van de betrokkenen geluisterd worden. Het zal ongeveer 60 à 90 minuten duren en plaatsvinden op een afgesproken plaats en tijdstip. Het zal, met toestemming van de geïnterviewde, door middel van een dictafoon worden opgenomen. De interviews zullen afgenomen worden tussen september 2014 en september 2015.

Wie kan deelnemen?

Wij zijn **op zoek naar families of naastbetrokkenen**, die bereid zijn om hun verhaal te delen over hoe zij de internering van hun naaste ervaren. Dit kunnen **moeders, vaders, zussen, broers, vrienden, grootouders, partners, kinderen (+18)**... zijn, van iemand die geïnterneerd is (geweest). Het is vooral belangrijk dat er gepraat kan worden over de ervaringen, noden en behoeften van het sociaal netwerk en hoe de internering hun dagelijks leven (heeft) beïnvloed(t).

Wie is wie?

Sara Rowaert, doctoraatsonderzoekster aan de Universiteit van Gent. Zij gaat na welke rol het sociaal netwerk speelt in het herstelproces van hun naaste die geïnterneerd is of is geweest.

Laura Thomas en Lieze Scholberg zijn studenten aan de Universiteit van Gent. Zij werken mee in het kader van hun masterproef aan het doctoraatsonderzoek van Sara Rowaert.

Prof. dr. Stijn Vandevelde, is docent aan de Universiteit Gent en promotor van het doctoraatsonderzoek.

Wilt u graag uw ervaringen met ons delen?

Laat ons dit dan zeker weten voor 30 april 2015, via onderstaande contactgegevens of via bijgevoegde invulstrook. Nadien zal er afgesproken worden waar en wanneer de afname van het interview het best past voor u.

Ugent, Vakgroep Orthopedagogiek
Sara Rowaert
Henri Dunantlaan 2
9000 Gent

Email: Sara.Rowaert@ugent.be
Tel: 09/331.03.11

Nog vragen?

Bekijk zeker eens onze website: www.interneringsplus.ugent.be en aarzel niet om ons te contacteren mocht u verdere vragen hebben.

De hele kunst van het spreken is: begrepen te worden

Confucius (Chinees filosoof 551 V.C. – 479 V.C.)

Bijlage 6: Informatieve brief professionelen



Gent, 28 januari 2015

Titel onderzoeksproject: *De rol van het sociaal netwerk in het herstelproces van een delictpleger met een psychiatrische problematiek.*

Onderwerp brief: *Focusgroepen over het sociaal netwerk van geïnterneerden*

Geachte heer,
Geachte mevrouw,

Ik ben Sara Rowaert en ik doe aan de Universiteit Gent een doctoraatsonderzoek naar de ervaringen, noden en behoeften van het sociaal netwerk van personen die geïnterneerd zijn (geweest). In dit onderzoek wordt met sociaal netwerk bedoeld: alle personen in iemand zijn leven die een belangrijke ondersteuningsbron zijn voor hem of haar. Het maakt deel uit van een grootschalig multidisciplinair project aan de Universiteit Gent, rond het ontwikkelen van op-sterktes-gebaseerde strategieën voor (ex-)geïnterneerden. Meer uitleg hierover vindt u op onze website: www.internerijplus.ugent.be.

In januari 2015 ben ik gestart met het afnemen van interviews bij het sociaal netwerk, met als doel om te luisteren naar hun verhalen en te kijken welke invloed de internering heeft op hun leven. Echter zijn niet enkel sociaal netwerkliden betrokken bij de internering van een persoon, maar ook heel wat professionelen. De laatste jaren zijn verschillende organisaties en diensten bezig met het betrekken van sociaal netwerkliden in hun werking, waardoor het in het kader van dit onderzoek belangrijk is om ook de visie van professionelen over deze thematiek te beluisteren.

Dit wil ik doen aan de hand van enkele focusgroepen, waar een 8 à 12-tal mensen samengebracht worden met als doel te discussiëren rond enkele thema's. Deze zijn bijvoorbeeld: familiebetrokkenheid in de organisatie, weg naar herstel en invloed van familie, opbouw (nieuw) sociaal netwerk, noden en behoeften familieleden... Deze onderzoeksmethode wil tot nieuwe inzichten komen over de ervaringen van sociaal netwerkliden en de visie van professionelen met betrekking tot internering en kan een manier zijn om in contact te komen met nieuwe methodieken en ideeën.

