(Afbeelding 1: omslag DE DODE ZIELEN of De lotgevallen van Tchitchikow, Gogol, N., L.J. Veen / Het Kompas, z.j.)

Zin in tbs?

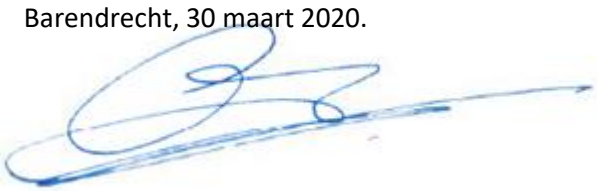
Een afstudeeronderzoek naar zingeving in tbs onder patiënten van de lvb-afdeling Onyx.

Begeleider:	PROF. DR. HANS SCHILDERMAN
Student:	KEES DE BRUIJN
Studentnummer:	s1014295
Datum:	30 MAART 2020
Vak:	MASTERSCRIPTIE

Verklaring van eigen werk

Hierbij verklaar en verzeker ik, Kees de Bruijn, dat voorliggende eindwerkstuk getiteld “Zin in tbs?” zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen dan die door mij zijn vermeld zijn gebruikt en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Barendrecht, 30 maart 2020.



Samenvatting

Maatschappelijk gezien bestaan er vooronderstellingen dat het leven van tbs-gestelden een uitzichtloos bestaan is. Uit dit kwalitatief onderzoek onder een groep tbs-gestelden met een licht verstandelijke beperking, komt naar voren dat die wel degelijk een perspectief heeft en zoekt. Het verbeteren van perspectief op een betekenisvol bestaan is juist een belangrijk element uit de missie van de Fivoor organisatie. Voor de lvb-doelgroep leidt de tijd in tbs tot een verandering van persoon. Het is een periode van lijden, maar de lvb-patiënten zien het ook als wezenlijk, om te leren een nieuw leven in de maatschappij te kunnen gaan leiden. Ze onderkennen het belang van de behandeling, de begeleiding en de beveiliging waar ze mee te maken krijgen. De tbs-periode moet leiden tot een (op)nieuw zijn en tot verbeterde perspectieven. Hoe de vrijheid na tbs uitpakt hangt samen met hoe de menselijke geest betekenis aan een nieuw bestaan weet te geven. De Fivoor instelling doet haar best en weet dat de behandeling werkt. Ondanks de zware tijd zien ook deze tbs-gestelde lvb-patiënten wel degelijk zin in tbs.

Inhoud

Verklaring van eigen werk ... 2
Samenvatting ... 3
Woord vooraf ... 6
1. Inleiding ... 7
1.1 Aanleiding en relevantie van het onderzoek ... 7
1.2 Probleemstelling ... 8
1.3 Doelstelling ... 10
1.4 Vraagstelling ... 10
1.5 Centrale begrippen ... 10
1.6 Onderzoekmodel ... 12
2. Theoretisch kader ... 13
2.1 Tbs-context ... 13
2.2 Tbs, detentie en forensische zorg ... 14
2.3 Zorgprogramma ... 17
2.3.1 Zorg in tbs ... 17
2.3.2 Zorg en behandeling in De Kijvelanden ... 18
2.3.3 Vaktherapie en zorgondersteuning ... 19
2.3.4 Geestelijk verzorging ... 20
2.4 Licht verstandelijke beperking ... 21
2.4.1 Lvb en het justitiële domein ... 21
2.4.2 Lvb in De Kijvelanden ... 23
2.4.3 Lvb-afdeling Onyx ... 24
2.5 Zingeving ... 26
2.5.1 Zingeving in de hulpverlening ... 26
2.5.2 Zingeving in forensische context ... 28
2.5.3 Behandeling, begeleiding en beveiliging ... 29
3. Onderzoeksopzet ... 31
3.1 Onderzoekstrategie ... 32
3.2 Onderzoeksmateriaal ... 33
3.3 Aanpak van het onderzoek ... 34
3.4 Beoordelingscriteria ... 35
3.5 Veldwerkstrategie ... 39
3.6 Aandachtspunten voor de uitvoering ... 41

4. Onderzoeksresultaten 42
4.1 Veldwerk en analyse 42
4.2 Achtergrond respondenten 44
4.3 Attituden ten aanzien van tbs 47
4.4 Attituden jegens de behandeling, contacten en eigen tijd 49
4.5 Praktische wijsheid en geloven 55
4.6 Interpretatie 59
4.7 Toekomstperspectieven 60
5. Evaluatie 64
5.1 Samenvatting van de analyse 64
5.2 Beantwoording van de onderzoeksvragen 67
5.3 Discussie 70
5.4 Grenzen en vooruitblik 73
Bibliografie 75
Bijlage 1: Informatiebrief & informed consent 81
Bijlage 2: Veldprotocol & interviewgids 86
Bijlage 3: Codeboek 94
Bijlage 4: Project overzicht Atlas.ti 97
Bijlage 5: Semantisch netwerk ‘zin in tbs’ 99
Bijlage 6: Schema dimensies zingeving & belangen in tbs 100

Woord vooraf

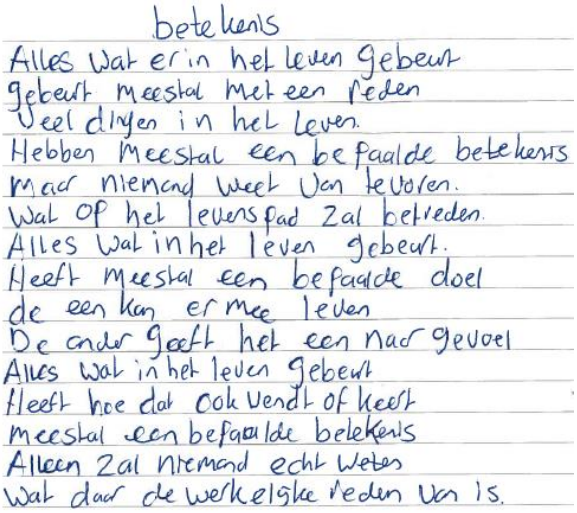
Op het Fivoor congres 'Verder Kijken Verder Komen' van 13 juni 2019 intrigeert een bijdrage van schrijver Arnon Grunberg. Hij reciteert voor een zaal gevuld met professionele zorgverleners: "We sollen met tbs'ers alsof het Gogols dode zielen zijn" (Grunberg, 2019). Zijn bijdrage roept herkenning op, maar stuit ook op veel reserves, getuige de nuancerende reacties vanuit de Raad van Bestuur.

Lezing van het bijzondere verhaal van Gogol werpt gaandeweg het onderzoek wat nu voor ligt de vraag op of we hoofdpersoon Tchitchikow niet als symbool voor de overheid, maar juist voor de tbs-er zelf kunnen zien; degene die zich laat rijden door het landschap van tbs om uiteindelijk in het land van zijn dromen terecht te komen. De afbeelding op de omslag van het boek is tekenend en brengt ook in verwarring. Immers, de koetsier - symbool voor de samenleving? - lijkt het rijtuig in te houden en tegelijk de paarden - de tbs-kliniek? - op te zwepen, om de koets - de kamer met tbs-gestelde?- vooruit te trekken en laat hem af en toe uitstappen - een begeleid verlof? - onderweg naar een onbekende toekomst. Vraag dan maar liever niet wie de dode zielen zijn.

Voor dit onderzoek en het schrijven van deze scriptie zijn vooronderstellingen een belangrijke drijfveer geweest. Want weten we eigenlijk wel wat de tbs-er zelf denkt? Misschien laat die niet het achterste van zijn tong zien, maar dat neemt niet weg dat het gesprek aangegaan kan worden. Dé tbs-er bestaat niet, de variatie is te groot. Grunberg heeft vooral gedoeld op tbs-ers in longstay en die komen in deze scriptie niet aan het woord. Wel iemand die daarheen onderweg denkt te zijn en iemand die inmiddels – met tussenpauze – al 22 jaar in tbs zit.

Het schrijven van deze scriptie is een leerzaam proces geweest. Het heeft uitgebreid inzicht gegeven in de tbs-context, in kansen en uitdagingen, maar ook in de bedreigingen en onmogelijkheden voor zowel tbs-ers als hun professionele zorgverleners. Mijn dank gaat uit naar de mensen die me hebben geholpen en geïnspireerd. Mijn vrouw voor de niet aflatende steun, mijn zeer kundige begeleider voor de juiste focus, de mensen van Fivoor voor de soepele medewerking en de respondenten die me uiteindelijk hebben willen binnenlaten in hun directe omgeving en hun geest. En naar mijn Maker, die alles heeft gegeven wat nodig was om deze scriptie te creëren.

Aan het eind van mijn stageperiode (juni 2019) kreeg ik van een lvb-patiënt een persoonlijk bedankje. Het zelf gemaakte gedicht op een briefje (zie afbeelding 2) raakte me; niet alleen vanwege de tekst, maar omdat het zo verbazend vooruitliep op het thema dat voor dit scriptie onderzoek is gekozen! Eerlijkgezegd had ik een dergelijke pennenvrucht niet verwacht van iemand met zo´n laag IQ.


betekenis
Alles wat er in het leven gebeurt
gebeurt meestal met een reden
Veel dingen in het leven.
Hebben meestal een bepaalde betekenis
maar niemand weet van tevoren.
Wat op het levenspad zal betreden.
Alles wat in het leven gebeurt.
Heeft meestal een bepaalde doel
de een kan er mee leven
De ander geeft het een naar gevoel
Alles wat in het leven gebeurt
Heeft hoe dat ook vendt of keert
meestal een bepaalde betekenis
Alleen zal niemand echt weten
Wat daar de werkelijke reden van is.

(*Afbeelding 2*: gedicht 'betekenis', NN, De Kijvelanden, 2019)

1. Inleiding

Veel patiënten in een terbeschikkingstelling (tbs) context hebben grote moeite met hun situatie. Dat roept vragen op naar hoe zingeving een rol speelt bij deze mensen dit het niet ver schoppen in de samenleving. Wat bezielt hen om het toch vol te houden? Welke inspiratie koesteren zij vanuit het verleden en wat doen zij daarmee in een tbs-kliniek? Hoe geven zij betekenis aan hun tijd en hoe zijn zij gericht op de toekomst? Deze scriptie geeft een verslag van een analyse door middel van semigestructureerde interviews met tbs-gestelden van de afdeling Onyx van Forensische Psychiatrisch Centrum (FPC) De Kijvelanden | Fivoor. De patiëntenpopulatie van deze afdeling betreft mensen met een licht verstandelijke beperking (lvb).

Het eerste hoofdstuk bevat de introductie van het onderzoek met het conceptueel ontwerp om sturing te geven en te laten zien welke concrete onderzoeksactiviteiten nodig zijn. Eerst volgt een beschrijving van het projectkader en recente ervaringen in de tbs context (1.1) met aansluitend de probleemstelling (1.2). Daarna volgt de doelstelling waaruit tevens de motivatie van onderzoeker is af te leiden (1.3), de vraagstelling met sub-vragen die aangeven welke kennis het onderzoek kan opleveren (1.4) en het operationaliseren en representeren van de centrale begrippen (1.5). Tenslotte volgt het onderzoekmodel als hulpmiddel om greep te krijgen op het onderzoeksproject en wat de verschillende stappen weergeeft (1.6).

1.1 Aanleiding en relevantie van het onderzoek

Persoonlijk begeleiders van forensisch psychiatrische patiënten met een lvb in combinatie met de strafrechtelijke maatregel tbs vanuit justitie, werken aan het creëren van zinvol levensperspectief en een positieve gedragsverandering van patiënten, waardoor het probleemgedrag, de psychische klachten en het recidive gevaar vermindert (Roos e.a., 2013). Eerder onderzoek binnen de muren van de Kijvelanden toont aan dat coaches of zogenoemde stafleden weinig tijd hebben om aandacht aan zingeving te besteden. Motiverende gespreksvoering en goed gebruik van de methode ‘persoonlijke toekomst planning’ leiden ertoe dat er wel meer aandacht aan zingeving besteed kan worden tijdens de behandeling en aanbevolen wordt om de behoefte op het gebied van zingeving van patiënten in kaart te brengen (Van der Poll, 2017).

Zingeving wordt als een fundamenteel onderdeel in de hulpverlening gezien, mede omdat het nauw verbonden is met motivatie en doelgerichtheid. Onderzoekers van Movisie spreken van een onderbelichte dimensie in de maatschappelijke opvang en zien aandacht voor zingeving als voorwaarde voor het slagen van de hulpverlening. Zingeving kan patiënten motiveren om ‘door te gaan’ en de gestelde doelen na te streven. Het is volgens hen echter onmogelijk om achteraf te bepalen hoe groot de bijdrage van de aandacht voor zingevingsvragen is geweest in het behaalde resultaat. Dat neemt niet weg dat zingeving een fundamentele menselijke behoefte is, die richting kan geven in tijden van crisis. Vaak leggen hulpverleners en patiënten echter andere accenten als het om zingeving gaat. Er is behoefte aan een meer praktische en concrete invulling van het leefgebied zingeving, om spraakverwarring te voorkomen (Akkermans, 2010).

In 2011 is in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeken Documentatiecentrum (WODC) ten behoeve van de tbs-onderzoeksprogrammering, een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de huidige tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel uitgevoerd. Er is dan onder meer onduidelijkheid of de gestelde zorgprogramma’s passend zijn en hoe deze corresponderen met de behandeling van tbs-gestelden. De onderzoekers bevinden dat de behandeling specifieker kan worden bepaald en dat

de vormgeving en uitvoering van de huidige zorgprogramma's nader bekeken dient te worden (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 22,29). Hun weerslag van de kwantitatieve analyse van het onderzoek met een representatieve steekproef van tbs-gestelden, geeft veel informatie over achtergronden, knelpunten en kenmerken van deze groep en beschrijft hoe de behandeling aansluit bij het wetenschappelijk onderzoek. De term 'zingeving' of 'kwaliteit van leven' komt overigens in het rapport niet voor.

Vorenstaande noopt ertoe (de behoefte op) het gebied van zingeving van deze patiënten in kaart te brengen. De staf op de afdeling mag in de praktijk dan weinig tijd hebben om aandacht te geven aan zingeving; de aspecten van de vak therapeutische behandelingen binnen de FPC (beeldend, drama, muziek en psychomotorisch) lijken sterk gerelateerd aan het thema zingeving. Onderzoeker heeft tijdens een stage geestelijke verzorging gedurende het eerste semester van 2019 op intensieve wijze kennis gemaakt met de tbs-context. Hierbij is opgevallen dat behandelingen niet alleen gericht lijken op vermindering van het probleemgedrag, psychische klachten of recidive gevaar (De Borg, 2014), maar juist ook op een (nieuw) zinvol levensperspectief of het geven van een bepaalde betekenis aan het leven in tbs.

De misdaad die iemand heeft begaan onder ogen komen is niet makkelijk. In het algemeen geeft een periode van detentie diegene de tijd om stil te staan bij het delict, te bemiddelen in herstel en om schuldgevoelens te verwerken (Slachtoffer in beeld, 2016, p. 3). De extreme ontwikkeling van een detentie in een mensenleven, zoals ook een tbs-situatie, kenmerkt zich door een eigen aard van morele en existentiële vragen in die context (De Vries, 2018, p. 10). De tbs-gestelde kan met geloofs- en zingevingsvragen bij een geestelijk verzorger terecht, waar hij vanwege diens ambtsgeheim ook vrijuit kan spreken over de problemen die worden ondervonden. Behalve bij individuele gesprekken of tijdens therapie, is er voor patiënten ook tijdens religieuze diensten ruimte om te zoeken naar antwoorden of zingeving.

Tijdens voornoemde stage binnen FPC De Kijvelanden is opgevallen dat een belangrijk deel van de kerkgangers, naar schatting gemiddeld 50%, afkomstig is van de zogenoemde lvb-afdeling Onyx 2. Het is niet duidelijk wat hiervan de reden is en/of op welke wijze een (licht) verstandelijke beperking hierbij een rol speelt. Ook is niet duidelijk hoe rituele expressie, zorgprogramma of therapie zich verhouden tot de behoefte op het gebied van zingeving in het leven van deze, maar ook van andere patiënten. Tijdens de stage is verder opgevallen dat er op de afdelingen Onyx 1 en 2 relatief vaak sprake is van een alarmsituatie of agressieproblematiek. In 2018 is ten aanzien van de afdeling(en) Onyx een projectgroep opgestart, om toe te werken naar meer effectieve behandelmethoden voor deze afdeling(en). In Nederland is nog geen landelijk zorgprogramma ontwikkeld voor verstandelijk beperkte forensische patiënten (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 84-85).

1.2 Probleemstelling

Zingeving duidt het meer actieve, informele en individuele aspect van het proces aan waarmee mensen hun leven ordenen (VGVZ, 2015). In dit kwalitatief onderzoek wordt informatie verzameld en worden vragen beantwoord om kenmerken te beschrijven van dit ervaringsproces onder tbs-patiënten. Hierna volgt een korte beschrijving van het onderzoek.

FPC De Kijvelanden | Fivoor huisvest forensische psychiatrische patiënten met de zorgtitel 'tbs met dwangverpleging'. Met deze door de rechter opgelegde behandelmaatregel binnen een gedwongen juridisch kader, hebben tbs-patiënten weinig perspectief op een (voorwaardelijke) invrijheidsstelling.

Diverse onderzoeken tonen aan dat zingeving in maatschappelijke opvang een onderbelichte dimensie is en dat er een behoefte is om zingeving van tbs-patiënten meer in kaart te brengen (Movisie, 2010; Van der Poll, 2017). In De Kijvelanden is zingeving een belangrijk thema voor stafleden, vak therapeuten en geestelijke verzorgers. Tegelijk beklagen veel patiënten zich over de 'zinloosheid' van tbs en hun behandeling. Vooraanstaande juristen veronderstellen zelfs dat zingeving zonder perspectief op een (voorwaardelijke) invrijheidsstelling eigenlijk niet mogelijk is (Spronken, 2015).

Coping met de tbs-situatie blijkt toch niet uit te monden in veelvuldig suïcidaal gedrag. WODC onderzoek laat zien dat suïcides met name kort na insluiting worden gepleegd (Blaauw, 1991). Levenslust en zingeving is kennelijk een belangrijke conditie voor een tbs-gestelde en eigenlijk is de vraag die vooraf mag gaan aan hun behandeling en ondersteuning: "Hoe ziet zingeving onder tbs-gestelden eruit?" Aangenomen mag worden dat tbs-gestelden veel tijd hebben om na te denken; over hun beleving van uitzichtloosheid, hopeloosheid, onzekerheid of verveling. Daarbij zullen ze zich bezinnen op hun ontwikkeling van oudsher en persoonlijke situatie in relatie tot de gepleegde misdaad en straf. Ook zullen ze hun behandeling verkennen, zoals ze die moeten ondergaan gericht op de toekomst en een mogelijke terugkeer in de samenleving en ze zullen letten op de bejegening zoals ze die in hun huidige tbs-positie ervaren.

In feite is het probleem dat er een gemis is aan kennis en inzicht in de wijze waarop patiënten zelf omgaan met bezinning, hun behandeling en de bejegening in tbs. Het is van belang om na te gaan hoe de patiënt zelf denkt over zingeving of over het vinden van betekenis in de tbs-situatie en om tot een goede situatie te komen rondom zingeving in tbs. De tbs-sector werkt voortdurend aan verbetering van behandelmethoden en risicotaxatie-instrumenten in relatie tot het voorspellen van delict gevaarlijkheid en terugkeer naar de maatschappij, maar het ontbreekt kennelijk aan onderzoek naar en beschikbare theorieën over zingeving (Nijman, 2002). Fivoor is op zoek naar een meer effectief behandelprogramma voor een groeiende groep lvb-patiënten, zoals die op de afdeling Onyx worden verpleegd en behandeld. Deze groep heeft niet alleen een lager dan gemiddeld IQ, maar ook ernstige sociale aanpassingsproblemen en/of persoonlijkheidsstoornissen.

De lvb-afdeling Onyx is te onderscheiden in de sociaal-therapeutische afdeling Onyx 1 en de supportieve afdeling Onyx 2. Op Onyx 1 hebben patiënten vaker een persoonlijkheidsproblematiek en op Onyx 2 vaker psychotische problemen. Ondanks de gelijksoortige diagnostisering (lvb) zijn er tussen de patiënten onderling grote verschillen in motivatie of inzetbaarheid. Het is onduidelijk waar dit aan ligt en het zoeken naar een 'gemene deler' is moeilijk. Een onderzoek naar zingeving onder deze lvb-patiënten zal kunnen bijdragen aan een verdere ontwikkeling van goede zorg voor deze specifieke groep.

We weten nog niet veel over zingeving in tbs en in het bijzonder niet onder lvb-patiënten. Hoe ziet zingeving onder de tbs-gestelden van de lvb-afdelingen Onyx er eigenlijk uit? Tbs vergroot hun zinloosheid vanwege de wroeging over een misdaad, een continue dwang en drang situatie en een bepaalde ongewisheid. Op welke manier proberen patiënten hun leven op orde te krijgen in zo'n situatie van afhankelijkheid en onzekerheid? De probleemstelling is als volgt te benoemen:

Er is op dit moment onvoldoende inzicht in de kenmerken van zingeving bij de behandeling en bejegening van tbs-gestelden binnen tbs-instellingen, terwijl er indicaties zijn van het belang van aandacht voor zingeving voor het therapeutisch proces.

Tbs-gestelden zitten in een transitieproces en hun behandeling dient duidelijke doelen zoals gedrag beheersing en het voorkomen van recidive. Tegelijk weten we in deze situatie niet goed van de patiënten zelf wat de tbs met hen doet, welke betekenis zij eraan geven en wat voor henzelf meer of minder zinvol is. Dit onderzoek wil hen daarop gaan bevragen.

1.3 Doelstelling

Binnen het opgelegde tbs-regiem lijkt zingeving door patiënten aan hun verblijf in tbs weinig mogelijk. Veel patiënten en vooral met een lvb hebben moeite met de tbs-structuur; men is vaak pessimistisch, niet gemotiveerd en ziet geen of weinig perspectief.

Het kwalitatief onderzoek onder groepen lvb-patiënten in tbs beoogt verdiept inzichten te krijgen in de achtergronden en onzekerheden rondom het thema zingeving in tbs. Daarvoor wil het informatie verzamelen van verschillende tbs-gestelden op de lvb-afdeling Onyx. De onderzoeksresultaten kunnen een bijdrage leveren aan de praktijk daaromheen en tot eventuele vervolgacties leiden (Verschuren & Doorewaard, 2015, p. 49), zoals een interventie om de situatie te veranderen, criteria voor (vak)therapie, geestelijke verzorging en behandelaars of een protocol voor de (verwante) instelling(en). Voor het onderzoek geldt de volgende doelstelling:

> *Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de praktijk van zingeving door patiënten aan hun verblijf, in tbs door een overzicht te geven van de attituden rondom dit thema bij een groep tbs-gestelden met een lvb.*

1.4 Vraagstelling

Om tot de gewenste resultaten te komen luidt de hoofdvraag van dit onderzoek:

> *Welke betekenis geven lvb-patiënten van afdelingen met een supportief of een sociaal-therapeutisch behandelmilieu aan hun verblijf in tbs gelet op aspecten van bezinning, behandeling en bejegening en hoe interacteren zij daarbij met andere patiënten?*

Deelvragen hierbij zijn:

1. Op welke terreinen ervaren lvb-patiënten in tbs zin of zinloosheid?
2. In hoeverre heeft dat betrekking op punten van bezinning, behandeling en bejegening?
3. In hoeverre variëren die ervaringen onderling gelet op de afdelingen Onyx 1 en Onyx 2?

1.5 Centrale begrippen

De hiernavolgende begrippen spelen een grote rol in het onderzoek.

Tbs: Een tbs-maatregel wordt door de rechter opgelegd aan mensen die een ernstig misdrijf hebben gepleegd (waar een minimale gevangenisstraf van 4 jaar op staat) en waar na onderzoek blijkt dat zij een psychiatrische ziekte of een ontwikkelingsstoornis hebben. Zoals verondersteld mag worden, verschillen tbs-gestelden op het vlak van psychopathologie en type delict. Deze heterogeniteit heeft gevolgen voor indicatiestelling, behandeling en resocialisatie (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 123). Binnen de tbs-context, staat de behandeling van seksueel delict plegers, psychotisch kwetsbaren, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijk beperkten en verslaafden in dienst van het doel van tbs-behandeling: recidivegevaar verminderen en het beheersbaar maken van de achterliggende oorzaken van het delict gedrag (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 78-85).