Concreet betekent dit dat ik op zoek ben naar professionelen die bereid zijn om met anderen te discussiëren en ideeën uit te wisselen over de rol en de betrokkenheid van het sociaal netwerk van

personen die geïnterneerd zijn bij de hulpverlening en de ondersteuning van geïnterneerden. Er zijn twee focusgroepen gepland; één op donderdag **05/03/2015** en één op vrijdag **13/03/2015**.

De focusgroepen zullen plaatsvinden in de Universiteit Gent, **Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, H. Dunantlaan 2, 9000 Gent, in Leszaal 2A**. De faculteit is gemakkelijk met het openbaar vervoer te bereiken. Er is steeds de mogelijkheid om een focusgroep op een andere locatie te laten doorgaan, als we merken dat verschillende deelnemers uit verder gelegen provincies aanwezig zullen zijn.

Iedere focusgroep zal van 14 u. tot max. 16.30 u. duren.

Wilt u deelnemen aan één van deze focusgroepen, dan is het belangrijk om de gewenste datum te vermelden, alsook de organisatie waarin u werkt en de provincie.

Inschrijven kan tot en met **23/02/1015** via volgende contactgegevens:

E-mail: Sara.Rowaert@UGent.be

Tel.: 09/331.03.11

Ik wil u alvast hartelijk bedanken voor het lezen van deze brief.

Indien u nog vragen heeft, aarzel dan niet om mij te contacteren.

Met vriendelijke groeten,

Sara Rowaert

Wegbeschrijving Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen:

Tram: neem tram 4 aan het Sint-Pietersstation (richting Gentbrugge Moscou) en stap af aan de halte Bernard Spaelaan, daar stapt u over de Delhaize parking en gaat u naar rechts. U loopt 600 m rechtdoor tot u de faculteit op uw rechterkant ziet.

Bus: aan het Sint-Pietersstation neemt u bus 9 (richting Mariakerke) en stapt u af aan de halte Beneluxplein, daar zal u onmiddellijk de faculteit zien.

Als u met de **auto** komt, kan u gratis langs de watersportbaan parkeren.

In de faculteit zullen er pijlen staan, zodat u gemakkelijk leszaal 2A kan vinden.

Bijlage 7: Codeerhandleiding

Deel 1 – Het sociaal netwerk

- **BEHANDELINGSVERLEDEN GEÏNTERNEERDE:** alle hulpverlening die wordt geboden voorafgaand aan de internering
 - **Behandeling:** de behandeling die wordt toegepast voor de internering
 - **Diagnose:** de diagnoses die worden gesteld en hoe de geïnterneerde en het sociaal netwerk hierop reageren
 - **Omgaan met symptoom-specifiek gedrag:** de wijze waarop het sociaal netwerk omgaat met het symptoom-specifiek gedrag dat de geïnterneerde stelt
 - **Zoektocht naar hulp:** de zoektocht naar een gepaste behandeling (inclusief hulp die geweigerd wordt) door de geïnterneerde en/of het sociaal netwerk

- **GERECHTELIJKE PROCEDURE:** alles omtrent het domein justitie (exclusief gevangenis) en het bewind over de geïnterneerde
 - **Politie**
 - **CBM**
 - **Advocaten**
 - **Bewindvoering**

- **INTERNERING:** het proces dat tot stand komt na het opleggen van de interneringsmaatregel
 - **Gevangenis**
 - **Beleid:** de manier waarop er wordt omgegaan met de geïnterneerden (activiteiten, penitentiair beambten...)
 - **Bezoek:** het bezoek van het sociaal netwerk aan de gevangenis (wachttijden, procedures ...)
 - **Informatie:** zowel de informatie aangeboden door de professionelen als het sociaal netwerk (informatiestroom langs beide kanten)
 - **Hulpverlening:** de hulpverlening waarmee de geïnterneerden en/of het sociaal netwerk te maken krijgen
 - **Beleid:** de manier waarop er wordt omgegaan met de geïnterneerden, evenals knelpunten in de werking (de evolutie naar het FPC wordt hierin geïncorporeerd)
 - **Bereikbaarheid:** de manier waarop mensen fysiek tot bij het aanbod geraken
 - **Bruikbaarheid:** de manier waarop het aanbod is afgestemd op de behoeften van de geïnterneerde en zijn sociaal netwerk
 - **Begrijpbaarheid:** de manier waarop de aangeboden informatie is aangepast aan de doelgroep
 - **Betaalbaarheid:** de betaalbaarheid van de voorzieningen waar de geïnterneerden naartoe gaan
 - **Beschikbaarheid:** de manier waarop de hulpverlening al dan niet beschikbaar is (communicatie)
 - **Behandeling:** de psychologische en medicamenteuze behandeling
 - **Positieve ervaringen**
 - **Negatieve ervaringen**
 - **Bezoek:** het bezoek van het sociaal netwerk aan de voorzieningen
 - **Informatie:** zowel de informatie aangeboden door de professionelen als het sociaal netwerk (informatiestroom langs beide kanten)