Lvb-patiënten: Volwassen mannen met een IQ tussen de 50 en 85 met een zogenoemde dubbele diagnose; een beperkt sociaal aanpassingsvermogen of een persoonlijkheidsstoornis en die tbs-gesteld zijn binnen FPC De Kijvelanden na een kortere of langere pré klinische detentie. Personen met een lvb hebben moeite met abstract denken, perspectief hanteren, generaliseren en het leren en denken is gericht op het hier en nu in plaats van op de toekomst. De beperkte impulscontrole maakt dat personen met een lvb dat wat zij voelen direct omzetten in gedrag. Personen met een lvb hebben een hoger risico op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek (Drost, 2016). Experts benadrukken dat de "kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking levenslang en levensbreed zijn" (Trimbos-instituut, 2015).

Afdeling Onyx: Huisvesting binnen tbs-kliniek De Kijvelanden als een onderscheiden afdeling met 2 x 12 woonruimtes, een gezamenlijke stafkamer en 2 woonkamers als gemeenschappelijke ruimte voor licht verstandelijk beperkte patiënten.

Binnen FPC De Kijvelanden zijn diverse soorten afdelingen te onderscheiden. Naast de afdeling Onyx zijn dat een opname afdeling (Koraal), sociaal-therapeutische afdelingen (Robijn, Saffier, Smaragd, Karmijn), supportieve afdelingen (Opaal, Jade) en een afdeling voor Zeer Intensieve Zorg (Olivijn). De afdeling Onyx is een lvb-afdeling, opgesplitst in een sociaal-therapeutische (sub)afdeling Onyx 1 en de supportieve (sub)afdeling Onyx 2 (FPC De Kijvelanden, 2017). Binnen de muren van FPC De Kijvelanden bestaan nog twee afdelingen (met in totaal drie leefgroepen Amber 1 en 2 en Kobalt) van de SGLVG+-kliniek Ipse de Bruggen; hier worden – onder een andere justitiële titel en met een lager beveiligingsniveau - ook mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige problemen behandeld (Ipse de Bruggen, 2020).

Lvb-patiënten op de afdeling Onyx 1 betreffen vooral patiënten met persoonskenmerken die eerder negatief en antisociaal van aard zijn. De behandeling is er primair gericht op het remediëren en adaptatie van o.a. een gebrek aan respect en empathie, een vijandige houding, manipulatie, wraak en een negatieve instelling. Het sociaal-therapeutisch milieu van Onyx 1 zet het zogeheten 'rol-leren' centraal en de (sociale) omgang met medepatiënten. Lvb-patiënten op de afdeling Onyx 2 betreffen vooral psychotici en patiënten met autistiforme stoornissen. De behandeling is vooral antiregressief (niet ontregelen en terugvallen) en gericht op het individu. Praktisch gezien omvat het supportieve milieu van Onyx 2 een voorspelbare structuur (therapie / weekprogramma), hand–in-hand-begeleiding, in het 'hier en nu' werken en gericht zijn op prikkelreductie. Beide (sub)afdelingen staan voor maatwerk op het individu; ideaaltypische modellen zullen in de praktijk zo niet voorkomen (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 73, 74).

Bij het empirisch onderzoek worden de afdelingen Onyx 1 en 2 separaat bekeken. Het denkproces van de onderscheiden patiënten, hun behandeling en hun bejegening zal per afdeling verschillen en het effect daarvan kan merkbaar zijn in het onderzoek. Zo is wellicht voor het thema zingeving ook een gerichte uitspraak te doen over de invloed of de effectiviteit van de therapeutische behandelmilieus en/of het diagnostisch gemaakte onderscheid.

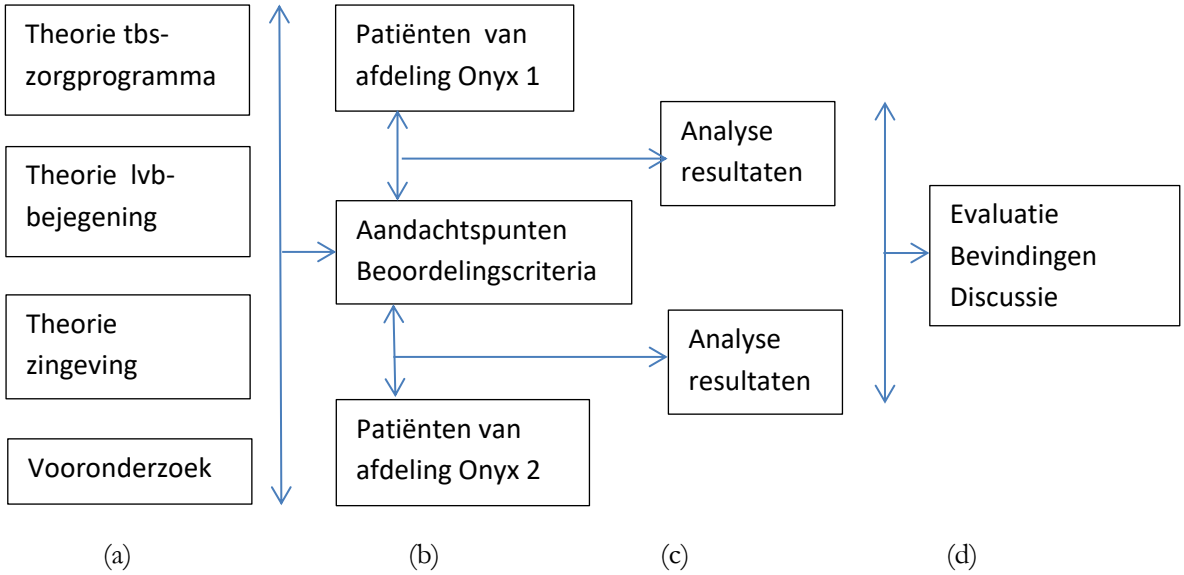
Betekenis geven: Betekenis geven of zingeving duidt het meer actieve, informele en individuele aspect van het proces aan waarmee mensen hun leven ordenen. Het gaat dan om het zingevingsproces in de breedste zin van het woord, waaraan vier dimensies onderscheiden kunnen worden. De existentiële dimensie (a) verwijst naar de ervaring van het

bestaan als zodanig, in zijn alledaagsheid én met zijn (contingente) ervaringen van verschrikking en verwondering en alles daartussen. De spirituele dimensie (b) verwijst naar transcendente betekenis en ervaring. De ethische dimensie (c) verwijst naar het veld van waarden, normen en verantwoord handelen. De esthetische dimensie (d) verwijst naar de vormende betekenis van ervaringen met schoonheid in zowel cultuur als natuur (VGVZ, 2015, pp. 10, 36-37).

Zingevingsvraagstukken van tbs-gestelden zullen betrekking hebben op zichzelf in relatie tot (wroeging over) de eerder gepleegde misdaad, de behandeling(en) die men moet ondergaan en het omgaan met medebewoners, stafleden en externe relaties binnen deze specifieke setting. Het onderzoek focust op deze bezinning en hun zin geven aan de behandeling en bejegening in een tbs-context. Behalve een proces van zin ontdekken, betekenis geven of bezinnen, zal er bij tbs-gestelden ook een ordening zijn in zorg voor zichzelf en de eigen (zorg)positie ten opzichte van anderen in tbs. Ook deze componenten van betekenis geven worden betrokken; zij verwijzen naar een autonomistische en een reflexieve dimensie van het zingevingsproces.

1.6 Onderzoekmodel

Het onderzoek is verdeeld in vier fasen zoals hieronder is gevisualiseerd en verwoord (Verschuren & Doorewaard, 2015, pp. 21, 124).



Om goed inzicht te krijgen in de problematiek is een theoretisch gedeelte (a) in het onderzoek noodzakelijk, wat inhoud geeft aan de centrale begrippen, beoordelingscriteria en aandachtspunten. Vervolgens is er een empirisch gedeelte (b) waarbij de meningen en beleving van patiënten gevraagd worden. De separate (sub)afdelingen Onyx 1 en Onyx 2 herbergen lvb-patiënten die respectievelijk een sociaal-therapeutisch behandelmilieu (Onyx 1) of een supportief behandelmilieu (Onyx 2) nodig hebben. Daarna volgt een inhoudsanalyse (c) van de interviews en een vergelijk met de theorie. Tot slot worden de bevindingen van de kwalitatieve inhoudsanalyse geëvalueerd (d) en ondersteund met aanvullende literatuur tot eindresultaten geformuleerd.

Hierna volgt in hoofdstuk 2 eerst het theoretisch kader, waarin een verdere notie van de centrale begrippen en de theorie wordt gegeven om het empirische deel te kunnen interpreteren. Daarna volgt de onderzoeksopzet in hoofdstuk 3. De onderzoeksresultaten worden in hoofdstuk 4 besproken en tenslotte in hoofdstuk 5 geëvalueerd, met een eindoordeel over het onderzoek.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk met het theoretische kader beschrijft de relevantie van het onderzoek met een nadere definiëring van de centrale begrippen, het exploratief onderzoek van de literatuur en de protocollen van de instelling. Hieraan worden de beoordelingscriteria en aandachtspunten voor het empirische gedeelte ontleend. Het theoretisch kader duidt het milieu waarbinnen het onderzoek plaatsvindt en hoe dit volgens de theorie wordt beleefd. Achtereenvolgens komen aan de orde; de tbs-context (2.1), de tbs-gestelde (2.2), het zorgprogramma (2.3), licht verstandelijke beperking (2.4) en zingeving (2.5).

2.1 Tbs-context

Een terbeschikkingstelling of kortweg tbs staat voor een behandelmaatregel die iemand zijn vrijheid ontneemt en hem of haar in een specifieke omgeving plaatst. Deze paragraaf gaat in op het opleggen van tbs in het algemeen en hoe dit in onze samenleving zijn betekenis krijgt.

Nederland kent, in vergelijking met de Verenigde Staten en met de rest van Europa, een enigszins afwijkend systeem tbs geheten. Tbs is een strafrechtelijke maatregel die verschilt van andere landen in die zin dat er een continuüm bestaat van volledig toerekeningsvatbaar tot volledig ontoerekeningsvatbaar. Er zijn twee varianten van de tbs-maatregel: tbs met bevel tot dwangverpleging (vrijheidsbenemende maatregel) en tbs met voorwaarden. Bij een tbs met bevel tot dwangverpleging wordt de tbs-gestelde in een (gesloten) Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) geplaatst en daar behandeld. Bij een tbs met voorwaarden wordt de persoon niet onder dwang in een FPC opgenomen, maar legt de rechter verplichtende voorwaarden op aan het gedrag van de persoon zoals bijvoorbeeld het volgen van een dagbehandeling of een alcoholverbod (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 23).

In 2006 besloot de Tweede Kamer na enkele ernstige incidenten met tbs-gestelden tijdens onbegeleid verlof, via de commissie-Visser een parlementair onderzoek in te stellen naar het functioneren van het tbs-systeem. Deze commissie kwam tot de conclusie dat het tbs-systeem in het algemeen aan zijn taakstelling voldoet, maar dat het noodzakelijk is om de uitvoering aan te passen aan de eisen van de tijd (Van Nieuwenhuizen, 2011).

Een tbs-maatregel wordt door de rechter opgelegd aan mensen die een ernstig misdrijf hebben gepleegd - dat is waar een minimale gevangenisstraf van 4 jaar op staat - en waar na onderzoek blijkt dat zij een psychiatrische ziekte of een ontwikkelingsstoornis hebben. Tbs-gestelden verschillen op het vlak van psychopathologie en type delict. Deze heterogeniteit heeft gevolgen voor indicatiestelling, behandeling en resocialisatie (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 123). De behandeling van seksueel delict plegers, psychotisch kwetsbaren, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijk beperkten en verslaafden staat in dienst van het doel van de tbs-behandeling: recidivegevaar verminderen en het beheersbaar maken van de achterliggende oorzaken van het delict gedrag (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 78-85).

Patiënten die verblijven in een forensische voorziening onder vrijheidsbenemende of vrijheid beperkende maatregelen en een behandeling krijgen voor de aandoening die zij hebben, vallen onder klinische zorg. De beveiligingsniveaus variëren van niveau 1 tot en met 4, waarbij het verschil tussen de beveiligingsniveaus vooral tot uiting komt in materiële kenmerken van instellingen, zoals verschil in de hoogte van het hek en de mate van bewegingsvrijheid. FPC De Kijvelanden | Fivoor is

een instelling voor tbs-gestelden met dwangverpleging met het zwaarste beveiligingsniveau 4. Dat betekent dat er patiënten worden geplaatst die een gefaseerde, intensieve behandeling en intensief begeleide resocialisatie nodig hebben. De psychiatrische behandeling is zowel gericht op het verkleinen van het risico dat de patiënt nogmaals een delict pleegt, als op het beheersbaar maken van de achterliggende oorzaken van het delict gedrag. De verblijfsintensiteit kan variëren. Er is sprake van een gesloten setting met zeer hoge materiële en immateriële beveiligingsmaatregelen in combinatie met zeer geringe bewegingsvrijheid. Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten is aanwezig binnen een dubbele beveiligingsring (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2014).

We leven in een samenleving waarin risico's bestaan en waarvan we ook besef hebben, maar waarvan we niet weten of en wanneer ze daadwerkelijk realiteit zullen worden. Volgens onderzoeker Van Eijk heeft deze risicomaatschappij een immanente dreiging om zondebokken aan te wijzen. Niet de gevaren op zichzelf, maar degenen die ze vertonen worden het mikpunt. Ten aanzien van de overheid geldt dat de kritische burger tegelijk procedurele en inhoudelijke topprestaties wil, terwijl het bestuur steeds meer is gebonden, voor zover het al niet bevoegdheden is kwijtgeraakt. Vooral (achteraf gezien) verkeerde inschattingen worden in de media of de publieke opinie al gauw gekwalificeerd als falen door en van het justitieel systeem, zoals blijkt bij ernstige incidenten met ontvluchte tbs-ers of bij procedurele en rechterlijke blunders die door wetenschap en media tot op het bot ontrafeld worden (Van Eijk, 2013, p. 22).

Het Rapport 'Goed bejegenen' van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) besteed expliciet aandacht aan jeugdige ingeslotenen en tbs (Van Eijk, 2013, p. 143). De RSJ ziet goede bejegening als 'een inhoudelijk kwaliteitsconcept voor de organisatie en uitvoering van vrijheidsbeneming'. Met het rapport beoogt de RSJ een referentiekader te bieden voor de invulling van goede bejegening, die stoelt op humaniteit en menswaardigheid en de aanspraak van de ingeslotene hierop vloeit simpelweg voort uit het 'menszijn'.

2.2 Tbs, detentie en forensische zorg

Deze paragraaf 2.2 gaat verder in op de feitelijke situatie, de samenstelling en de specifieke benadering van tbs-gestelden.

De ervaring leert dat een tbs-kliniek een eigen specifiek (zorg)regiem kent, waar het woord 'detentie' niet erg in zwang is, in tegenstelling tot 'forensisch' wat evenzo duidt op een justitiële context (forensis = gerechtelijk). De tbs-context is evenals detentie feitelijk een situatie waarin een persoon door een op de Nederlandse wet gebaseerde rechterlijke uitspraak van zijn bewegingsvrijheid is beroofd met het oog op de bescherming of beveiliging van de openbare orde of ter vergelding van een misstap. Dit wordt ten uitvoer gelegd op een locatie die beheerd dan wel gecontroleerd wordt door het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Het gaat bij een detentie om situaties waarin sprake is van beperkingen van bewegingsvrijheid op grond van een strafrechtelijke en/of civielrechtelijke uitspraak, die ten uitvoer worden gelegd in justitiële inrichtingen, tbs-klinieken en locaties van vreemdelingenbewaring. Het uitgangspunt bij een detentie mag zijn dat het een ultiem middel is, waarbij overige schade veroorzaakt door de detentie zoveel mogelijk beperkt dient te blijven. Onderzoeker Van Eijk verwijst in zijn onderzoek naar de taak van de justitiepastor 'menselijke waardigheid tijdens detentie', ook naar de situatie in tbs-klinieken. Hij wijst erop dat de normen betreffende humane detentie aan het verschuiven zijn in Nederland. Bij het zorgaanbod op tbs-

afdelingen moet - net als in ziekenhuizen en GGZ-instellingen – een ethische commissie eigenlijk vanzelfsprekend zijn (Van Eijk, 2013, pp. 13, 22, 162).

Binnen een tbs-kliniek als De Kijvelanden is sprake van 'forensische zorg' wat wordt gedefinieerd als: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand met een psychisch/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden; die van het strafrecht en die van de zorg (Directie Forensische Zorg, 2019). Anders dan in bijvoorbeeld een gevangenis, spreekt men op de tbs-afdelingen van kamers in plaats van cellen, van staf in plaats van bewakers en van een patio in plaats van een luchtplaats. Dit neemt niet weg dat deze vorm van forensische zorg een van de meest verreikende ingrijpen is, op mensen die een afgezonderd leven leiden in een formeel gereguleerde levenswijze met een grote hoeveelheid negatieve effecten. De socioloog Goffman omschrijft halverwege de 20e eeuw de gevangenis als een voorbeeld van een totale institutie. Autonomie, individualiteit en privacy verminderen of verdwijnen. Volgens Goffman is het effect op bewoners van een totaalinstituut, dat hun ego wordt ontzet; gemortificeerd (Van Eijk, 2013, pp. 32-33).

Ondanks de klimaatverschillen zal dit effect in een tbs-instelling niet anders zijn. Forensisch verblijf kent regels, normen en waarden, waar mensen daar buiten meestal geen besef van hebben. Het is te beschouwen als een extreme ontwikkeling in een mensenleven met op elkaar inwerkende factoren waaronder: (1) vragen van schuld en recht, (2) de ervaring van insluiting, (3) het buitengesloten zijn van gemeenschap en (4) de complexe problematiek van veel gedetineerden (De Vries, 2018). Deze factoren zetten de levensordening zwaar onder druk en zullen vooral inbreuk maken op de existentiële dimensie daarvan. De vraag dringt zich op in hoeverre in de tbs-situatie met zulke geestelijke nood, nog sprake is van zingeving of meer van een overlevingsstrategie (Van Eijk, 2013, pp. 32-33).

Het WODC rapport 'Tbs-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse.' vormt de weerslag van een inventariserend, beschrijvend onderzoek naar de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregelen in 2011. Een deel van het rapport bevat de kenmerken van de onderzoekspopulatie, de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, de vormgeving van de tenuitvoerlegging, het formele wettelijke kader, knelpunten en de vraag hoe de tenuitvoerlegging – meer bepaald de behandeling – aansluit bij het wetenschappelijk onderzoek. Het andere deel bevat profielen van de groep onderzochte tbs-gestelden. De politieke gevoeligheid en negatieve beeldvorming van de tbs is een veel genoemd knelpunt. Volgens geïnterviewde behandelaars, leidt dit tot verminderd maatwerk op het gebied van behandeling en vrijheden, wat kan leiden tot frustratie en ongemotiveerde patiënten met alle gevolgen voor de behandeling en de behandelduur. Op basis van een latente klasse analyse worden vijf profielen van tbs-gestelden onderscheiden: 'de psychotische patiënt met meervoudige problematiek' (Klasse 1), 'de typisch psychotische patiënt' (Klasse 3), 'de antisociale patiënt' (Klasse 2), 'de onder invloed verkerende patiënt' (Klasse 5) en 'de patiënt met seksuele problematiek en delict gedrag' (Klasse 4). De gevonden profielen sluiten inhoudelijk aan bij de klinische praktijk en laten zien dat rekening wordt gehouden met de draagkracht en draaglast van patiënten afhankelijk van het profiel. Denk aan het op maat gemaakte aanbod van onderwijs en arbeid (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 9,14-16, 20).

Het programma van forensische zorg hanteert een geïntegreerde benadering. Dit betekent dat een behandelinterventie aan vier principes moet voldoen, wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive; (1) het risico principe, (2) het behoefte principe, (3) het responsiviteit principe, en (4) het behandelintegriteit principe. Behandel- en zorgprogramma's kunnen op papier effectief zijn maar in de praktijk niet of moeilijk van de grond komen of niet effectief blijken in termen van recidivevermindering (Rovers, 2007). Naast conditionele assumpties van behandel- en zorgprogramma's, kunnen contextfactoren en randcondities in een intramurale setting (FPC) niet worden verwaarloosd. Behandel- en zorgprogramma's vinden plaats in een sociale omgeving waar tal van factoren een rol van betekenis spelen, vandaar dat zowel behandel- en zorgprogramma's als het leefmilieu onderwerp van onderzoek zijn (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 26, 27).

Eerder bepleit Stefan Bogaerts, medeauteur van het hiervoor genoemde WODC rapport, het belang om bij (diagnostisch) onderzoek juist te focussen op het individuele patiëntniveau. Vanuit diagnostisch perspectief is de klinische informatie over heden en verleden significant, maar vooral inzicht in de sociale netwerken is een extra hulpmiddel. Naast de gecombineerde therapieën, is de omgeving waarin de forensische patiënt woont van invloed op de behandeling (Bogaerts, 2010). Voor dit onderzoek is het daarom interessant om de respondenten te bevragen op hoe de interventie werkt en wat de invloed van de omgeving is, om daarmee de verbinding tussen persoonlijkheidskenmerken en netwerkkenmerken meer inzichtelijk te krijgen.

De klinische setting van de tbs-instelling is een totaal andere dan de wereld 'buiten', maar ook dan andere detentiecentra. Het behoort tot het werkterrein en de onderzoekcontext van klinische en kritieke psychologie als specialistische zorg, vaak in multidisciplinaire teams, waarbij het belangrijk is om kritisch te denken bij benadering en interventies in gezondheidszorg (Marks & Yardley, 2004, pp. 9-14). De tbs-populatie bestaat hoofdzakelijk uit mannen en het grootste deel heeft de Nederlandse nationaliteit. De meeste patiënten zijn ongehuwd en iets minder dan één derde van de patiënten heeft één of meerdere kinderen. Wat betreft de voorgeschiedenis van de patiënten is in het leven van de patiënten vaak sprake geweest van opvoedwisselingen en ervaren (negatieve) life-events of traumatische ervaringen (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 65).

Het WODC onderzoek van Van Nieuwenhuizen laat zien dat tbs-patiënten gemiddeld negen life-events hebben meegemaakt (sd=3.7, range 1-25). Bijna 30% van de patiënten is tijdens de eerste drie levensjaren verwaarloosd en meer dan een vijfde deel van de patiënten heeft ooit een suïcidepoging ondernomen. De meerderheid van de onderzoekspopulatie heeft vóór de tbs-maatregel contact gehad met hulpverleningsinstanties. De meeste patiënten zijn voor hun huidige terbeschikkingstelling al eerder veroordeeld (81.7%). Met betrekking tot de terbeschikkingstelling is duidelijk dat (poging tot) moord of doodslag de meest voorkomende indexdelicten[1] zijn, gevolgd door zedendelicten, delicten in de categorie 'bedreiging, afpersing en vrijheidsberoving' en geweldsdelicten. De gemiddelde leeftijd bij opname in de eerste tbs-kliniek is 33.8 jaar en patiënten zijn gemiddeld 6 jaar in één of meerdere tbs-klinieken. Met betrekking tot de psychopathologie ligt het gemiddelde aantal DSM-IV classificaties op 3.5 per patiënt. De aan middelen gebonden stoornis,

[1] Het indexdelict bij Van Nieuwenhuizen is onderverdeeld in zeven categorieën, te weten: (a) (Poging tot) moord/doodslag; Zedendelict, onderverdeeld in (b) seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen, en (c) seksueel grensoverschrijdend gedrag bij volwassenen; (d) Brandstichting, zowel met als zonder gevaar voor personen; (e) Ernstig geweld (inclusief zware mishandeling); (f) Bedreiging (met en zonder geweld, inclusief vrijheidsberoving en/of afpersing); en (g) Diefstal (met en zonder geweld).

de cluster B persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie en andere psychotische stoornissen komen het vaakst bij de patiënten voor. Zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid komt in 23% van de gevallen voor (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 11, 65, 47, 54-57).

2.3 Zorgprogramma

De toewijzing van tbs-patiënten naar verschillende afdelingen gaat naar te onderscheiden soort problematieken (supportieve-, sociaal-therapeutische- en verslaving gerelateerde afdelingen) en daarbij aansluitende zorgprogramma's. Afdelingen huisvesten zo verschillende typen personen met verschillende strafpercepties en een meervoudige rol van spiritualiteit bij in het reine komen met het verleden, met hun persoonlijke problematiek en de plannen voor de toekomst.