- **Opvattingen over internering:** meningen en voorstellen over internering (eventueel tot verbetering)

- BELEVING

- **Gevoelens en gedachten:** de gevoelens en gedachten die worden ervaren door het sociaal netwerk
- **Gedragingen:** de gedragingen die het sociaal netwerk stelt
- **Stigma:** de stigmatisering die men al dan niet ervaart

⇒ **Gezondheid** (volgt na bovenstaande drie): de fysieke en mentale gezondheid van het sociaal netwerk, meer bepaald de medische klachten die volgens het sociaal netwerk te wijten zijn aan de problematiek rond de geïnterneerde

- **Krachten:** de krachten die het sociaal netwerk in hun leven ervaart (exclusief krachten die gerelateerd zijn aan steun dankzij sociale contacten)

- SOCIALE CONTACTEN

- **Relatie met de geïnterneerde:** het wederzijds contact tussen de geïnterneerde en het sociaal netwerk
- **Relaties die wegvallen of verminderen:** sociale contacten van het sociaal netwerk die wegvallen of verminderen door de implicaties van de internering
- **Relaties die ontstaan:** sociale contacten die het sociaal netwerk opdoet

- **TOEKOMST:** de manier waarop het sociaal netwerk naar de toekomst kijkt en de verwachtingen en wensen die het hierbij heeft ontwikkeld.

Deel 2 – De professionelen

- INTERNERING

- **CBM:** ervaringen van de professionelen met de CBM en zijn zittingen
- **Gevangenis**
 - **Beleid:** de manier waarop er wordt omgegaan met het sociaal netwerk en of dit al dan niet aansluit bij de visie van de professionelen, alsook de krachten en knelpunten die worden ervaren in het betrekken van het sociaal netwerk
 - **Bezoek:** het bezoek van het sociaal netwerk aan de gevangenis (wachtlijnen, procedures...)
 - **Informatie:** zowel de informatie aangeboden door de professionelen als het sociaal netwerk (informatiestroom langs beide kanten)
- **Hulpverlening:** de hulpverlening waarmee de geïnterneerden en/of het sociaal netwerk te maken krijgen
 - **Beleid:** de manier waarop er wordt omgegaan met het sociaal netwerk en hoe dit al dan niet aansluit bij de visie van de professionelen en het beleid, alsook de krachten en knelpunten die worden ervaren in het betrekken van het sociaal netwerk
 - **Bezoek:** het bezoek van het sociaal netwerk aan de voorzieningen
 - **Informatie:** zowel de informatie aangeboden door de professionelen als het sociaal netwerk (informatiestroom langs beide kanten)

- **Opvattingen over internering:** meningen en voorstellen (tot verbetering) over internering
- **BELEVING:** de manier waarop de professionelen het interneringssysteem en de processen en procedures die erbij komen kijken ervaren
- **PERCEPTIE OP HET SOCIAAL NETWERK**
 - **Beleving**
 - **Gevoelens en gedachten:** hoe de gevoelens en gedachten ervaren door het sociaal netwerk worden gepercipieerd door de professionelen
 - **Gedragingen:** hoe de gedragingen die het sociaal netwerk stelt worden gepercipieerd door de professionelen
 - **Stigma:** de stigma's die het sociaal netwerk ervaart volgens de professionelen
 - **Krachten:** de krachten die het sociaal netwerk ervaart volgens de professionelen
 - **Als terugkeernetwerk:** de perceptie van de professionelen op het beschouwen van het sociaal netwerk als een terugkeernetwerk en hoe dit zowel positief als negatief kan worden gezien
- **TOEKOMSTVISIE:** hieronder kunnen zowel de wensen geplaatst worden die professionelen hebben voor de toekomst, alsook hetgeen ze op basis van hun ervaring verwachten in de toekomst.

Bijlage 8: Overzichtsfiguur van de drie betreffende onderzoeksvragen

Op de volgende bladzijde bevindt zich de overzichtsfiguur van de drie betreffende onderzoeksvragen uit de discussie.

Belemmerende factoren

Situatie waarin zorg wordt verleend

Emotionele lasten – Politieel contact*

Schuldinductie, contact met politie, gevangenisbezoek en oubollig interneringssysteem

Symptoom-specifieke lasten – Gerechtelijke procedure

Doormaken van de gerechtelijke procedure en omgaan met gewelddadig en symptoom-specifiek gedrag

Sociale lasten - Stigmatisering

Nabijheidsstigma, onwetendheid van de mensen en negatieve media-aandacht

Kenmerken van de zorgdrager

Emotionele lasten – Politieel contact

Vermindering van de mentale en fysieke gezondheid

Omgevingsfactoren

Emotionele lasten – Politieel contact

Dreiging tot opsluiting

Symptoom-specifieke lasten – Gerechtelijke procedure

Advocaat is niet transparant over manier van werken, geen uitnodiging op CBM-zitting

Sociale lasten – Stigmatisering

Sociale isolatie

Financiële lasten – Gespecialiseerde diensten

Tekort aan personeel en middelen, betaalbaarheid van voorzieningen en forensische diensten

Gebrek aan info, ondersteuning en betrokkenheid

Gebrek aan betrokkenheid, inspraak, informatie en continuïteit van de zorg, beroepsgeheim, problemen met bereikbaarheid, bruikbaarheid, beschikbaarheid en plaatsgebrek

*Emotionele lasten = subjectieve *burden*; alle andere lasten = *objective burden*



Noden

Beleidsmatige veranderingen
Informatie en kennis o.a. via psycho-educatie
Betrokkenheid en inspraak
Steun, advies, hulp en een luisterend oor
Zelfzorg
Duurzaam lotgenotencontact
Betaalbaarheid van voorzieningen

Betrokken en goed opgeleide professionelen
Maatschappelijke bewustwording
Continuïteit van zorg en vraaggerichte ondersteuning
Respect, veiligheid, stabiliteit, gelijkwaardigheid en vertrouwen

Beschermende factoren

Situatie waarin zorg wordt verleend

Coping-strategieën

Sociaal netwerk neemt de bewindvoering op zich waardoor ze meer op de hoogte zijn van de situatie

Sociaal netwerk gaat zelf op zoek naar informatie, volgt opleidingen, neemt deel aan werkgroepen en projecten

Groter wordende maatschappelijke bewustwording + vernieuwde aandacht in de media zorgt voor minder stigma

Kenmerken van de zorgdrager

Diegenen die niet hebben deelgenomen aan de opvoeding en dus geen deel uitmaken van het gezin kunnen zich meer distantiëren en ervaren het stigma minder

Omgevingsfactoren

Een betrokken bewindvoerder die ook aandacht heeft voor het welzijn

Het hebben van een sociaal vangnet en een positieve relatie met de geïnterneerde persoon

Gehoord, gesteund, betrokken en erkend worden door professionelen die tips, advies en positieve feedback geven.

Ondersteunde en gezellige bezoekenmomenten

Voorzieningen die warmte, menselijkheid en verbondenheid uitstralen

Knelpunten/beperkingen

Gebrek aan middelen, tijd, personeel, informatie en contact

Gebrekkige vertrouwelijkheid

Moeilijke bereikbaarheid van de voorziening/gevangenis

Beroepsgeheim en logge systeem van internering

Geen toestemming van één van de betrokken partijen uit de triade

Krachten/mogelijkheden

Diversiteit aan mogelijkheden tot betrokkenheid aanbieden (of toeval!)

Persoonlijke, *face-to-face* contacten of sociale media indien onmogelijk

Gezellige, gezamenlijk bezoekmoment en als professioneel aansluiten bij bezoek

Gevangenis of residentiële opname als adempauze

Wens tot aanspreekpunt, individuele begeleider of trajectbegeleider

Steungroepen in de voorzieningen