Dit hoofdstuk wil een nadere oriëntatie geven op het zorg- en behandelprogramma, zonder uitputtend het terrein van behandeling en therapie te gaan bestrijken. Bij dit onderzoek is een keuze gemaakt voor de lvb-afdeling Onyx, mede omdat FPC De Kijvelanden | Fivoor in de voortdurende zoektocht naar verdere ontwikkeling van goede zorg, juist zoekend is naar een meer effectief behandelprogramma voor de groeiende groep lvb-patiënten. Paragraaf 4.3.1 belicht kort het gebruik van zorgprogramma's in tbs in het algemeen, waarna paragraaf 4.3.2 inzoomt op de specifieke situatie binnen Fivoor instelling De Kijvelanden. Paragraaf 4.3.3 gaat in op de diverse disciplines in deze setting en de invulling van zorgondersteuning. Bij De Kijvelanden wordt onder zorgondersteuning ook de geestelijke verzorging begrepen, die in paragraaf 4.3.4 afzonderlijk belicht wordt. Immers, ook bij dit onderzoek is het van belang dat op inhouden, betekenissen en interpretaties van godsdienst en levensovertuiging gefocust wordt (Schilderman, 2013).

2.3.1 Zorg in tbs

Tbs-klinieken maken gebruik van zorgprogramma's die de kaders aangeven van waaruit wordt gewerkt. Het behandelaanbod is uiteenlopend, maar kan in vijf categorieën worden geclusterd; behandeling in het kader van het delict, psycho-educatie en therapieën, vaardigheidstrainingen, non-verbale therapieën en maatschappelijk werk. Psycho-educatie en andere therapieën worden vooral individueel gegeven. Vaardigheidstrainingen vinden vooral groepsgewijs plaats en non-verbale therapieën en delict behandeling zijn ongeveer gelijk verdeeld. Ongeveer de helft van de patiënten krijgt farmacotherapie voor psychotische decompensatie en somatische aandoeningen en ongeveer één derde van de patiënten krijgt stemmingsstabilisatoren (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 13).

Onder leiding van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie zijn er zorgprogramma's opgesteld voor bijvoorbeeld patiënten met persoonlijkheidsstoornissen of met seksueel grensoverschrijdend gedrag, voor patiënten die psychotisch kwetsbaar zijn of delict gevaarlijk en er zijn lokale zorgprogramma's, bijvoorbeeld voor patiënten met een laag IQ (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 35). In de praktijk blijken IQ gegevens moeilijk te achterhalen. In patiëntendossiers zijn de IQ-gegevens geregistreerd met betrekking tot het totale IQ, verbale IQ en performale IQ welke zijn vastgesteld met een intelligentietest. Soms wordt ook een inschatting van het IQ gerapporteerd door behandelaren of er wordt een range van IQ-scores beschreven. Uit eerder onderzoek (2001) komt naar voren dat 21% van de tbs-gestelden een IQ heeft van 85 en lager. (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 35-40). Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg wijst erop dat er binnen de strafrechtketen steeds meer aandacht is voor personen met lvb en hun zorgprogramma's; zie ook hierna in paragraaf 4.4.

Binnen de tbs-zorgcontext bestaat er een voortdurend spanningsveld tussen beheersen (control), verplegen/begeleiden (care) en behandelen (cure) van onder andere acuut of chronisch gevaarlijk (agressief) gedrag. Het streven is om zo min mogelijk gebruik te maken van inperkende maatregelen, zoals afzondering, separatie en medicatie. Dwang en drang zijn noodmaatregelen, maar vormen in de Nederlandse psychiatrie een structureel onderdeel van de dagelijkse zorg. Van een noodsituatie – en daarmee het gebruik van inperkende maatregelen - is sprake wanneer de patiënt niet meer toegankelijk is voor beïnvloeding en een ernstig gevaar oplevert voor zichzelf en/of anderen (FPC De Kijvelanden, 2017). Ondanks de context van dwang en drang laat de zorgverlener de patiënt, binnen het kader van de mogelijkheden, te allen tijde de regie houden in zijn eigen herstelproces. Er vinden regelmatig behandelplanbesprekingen plaats om eenzelfde visie door het hele team consistent vast te houden en eenduidigheid te hebben qua behandeldoelen en aanpak.

De forensische zorg tijdens de tenuitvoerlegging van straffen of maatregelen levert een belangrijke bijdrage aan een veilige samenleving. Door op een goede manier te behandelen en te beveiligen zijn forensische zorgaanbieders in staat recidive te beperken. De forensische zorg heeft daarmee een belangrijke maatschappelijke functie. De afgelopen jaren is de druk op de sector toegenomen en in antwoord hierop is een gezamenlijke agenda voor de komende jaren opgesteld. De afspraken uit de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2019-2021 dragen bij aan de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten en medewerkers. Aanbieders van forensische zorg kampen met tekorten aan goed geschoold specialistisch personeel en de kwaliteit van zorg en veiligheid van personeel en patiënten staat onder druk, wat er (mede) toe zou leiden dat stafleden weinig tijd hebben om aandacht aan zingeving te besteden (zie 1.1). Het programma 'Continuïteit van zorg' heeft inmiddels enkele concrete producten opgeleverd en aanbevelingen gedaan voor verdere verbetering in de komende jaren die actief worden opgepakt (Dekker, 2018).

2.3.2 Zorg en behandeling in De Kijvelanden

Fivoor levert gespecialiseerde GGZ in de vorm van forensische zorg en hoog intensieve zorg voor patiënten vanaf 12 jaar oud. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn opgenomen in een professioneel statuut en gebaseerd op de uitgangspunten van vigerende wet- en regelgeving die samenhangt met dat type zorg. Het statuut beschrijft de uitwerking van de rollen, taken en de verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines en zorgprofessionals werkzaam binnen Fivoor. Degene die primair verantwoordelijk is voor de regie van het zorgproces van een individuele patiënt is de regiebehandelaar. Binnen Fivoor is daarbij altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog betrokken (Fivoor, 2019).

De multidisciplinaire samenwerking kent aspecten van gedeelde zorg. Vak-therapeuten, socio-therapeuten, artsen en andere collega's spreken in themabijeenkomsten en beleidscommissies ook over zingevingsvraagstukken en levensbeschouwing. Ethische GGZ-vragen over dwang en drang, identiteit en wonen, dagbesteding, autonomie en het beluisteren van een veelvoud van perspectieven en betrokkenen (ethiek van de ethiek) vereisen vooral een houding van aandacht en pluraal overleg (Doolaard, 2015, pp. 308-322). De behandeling in De Kijvelanden kenmerkt zich door een interdisciplinaire inzet met een verscheidenheid aan rollen, taken en (gedeelde) verantwoordelijkheden. Binnen Fivoor bestaat elk behandelteam uit meerdere behandelaren en disciplines. Iedere behandelaar is verantwoordelijk voor het eigen professioneel handelen, te weten de eigen bijdrage aan de diagnostiek, behandeling, verslaglegging en het tijdig informeren van de regiebehandelaar (Fivoor, 2019).

Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden heeft als doel patiënten zo kort en efficiënt mogelijk te behandelen. Deze behandeling is primair gericht op het delict gedrag, waarbij het doel is te komen tot delict preventie en risicoreductie (FPC De Kijvelanden, 2018). De behandeling van tbs-gestelden krijgt binnen de klinische setting van FPC De Kijvelanden gestalte binnen twee te onderscheiden behandelmilieus; een keten 'supportief' en een keten 'sociaal-therapeutisch'. Binnen de kliniek worden zo twee zorglijnen gehanteerd; een zorglijn voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een zorglijn voor patiënten met een psychotische stoornis respectievelijk psychische kwetsbaarheid.

De onderscheiden behandelmodules worden aangeduid met de term zorgprogramma's, die aansluiten bij de individuele problematiek en mogelijkheden van de patiënt (FPC De Kijvelanden, 2013). De klinische behandelduur wordt beoogd zo lang als noodzakelijk en zo kort als mogelijk te laten zijn. Naast de zorgprogramma's bestaat er een aanbod aan individuele behandelingen op maat. Na de diagnostische fase, dus vanaf de eerste behandelplanbespreking, kunnen patiënten geïndiceerd worden voor een zorgprogramma en/of onderdelen daarbinnen. De voortgang van een patiënt in het zorgprogramma wordt tenminste twee keer formeel gerapporteerd in een behandelplanbespreking of een voortgangsbespreking. In elke fase van het proces worden de voortgang en alle besluiten vastgelegd in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Na beëindiging van een zorgprogramma wordt beoordeeld in hoeverre de patiënt baat heeft gehad bij het zorgaanbod (FPC de Kijvelanden, 2010).

2.3.3 Vaktherapie en zorgondersteuning

Veel tbs-gestelden moeten (opnieuw) met conflictsituaties en agressief gedrag leren om te gaan. Denk aan het leren hanteren van gevoelens van irritatie, boosheid en woede, sociale vaardigheden en het leren oplossen van morele problemen. De zorgprogramma's voor de patiënten die De Kijvelanden aanbiedt, bestaan uit diverse modules waar zogenoemde vaktherapie deel van uitmaakt.

Vaktherapie wordt in groepen aangeboden en op individuele basis. De vaktherapeuten hanteren een beschrijving van vraag & aanbodcombinaties binnen de vaktherapie, die geschreven is volgens het model van het onderzoek 'Vakwerk' van het Trimbos-instituut (FPC De Kijvelanden, 2010). Uitgangspunt in het beschrijven van het hulpaanbod is de hulpvraag van de patiënt. De vaktherapie heeft beschreven modules in de zorgprogramma's: seksueel delict plegers (psychomotorische therapie en dramatherapie), agressie hanteringstherapie (psychomotorische therapie), verslaving fase 1 (muziektherapie, dramatherapie, psychomotorische therapie) en verslaving fase 2 (dramatherapie en beeldende therapie). Voor patiënten met een dubbele diagnose, zoals bijvoorbeeld schizofrenie en verslaving, worden modules met zogenoemde Libermantrainingen aangeboden.

De complexe verscheidenheid binnen dezelfde afdeling of patiëntengroep vraagt om maatwerk per persoon. Buiten de behandel- of therapietijden worden nagenoeg alle patiënten gezien door mensen van zorg ondersteunende afdelingen (Werken, Leren en Sport; Geestelijke Verzorging). Getuige de kliniekjournaals moeten zij rekening houden met patiënten die trouw hun 'blokken' therapie volgen, hard werken, een bepaald ziektebesef hebben, aanwezig zijn, veel sporten en meer of minder intensieve begeleiding vergen. Daartegenover staan patiënten met suïcidaal gedrag, somberheid, boosheid, frustratie of patiënten die psychisch verslaafd zijn aan medicatie, erg onvriendelijk, geen motivatie, afgezonderd, gesepareerd na (gewelds)incidenten of afwijkend in contact zijn.

De afdeling Werken, Leren en Sport (WLS) verzorgt de dagbesteding- en werkervaringstrajecten voor de patiënten van De Kijvelanden. Zij bieden in de kliniek verschillende vormen van werk en dagbesteding aan, zoals houtbewerking, tuin, assemblage en handvaardigheid. Ook is er een dagactiviteitencentrum waar activiteiten worden georganiseerd. De patiënten hebben de mogelijkheid om verschillende erkende diploma's en certificaten te behalen en WLS-collega's van onderwijs geven branchegerichte opleidingen en trainingen die aansluiten bij de wensen en behoeften van de huidige arbeidsmarkt (Fivoor, 2019).

2.3.4 Geestelijk verzorging

De geestelijke verzorging in De Kijvelanden heeft in een eigen korte notitie uiteen gezet wat de visie is op haar werk in De Kijvelanden. Er kunnen afspraken gemaakt worden met alle patiënten die dat willen en behalve patiënten van de FPC De Kijvelanden zijn dat ook patiënten van de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK Rotterdam), de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA Rotterdam), de Blink Resocialisatie Rotterdam en trainingswoningen (Geestelijke Verzorging, 2018).

Geestelijk verzorgers creëren in omgang met mensen een klimaat van openheid, vertrouwen en respect. Zij zijn hermeneutisch-narratief (contextueel) actief en zien de mens als auteur van zijn levensverhaal (Ganzevoort & Visser, 2014, pp. 266, 267) Ze zijn getraind in levensvragen en kunnen inschatten of het in bespreking geven van contingente ervaringen, zoals tbs, op een 'gezonde' manier gebeurt (Kruizinga, 2018). De relatie die een geestelijk verzorger met een ander aangaat zal nooit zonder doelen zijn. Een doel kan bijvoorbeeld zijn iemand zijn levensverhaal te laten vertellen en daarbij te zoeken naar iemands krachtbronnen. Mensen proberen in de warwinkel en ontreddering van hun bestaan zin te vinden, samenhang en verbondenheid met een groter verhaal. De betrokkenheid op levensbeschouwelijke bronnen (verhalen, overtuigingen, gebruiken, gebeden) blijkt vaak een kader te bieden voor het zoekproces naar zin (Korver, 2019).

De geestelijke verzorgers in De Kijvelanden maken geen deel uit van een behandelteam en hun ambtsgeheim is essentieel. In principe is iedere geestelijk verzorger er voor alle patiënten. Ze zijn geschoold in en hebben vanuit zichzelf de intentie om met iedereen in gesprek te gaan. De religie of levensbeschouwing van de ander is daarbij uitgangspunt in het gesprek. Met de ander proberen ze in diens traditie en levensverhaal bronnen te vinden die kunnen helpen om verder te gaan en het vol te houden in een moeilijke situatie. Buiten vrijdaggebed en kerkdiensten om, kunnen patiënten in overleg met de geestelijk verzorgers of eventueel met stafleden, gebruik maken van het stiltecentrum, om daar rust te zoeken, te bidden of een kaarsje aan te steken (Geestelijke Verzorging, 2018).

Geestelijke verzorging wil mensen ruimte bieden om vanuit hun levensbeschouwing over hun levensvragen te kunnen praten zonder dat dit in de rapportage terugkomt. Men laat wel merken dat men behandeling belangrijk vindt en zoekt naar wat de mensen helpt om vol te houden. In De Kijvelanden worden de beginselen vanuit het contextueel pastoraat gehanteerd, zijnde de kennisbasis van het systemisch therapiemodel. Het (leren) beseffen dat iemand ergens aan bijdraagt en dat die daarin ook erkend wordt. Zo kunnen patiënten elkaar ook onderling motiveren. Geestelijk verzorger Van der Sar weet zich geïnspireerd door de praktische samenwerking, als mensen die geworteld zijn in verschillende godsdienstige tradities; 'elkaar ontmoeten als mens en niemand buitensluiten' (Van der Sar, 2018).

Ook vrijwilligers geven een tbs-gestelde de ervaring dat men van betekenis is; dat men meer is dan het delict waarom men ingesloten is. Voor veel patiënten die niet zoveel bezoek krijgen omdat een tbs zolang kan duren, is de kerkdienst zo niet alleen een viering, maar ook een extra bezoekuur (Noordhoek, 2019). Er ligt nog wel een taak in het verder specialiseren in begeleiding. Bij mensen met een ontwikkelingsstoornis is vaak een ongezond wantrouwen en achterdocht aanwezig. Zowel personeel als vrijwilligers, zullen er zich steeds bewust van moeten zijn, dat een echt contact bij de tbs-patiënt angst oplevert, omdat die als het ware zijn 'oude-ik' achter zich moet laten (Noordhoek, 2019). De afstemming op het therapeutisch proces van deze mensen vraagt daarom veel tijd en volharding van elke vrijwilliger, behandelaar of geestelijk verzorger. Noordhoek schrijft: "Achter elke winst, oplossing of 'goede periode' loert de depressie van het toch weer niet gelukt zijn".

2.4 Licht verstandelijke beperking

Volwassen mensen met een beperkt intelligentiequotiënt (IQ) vertonen grote verschillen en hun complexe problematiek vraagt zorg op maat. Voor dit onderzoek zijn patiënten met een licht verstandelijke beperking, volwassen mannen met een IQ tussen de 50 en 85 en een zogenoemde dubbele diagnose; een beperkt sociaal aanpassingsvermogen of een persoonlijkheidsstoornis. Daarbij zijn ze tbs-gesteld binnen FPC De Kijvelanden na een kortere of langere pré klinische detentie. Hierna gaat paragraaf 2.4.1 gaat in op kenmerken van de stoornis lvb en (de omvang van) deze groep patiënten binnen het justitiële domein. Vervolgens gaat paragraaf 2.4.2 in op lvb binnen FPC De Kijvelanden en paragraaf 2.4.3 op de lvb-afdelingen Onyx als onderzoeksveld, de onderscheiden problematiek en behandelmilieus daaromheen.

2.4.1 Lvb en het justitiële domein

De term 'verstandelijk beperkt' als containerbegrip is voor meerdere interpretaties vatbaar. Deze term kan omwille van diagnostische en methodologische variaties en inconsistenties voor onduidelijkheid zorgen en een mismatch veroorzaken tussen hulpverleningsaanbod, behoefte- en risicoprincipe van patiënten (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 83). De stoornis wordt gekarakteriseerd door een significante beperking in intelligentie die samengaat met een significante beperking in het adaptieve gedrag en die voor het achttiende levensjaar is begonnen (Haagse Hogeschool, 2020). Het intelligentieniveau kan worden vastgesteld door middel van een intelligentietest waaruit een bepaald IQ volgt.

Met een brede definitie wordt onder lvb verstaan: personen met een IQ tussen de 50 en 85 met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Naar schatting heeft zo'n 15.7% van de Nederlandse bevolking een IQ tussen 50-85: meer dan 2.686.000 mensen. Welk deel van deze groep een beperkt sociaal aanpassingsvermogen heeft is onbekend. Personen met een lvb hebben moeite met abstract denken, perspectief hanteren en generaliseren; het leren en denken is gericht op het hier en nu in plaats van op de toekomst. De beperkte impulscontrole maakt dat personen met een lvb dat wat zij voelen direct omzetten in gedrag. Personen met een lvb hebben een hoger risico op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek. Experts benadrukken dat de 'kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking levenslang en levensbreed zijn' (Drost, 2016).

De lvb-doelgroep met complexe gedrags- en psychiatrische problemen kent diverse intelligentieniveaus, ontwikkelingsniveaus en sociaal-emotionele niveaus, verschillende soorten gedragsproblemen en verschillende soorten psychiatrische stoornissen, gepaard met crimineel en/of risicovol gedrag, soms verslavingsproblematiek, problemen in het sociale netwerk en op

maatschappelijk gebied. Het gaat om een complexe multicausale, multidimensionele en meervoudige problematiek, waarbij factoren elkaar beïnvloeden (Roos, 2017).

De psychopathologie herkent stoornissen, vaak in combinatie met verslavende middelen, bij een patiënt met behulp van het internationale classificatiesysteem Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2014). Dit DSM-classificatiesysteem wordt wereldwijd gebruikt en is ook binnen FPC De Kijvelanden | Fivoor zorgstellend. De laatste versie DSM-5 betekent voor de psychiatrische diagnostiek een overgang van een categoriale indeling naar een dimensionaal analytisch karakter. De biografische context waarbinnen een crisis zich ontwikkelt en vorm krijgt moet juist onderzocht worden; een zoeken naar 'the figure under the carpet' om tot een evenwichtig beeld te komen (Arends, 2012, pp. 298-300). De bepalende rol van IQ scores is in DSM-5 teruggebracht door deze uit de criteria te halen en te verplaatsen naar de toelichtende tekst. De actuele ernst van de verstandelijke beperking (licht tot zeer ernstig) wordt bepaald door de mate waarin iemand slaagt zich aan te passen qua kennis en vaardigheden (adaptief functioneren). Dit functioneren bepaalt hoeveel ondersteuning nodig is; IQ metingen in het laagste deel van de IQ scores zijn minder valide (Kaldenbach, 2015).

Uit onderzoek blijkt dat IQ een voorspellende waarde heeft voor delinquent gedrag. Ook beperkingen in de emotionele en sociale ontwikkeling zijn risicofactoren voor crimineel gedrag. Experts verwachten dat de complexer wordende samenleving ertoe leidt dat het voor personen met een lvb een steeds grotere uitdaging wordt om zich staande te houden, hetgeen ook kan leiden tot crimineel gedrag. Daarnaast bestaat er een duidelijke overlap tussen slachtofferschap en daderschap: de ene keer is een persoon met een lvb slachtoffer en daarna kan deze zelfde persoon verdachte/dader zijn. Onderzoekers verwijzen voor wat betreft de aard van hun delicten naar seksuele delicten, moord, doodslag, vermogensdelicten en geweldsdelicten. Ze schrijven de oorzaken van het delict gedrag allerminst exclusief toe aan een laag IQ, maar eerder aan een samenspel tussen intellectuele en cognitieve beperkingen, ontwikkelingsstoornissen, slachtofferschap in de kindertijd, biologische en genetische predisposities en contextfactoren (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 83-84).

Voor mensen met een licht verstandelijke beperking zijn de problemen dermate complex dat ze niet binnen één zorgsector kunnen worden opgelost. De problematiek van deze doelgroep raakt de werkvelden verstandelijke beperking, geestelijke gezondheidzorg en de verslavingszorg. Voor het deel wat door hun problematiek ook met justitie in aanraking is gekomen, wordt de forensische zorg als vierde werkveld toegevoegd. Deze doelgroep kan op basis van verschillende justitiële titels in behandeling worden geplaatst (Roos, 2017).

De oververtegenwoordiging van de groep personen met een lvb binnen het justitiedomein valt consequent op. In het najaar van 2016 is onder begeleiding van het WODC een haalbaarheidsstudie gestart met het doel om inzicht te creëren in de mogelijkheden (nu en in de toekomst) van prevalentie-onderzoek naar de lvb-populatie in het gehele justitiedomein. Daarnaast bekijkt het Ministerie van Justitie en Veiligheid samen met het CBS wat de mogelijkheden zijn om door een koppeling van bestaande en geanonimiseerde registratiedata uitspraken te doen over de prevalentie van lvb in het justitiedomein (Trimbos-Instituut, 2015; Drost, 2016).

Het blijkt lastig om de omvang van de groep personen met een lvb binnen het justitiële domein te bepalen. Het Lectoraat LVB en Jeugdcriminaliteit van de Hogeschool Leiden heeft begin 2016 in opdracht van Justitie en Veiligheid een meta-analyse uitgevoerd naar de prevalentie van lvb in het

justitiële domein. Zij concluderen dat de prevalentie van personen met een lvb in reguliere detentie (vastgesteld door diagnostiek[2]) rond de 10% ligt. De prevalentie op bijzondere afdelingen is iets hoger, circa 15-20%, en in forensisch psychiatrische instellingen is deze nog wat hoger, 20-25%. Cijfers van de Dienst Justitiële Inrichten laten een toename zien van het aandeel vastgestelde lvb binnen FPC's. In 2006 is dit 17%, dat stijgt tot 27% in 2009, daalt vervolgens weer naar 21% in 2012 en piekt met 33% in 2013. Nieuwe cijfers over het aantal personen met een lvb worden niet meer opgenomen in de reeks Forensische zorg in getal (Kaal, 2016).

Binnen de strafrechtketen is er steeds meer aandacht voor personen met een lvb. Zorgprofessionals geven aan dat dat een belangrijke factor is in de verzwaring van de populatie; behandelprogramma's sluiten niet altijd aan en personeel is niet adequaat getraind in communicatie met deze doelgroep. Het algemene beeld dat uiteindelijk naar voren komt is dat de doelgroep zelf, in beperkte mate veranderd is de afgelopen jaren. Er lijkt meer sprake van verslaving, het aantal mensen waarvan lvb is vastgesteld is gestegen en het aantal mensen met meervoudige problematiek lijkt te stijgen (Felix, 2018, pp. 32, 42).

2.4.2 Lvb in De Kijvelanden

De lvb-definitie in de DSM-5 (2013) is veranderd en in de praktijk worden in De Kijvelanden naast lvb een of meer diagnoses gesteld: persoonlijkheidsstoornis, hechtingsstoornis, afhankelijkheid van middelen gebruik of psychotische stoornissen. Psychiatrische diagnostiek is een primair doel van de FPC De Kijvelanden, wat al begint met een intake in het huis van bewaring of de gevangenis. Naast het IQ wordt dan al sterk gelet op houding- en gedragsaspecten zoals men die tijdens detentie heeft laten zien.

In het préklinisch traject wordt aan de hand van het bestuderen van het dossier, waaronder ook de verslaglegging van hulpverlening in het verleden en van het Pieter Baan Centrum, en een intake een werkdiagnose en differentiaal diagnose geformuleerd door de psychiater van de opnameafdeling. Deze werkdiagnose wordt door de psychiater getoetst gedurende de eerste drie maanden na opname. De psychiater bezoekt met enige regelmaat de patiënt en is aanwezig bij de voortgangsbesprekingen op de afdeling. De werkzaamheden van de psychiater leiden uiteindelijk tot een psychiatrische diagnose welke het uitgangspunt is voor de opnamebrief. Deze opnamebrief is de basis van het verpleeg- en behandelplan wat bij de eerste behandelingsbespreking, de opnamebespreking, wordt opgesteld. Het diagnostisch proces wordt zo vanuit de opname afdeling Koraal opgestart en vorm gegeven, waarmee zorgprogramma en diagnostiek taken (wat, wanneer, door wie) in de verschillende afdelingen inzichtelijk en uitvoerbaar worden. Diagnostiek en risicotaxatie is een essentieel onderdeel van het eerste verpleeg- en behandelplan, het eindproduct van de observatie en diagnosefase op de opname afdeling Koraal. Het verpleeg- en behandelplan wordt gedurende het gehele verblijf van de patiënt getoetst middels evaluatiebesprekingen (FPC De Kijvelanden, 2018).

De lvb-doelgroep heeft door (aangeboren) hersenletsel een specifieke leer-en denkstijl en cognitieve beperkingen. Kenmerkend is de moeite met abstract denken, een minder ontwikkeld taalgebruik en begrip voor taal, moeilijk leren, een lager denktempo en een minder goed functionerend werkgeheugen, minder flexibiliteit in het denken, problemen met (sociale) informatieverwerking en

[2] De prevalentie van lvb vastgesteld door middel van screening, zoals bij de Top 600-aanpak, of met een IQ-test valt aanzienlijk hoger uit dan vastgesteld door diagnostiek.

moeite met perspectief nemen (Van der Poll, 2017). De zorg voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking en complexe gedrags- en psychiatrische problemen is erop gericht om de problematiek - of de invloed ervan - te verminderen, met beperkingen leren omgaan, te accepteren en waar mogelijk te compenseren, als ook het vergroten van de vaardigheden die nodig zijn om zich in toekomstige leefsituaties staande te kunnen houden en het contact met het netwerk te herstellen (Roos, 2017). De behandeling bestaat uit verschillende fasen waarbij steeds gewerkt wordt met multidisciplinaire behandelteams.

Uit recente informatie blijkt dat de lvb-populatie bij Fivoor flink groeit. In eerste instantie waren de (sub)afdelingen Onyx 1 en 2 de enige afdelingen waar patiënten met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid verbleven. Sinds 2018 is de instroom van patiënten met lvb aan het toenemen en Fivoor kan deze patiënten niet meer allemaal op de lvb-afdeling Onyx plaatsen. Inmiddels huisvest ook de sociaal-therapeutische afdeling Karmijn relatief veel patiënten met een lvb. Verder verblijven er op de afdelingen Jade en Olivijn lvb-patiënten, echter dit zijn de zogenoemde Zeer Intensieve Zorg (ZIZ) afdelingen. Deze ZIZ afdelingen zijn relatief klein, hebben minder prikkels dan elders en patiënten krijgen er een 1-op-1 begeleiding. Daarnaast zijn er uiteraard nog lvb-patiënten op de afdeling Koraal; de opname afdeling. Vanwege risicotaxatie en capaciteitsproblemen blijken lvb-patiënten dus tegenwoordig meer verspreid door de kliniek te zitten. Deze patiënten komen meer binnen dan voorheen en ook uit onderzoeken blijkt dat het aantal lvb-patiënten binnen de gezondheidszorg toeneemt ten opzichte van het aantal normaal begaafden. Cijfers van december 2019 duiden op een aantal van 47 lvb-patiënten op een totaal van 125 patiënten in FPC De Kijvelanden.

2.4.3 Lvb-afdeling Onyx

(Afbeelding 3: foto van de afdelingsaanduiding Onyx in het trappenhuis, genomen door staf d.d.11/2/2020.)

Op de afdeling Onyx binnen tbs-kliniek De Kijvelanden worden maximaal 24 patiënten geplaatst met een licht verstandelijke beperking en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en/of een persoonlijkheidsstoornis, na een kortere of langere préklinische detentie en een diagnostische fase. De lvb-afdeling Onyx is gesplitst in twee onderscheiden leefgroepen; een sociaal-therapeutische afdeling Onyx 1 en de supportieve afdeling Onyx 2. Lvb-patiënten op de afdeling Onyx 1 betreffen vooral patiënten met persoonskenmerken die eerder negatief en antisociaal van aard zijn. De lvb-patiënten op de afdeling Onyx 2 betreffen vooral psychotici en patiënten met autistiforme stoornissen. Per afdeling worden maximaal 12 mannelijke patiënten opgenomen, afkomstig uit heel Nederland.

Alle lvb-patiënten kunnen zich overdag normaliter vrij bewegen over de afdeling Onyx en door de kliniek, mits er geen beperkende maatregel is opgelegd bijvoorbeeld vanwege overtreding van een huisregel of tijdens een bepaalde crisissituatie. In de avonden en gedurende het weekend verblijven de patiënten op de afdeling of worden ze ingesloten op hun kamers. Elke patiënt heeft een eigen kamer van ongeveer 10 m2 die men onder restricties zelf mag inrichten en een eigen douche-

/toiletruimte. Elke (sub)afdeling Onyx heeft daarnaast een aantal gemeenschappelijke ruimtes: een gespreksruimte, een washok, een opslagkamer en de zogenoemde woonkamerruimte met keuken en eettafel. De beide (sub)afdelingen Onyx worden met elkaar verbonden via een aparte ruimte die bestemd is voor de gemeenschappelijke staf van Onyx 1 en Onyx 2.

Het sociaal-therapeutisch milieu van Onyx 1 zet het zogeheten 'rol-leren' centraal en de (sociale) omgang met medepatiënten. De behandeling volgens het sociaal-therapeutische model richt zich op de adaptatie van persoonskenmerken die eerder negatief, antisociaal van aard zijn, zoals een gebrek aan respect en empathie, een vijandige houding, manipulatie, wraak en een negatieve instelling (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 12). Kenmerkend aan het sociaal-therapeutisch model is dat het primair gericht is op de (sociale) omgang met medepatiënten en op het vergroten en verstevigen van sociaal-maatschappelijke rollen. De inzet is dat een patiënt, na behandeling, in staat is zichzelf aan te passen aan de omgeving en waar nodig, de omgeving op een constructieve wijze weet aan te passen aan de eigen wensen en behoeften (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 72-74).

Behandeling volgens het supportieve model houdt een ondersteunende en zogeheten 'dragende' behandeling in. Het model omvat een breed scala van technieken. Gemeenschappelijk aan al deze technieken is dat leren, oefenen en trainen centraal staan. Kenmerkend aan het supportieve model is dat het primair gericht is op het individu en dat het antiregressief is. Idealiter betekent dit dat de supportieve behandeling een behandeling op maat is, waarbij wordt aangesloten bij het niveau van de individuele patiënt. Daarbij wordt rekening gehouden met diens beperkingen en mogelijkheden binnen het uitvoerende en adaptief systeem. Volgens een stapsgewijs opgezet programma doorloopt een patiënt een aantal stadia van behandeling. Praktisch gezien omvat het supportieve milieu van Onyx 2 een voorspelbare structuur (therapie / weekprogramma), hand–in-hand-begeleiding, in het 'hier en nu' werken en gericht zijn op prikkelreductie.

Beide (sub)afdelingen staan voor maatwerk op het individu; ideaaltypische modellen zullen in de praktijk zo niet voorkomen (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 73, 74). In het algemeen zal wel het denkproces van de onderscheiden patiënten, hun behandeling en hun bejegening per afdeling verschillen en het effect daarvan kan zeker merkbaar zijn bij het empirisch onderzoek. Door de (sub)afdelingen Onyx 1 en Onyx 2 separaat te bezien, is er voor het thema zingeving wellicht ook een gerichte uitspraak te doen over de invloed van de verschillende behandelmilieus en het daarbij diagnostisch of therapeutisch gemaakte onderscheid.

De patiënten op de afdeling Onyx worden begeleid door zogenoemde staf. Elke patiënt heeft een staflid die fungeert als coach of mentor en waar men het meeste contact mee heeft. Sommigen van de staf fungeren ook als verpleegkundige. Patiënten worden op de afdeling regelmatig ook bezocht door bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, therapeut, hoofdbehandelaar, psychiater of een lid van het management in verband met uiteenlopende (persoonlijke) zaken. Op bepaalde tijden en onder bepaalde voorwaarden mogen patiënten ook 'bezoek van buiten' ontvangen. Volgens een behandelschema volgen patiënten, zowel individueel als in groepen, eigen therapieën en blokken, zowel op als buiten de afdeling.

FPC De Kijvelanden heeft binnen de instelling de nodige faciliteiten om te werken, te sporten of te ontspannen bijvoorbeeld in het zogenoemde dagactiviteitencentrum (DAC; zie afbeelding 4). Wanneer het passend is in de behandeling mag een patiënt op enig moment ook buiten de instelling werken of op verlof gaan; in eerste instantie uiteraard met intensieve begeleiding en later wanneer

mogelijk ook onbegeleid. In het algemeen wordt een patiënt na verloop van tijd via een bepaald uitstroomtraject overgeplaatst naar een resocialisatieafdeling of een beschermd-wonen omgeving om diegene voor te bereiden op het leven na het verlaten van het FPC (TBS Nederland, 2020). Wanneer iemand ondanks behandeling niet in aanmerking komt voor terugkeer in de maatschappij, kan een patiënt worden overgeplaatst naar een zogenoemde longstay-afdeling (Rijksoverheid, 2020).

Enerzijds is te veronderstellen dat lvb-patiënten van de afdeling Onyx een perspectief delen op het leven door hun gedwongen samenleven. Anderzijds kan het moeilijk zijn om daarin een gemene deler te ontdekken, door de grote verscheidenheid onder tbs-gestelden en hun behandelplannen.

(Afbeelding 4: foto van het dagactiviteitencentrum, Gortemaker Algra Feenstra architects, 2002)

2.5 Zingeving

Het onderzoeksthema zingeving is een breed begrip met vele facetten. Een ruime betekenis van het begrip zingeving, maakt een zorgvuldige analyse van situaties waarin mensen betekenis ervaren of ergens aan geven amper mogelijk. Paragraaf 2.5.1 geeft een indruk van aspecten die in het algemeen vanuit de literatuur en onderzoeken naar voren komen met de positie van 'zingeving' in de hulpverlening. In de GGZ is de aandacht sterk geconcentreerd op het heden en de directe toekomst van de patiënt (Doolaard, 2015, p. 282). Paragraaf 2.5.2 gaat in op zingeving in de forensische zorg en paragraaf 2.5.3 tekent de specifieke benadering waar bij dit onderzoek voor gekozen wordt. Gezien de kenmerken van de onderzoekspopulatie wordt in dit onderzoek vooral gefocust op het dagdagelijkse hier en nu en onderscheid gemaakt tussen zingeving aan de behandeling, begeleiding en beveiliging.

2.5.1 Zingeving in de hulpverlening

Het woord zingeving suggereert dat dit een actief proces is, wat erop wijst dat de zin van enig voorval geen vanzelfsprekendheid is. Waren er eerder de klassieke beelden en verhalen over waar het in de wereld om draait; nu geven moderne wereldbeelden en nieuwe stromingen aan dat het (juist) in de daden van de mens is dat hij aan zijn eigen leven betekenis kan geven (Wikimedia Foundation, 2019). Het individu is dan de gever van het actieve deel wat in het woord besloten ligt. Daartegenover is er een reeks relativerende wetenschappelijke ontdekkingen die de centrale rol van de mens aantasten. In een mensenleven ontwikkelt zingeving zich vaak meer als een proces van zin ontdekken dan van

zin geven. Door de aandacht te richten op de verschillende factoren, kan men duidelijker zien hoe men iemand kan ondersteunen in de zingeving (Van Leeuwen, 2016, pp. 9, 15).

Zingeving is volgens de Van Dale het geven van een zin, een betekenis aan iets (bijvoorbeeld een teken) of de (juridische) toepassing van algemeen gesteld recht op bijzondere gevallen, uitgaande van het algemene (Geerts & Heestermans, 1992). De grondbetekenis van 'zin' is 'richting'; de digitale Van Dale wijst op het zoeken naar betekenis, het doel van het leven. Zingeving heeft dus van doen met levensperspectief, iets wat juist voor de onderzoekspopulatie lvb moeilijk te vatten kan zijn.

Volgens de Vereniging van Geestelijk Verzorgers (VGVZ) duidt zingeving het meer actieve, informele en individuele aspect van het proces aan waarmee mensen hun leven ordenen (VGVZ, 2015, pp. 36-37). Het gaat dan om het zingevingsproces in de breedste zin van het woord, waaraan vier dimensies onderscheiden kunnen worden. De existentiële dimensie verwijst naar de ervaring van het bestaan als zodanig, in zijn alledaagsheid én met zijn (contingente) ervaringen van verschrikking en verwondering en alles daartussen. De spirituele dimensie verwijst naar transcendente betekenis en ervaring. De ethische dimensie verwijst naar het veld van waarden, normen en verantwoord handelen. De esthetische dimensie verwijst naar de vormende betekenis van ervaringen met schoonheid in zowel cultuur als natuur. Hoofdstuk 4.5.3. gaat daar nog verder op in.

Volgens de VGVZ liggen levensbeschouwing en zingeving in elkaars verlengde. Samen omvatten zij verschillende aspecten van betekenisvinding en religieuze praktijken: formeel en informeel, passief en actief, gemeenschappelijk en individueel, procesmatig en inhoudelijk. In Engelstalige literatuur over geestelijke verzorging voert niet de term zingeving of 'search for meaning in life' maar 'spirituality' de boventoon. Vaak wordt samenvattend over 'spiritual care' gesproken, hoewel spiritual care niet alleen een zaak is van geestelijk verzorgers, maar een brede zorgverantwoordelijkheid. Dat neemt niet weg dat de 'Beroepsstandaard geestelijk verzorger' (2015) van de VGVZ het aspect zingeving als belangrijk werkveld ziet voor de geestelijk verzorger; zij zijn bij uitstek deskundig in het omgaan met levensvragen, zingeving, spiritualiteit en ethische afwegingen. De VGVZ definieert: 'Geestelijke verzorging is professionele begeleiding, hulpverlening en advisering bij zingeving en levensbeschouwing' (VGVZ, 2015).

Zingeving speelt een prominente rol in de psychische gezondheid van mensen en ook psychologen of andere hulpverleners dan geestelijk verzorgers houden zich bezig met het onderwerp zingeving (Zock, 2007, p. 220). Zij richten zich daarbij vooral op de vraag hoe mensen het dagdagelijkse leven de moeite waard vinden en onder welke condities het leven zinloos wordt (Leijssen, 2004, p. 241). In de praktijk is het lastig te bepalen wanneer hulpverleners en psychologen deze onderwerpen bespreken en wanneer dit door een geestelijk verzorger gedaan moet of kan worden. Geestelijke verzorging sluit aan bij het levensverhaal van de cliënt en de levensvragen die hij of zij stelt. Men gaat op zoek naar wat de cliënt kracht en inspiratie geeft, aansluitend bij diens levensverhaal en levensbeschouwelijke achtergrond (VGVZ, 2015). De laatste jaren is er een grote opkomst van alternatieve vormen van zingeving aangaande voeding, beweging, inspiratie opdoen en dergelijke waarmee zingeving iets is geworden dat geïntegreerd is in het leven van alle dag. Voor de meeste mensen is zingeving een persoonlijke zoektocht geworden waarin ze minder vanuit traditionele levensbeschouwelijke kaders vertrekken en meer een eigen combinatie maken van verschillende (culturele) elementen en accenten (Van Leeuwen, 2016, pp. 37-39).

Met de ontwikkeling naar minder institutionele zingeving is er een nieuwe levensbeschouwelijke situatie ontstaan waardoor psychologen en geestelijk verzorgers elkaar ook steeds meer treffen. De geestelijke verzorger heeft zich ontwikkeld van een religieuze professional gebonden aan een bepaalde levensbeschouwing tot een 'zingevingsdeskundige', die mensen begeleidt bij existentiële en morele vragen die opgeroepen worden door ziekte, opname of invaliditeit (Zock, 2007, pp. 218-219). Het thema zingeving heeft inmiddels ook voor de maatschappelijk- of sociaal werker een specifieke plaats in de begeleiding en ondersteuning van mensen (Sociaal Werk Nederland, 2018). Sociaal werkers hanteren een integrale benadering, waarbij alle dimensies van het functioneren van de cliënten worden betrokken in de hulpverlening, met het doel de mens tot zijn recht te laten komen in de samenleving. Zij streven ernaar dat mensen adaptief functioneren en in wisselwerking met hun sociale omgeving als mens en als burger naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, zich zo goed mogelijk kunnen ontplooien en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven. Tot voor kort blijkt er in de hulpverlening aan verschillende doelgroepen in verschillende zorgsectoren vaak te weinig aandacht te zijn voor zingevingsvragen en/of behoeften van patiënten. Dit vraagt om een bevordering van deskundigheid (Van Leeuwen, 2016, pp. 20-23).

2.5.2 Zingeving in forensische context

Zingeving is al sinds de oudheid het onderzoeksterrein van de filosofie en de theologie. Centraal staan de vragen naar de zin van het bestaan die iedereen, zonder directe aanleiding en op elk willekeurig moment kunnen overvallen. Het is onlosmakelijk verbonden met het ervaren van gezondheid en welzijn. In verschillende literatuur wordt benoemd dat zingevingsvragen een grotere rol gaan spelen wanneer het leven niet meer vanzelfsprekend is, in problemen komt of als het leven uitzichtloos lijkt (Van Leeuwen, 2016, pp. 21-25,78-80,148-149). Verondersteld mag worden dat dit ook bij een tbs-opname of opsluiting aan de hand is. Zingeving kan motiveren om de huidige situatie te veranderen, een doel in het leven te behalen en zo een gedragsverandering te weeg brengen (Akkermans, 2010). Het gaat over de betekenis die men geeft aan (situaties in) het leven en de motivatie die men heeft om te leven.

Bij patiënten kan specifiek naar zingeving worden gevraagd, maar er kan ook op een indirecte manier over worden gesproken of ´in laagjes´ geluisterd worden (Van Leeuwen, 2016, pp. 25-28). Coping met stressvolle situaties zoals de forensische context, op basis van spirituele of religieuze hulpbronnen is een toepasbaar concept om zingeving van (religieuze) patiënten in kaart te brengen. Het levensritme is ernstig aangetast en zingeving kan dan een stressor zijn, een spiritueel of religieus copingmechanisme, maar ook de meest doeltreffende aanpak bij een probleem als men geloofsvragen goed kan bespreken met een pastor (Van Leeuwen, 2016, pp. 107-109).

Een religie zoals het christendom kan een overtuigend antwoord geven op de belangrijkste vragen in het leven (Geisler & Türek, 2006, pp. 481-482), maar volgens de grondlegger van de haptonomie Veldman is er vooralsnog op korte termijn geen definitief antwoord te verwachten op het 'wat', 'hoe' en 'waarom' van het leven (Veldman, 2007, p. 31). Hoe men 'overleeft' in detentie gaat vaak gepaard met de nodige angsten en onzekerheid voor de periode daarna. Bij de humanistische geestelijke verzorging is de angst of onzekerheid dat het buiten moeilijk wordt een terugkerend issue (Breebaart, 2017). Ook de boeddhistisch geestelijk verzorger hoort dergelijke vraagstukken passeren in: 'Ben ik ooit wel veilig buiten? Ben ik er wel klaar voor om weer aan het werk te gaan?' (NPO, 2017).

Bij zingevingsvragen is er sprake van een bewustwordingsproces van het eigen levensverhaal, wat gepaard gaat met een innerlijk gevecht en een verlangen naar herstel. Ook alledaagse dingen kunnen zo'n innerlijk gevecht met zich meebrengen. Bijzondere omstandigheden werken katalyserend en maken werk van 'achterstallig onderhoud'. Crises kunnen paniek en angst oproepen en bij de vraag 'Waarom gebeurt dit in mijn leven?' ontbreekt ieder perspectief (Prins, 1996, p. B 3). Hoogleraar humanisme Peter Derkx belicht in onderzoek naar het antwoord geven op zingevingsvragen de diversiteit van het domein van levensverhalen (Derkx, 2011, pp. 22-23). Volgens Derkx hebben levensbeschouwingen een zingevende functie terwijl die in hun uitspraken altijd verder gaan dan wetenschappelijk verantwoord is.

Zin en zingeving verwijzen ook naar het lijfelijke, het zinnelijke, het lichamelijke, het lustvolle. Mensen die ontevreden zijn met hun leven, snoepen of eten hun frustraties vaak weg en dat gebeurt volop in een tbs-kliniek. In samenhang met bepaalde medicijnen is dat een ideale mogelijkheid om in gewicht flink toe te nemen. Een ander probleem is de lichamelijke afhankelijkheid van middelen, verslaving, wat de behandeling zeer vertroebelt. Ook het seksuele verlangen van patiënten is een lastig thema. Op allerlei manieren wordt repressief dan wel communicatief een ontmoedigingsbeleid gevoerd, maar een goed antwoord ontbreekt nog (Verheijen, 2019).

Internationaal gezien blijkt er op het specifiek gebied van zingeving in tbs of tijdens detentie nog betrekkelijk weinig recent onderzoek gedaan. Een zoekslag met 'spiritual care prison' en 'life questions' bij de Radboud University levert enkele tientallen onderzoeken op sinds 2008, die veelal betrekking hebben op Islamitisch geloof en Afrikaanse culturen op twee na. Een daarvan toont aan dat een gevangenis een stressvolle omgeving is met de sociale interactie als een therapeutisch hulpmiddel (Van der Helm, 2011). Het andere heeft betrekking op de factoren die verband houden met de kwaliteit van leven van oudere gevangenen en pleit voor een benadering die (oudere) gevangenen in staat stellen hun ervaringen en gevoelens te onthullen (De Smet, 2017).

Onderzoeken naar belangrijke bronnen van zingeving gelden veelal voor 'de gemiddelde mens', ongeacht leeftijd, sekse of cultuur. Voor tbs-patiënten met een verstandelijke beperking is zingeving evengoed een fundamentele menselijke behoefte (Van der Poll, 2017). Het is van belang om dit aan de hand van het verhaal van de patiënt, bij hen op een concrete manier aan de orde te stellen. Daarbij kunnen egodocumenten als hulpbron fungeren om inzicht te krijgen in hun zingeving (Van Leeuwen, 2016, pp. 110-111). Uit verschillende nationale en internationale onderzoeken komt naar voren dat intieme relaties en persoonlijke ontwikkeling als meest belangrijk worden beschouwd voor een zinvol leven. Lvb-patiënten functioneren op een veel lager ontwikkelingsniveau dan hun daadwerkelijke leeftijd en juist bij deze doelgroep kunnen relaties een belangrijke rol spelen bij de behandeling of als hulpbron van zingeving. Zoals gezegd (in 4.2) kan inzicht in de sociale netwerken helpen om meer zicht te krijgen op de persoonlijkheidskenmerken van een patiënt (Bogaerts, 2010).

2.5.3 Behandeling, begeleiding en beveiliging

Herstel en bestrijding van recidive staan hoog in het vaandel van justitiële en forensische instellingen. Tegelijkertijd bestaat er een diepgewortelde cultuur van wantrouwen. Patiënten zijn crimineel, vaak verslaafd, in principe onbetrouwbaar, ongeloofwaardig en veelal potentieel gevaarlijk. De werkelijkheid is reëel weerbarstig, maar dialoog en wederzijdsheid in de contacten met deze mensen lijkt wezenlijk te zijn en toch een voorwaarde voor zingeving in hun leven (Scholte, 2019). Daarbij is de (beveiligde) woonomgeving van de patiënten belangrijk door de grote invloed op iemands

welbevinden. Voor veel patiënten is het vaak een grote frustratie als er allerlei regels worden opgelegd over de inrichting van de eigen kamer; veel autonomie van patiënten wordt overgenomen (Verheijen, 2019).

Professionals met (tientallen) jarenlange ervaring in de tbs-sector helpen het begrip zingeving concreter te maken. Met name geestelijk verzorgers geven zicht op hoe zingevingsvragen concreet spelen in forensische en psychiatrische settingen en hoe daar dan mee om gaan. In 'Onze manier van straffen' beschrijft geestelijk verzorger Bauk Zondag de dagelijkse praktijk van de tbs. Belangrijke knelpunten zijn het (wederzijds) wantrouwen en de behandelparadox. De patiënt dient enerzijds verantwoordelijkheid te nemen voor zijn delict en anderzijds te verdragen dat hij (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar is verklaard. Hij zal zich moeten voegen naar de mores van de kliniek, waarbij het voor patiënten vaak erg onzeker is wat hen boven het hoofd hangt; ze voelen zich gereduceerd tot een behandelobject (De Wit, 2017, pp. 63-80).

Tbs is er voor de veiligheid van de samenleving, wat tot uiting komt in de gesloten behandeling en de gerichtheid op de kans tot herhaling bij terugkeer in de samenleving. In de tbs zijn de dagen gevuld met regelzaken en het halen van behandeldoelen. Het is verleidelijk te denken dat alle aspecten van het leven wel ter sprake komen, maar het oefenen met assertiviteit is iets anders dan gehoord worden. Volgens Zondag is het van fundamenteel belang in een wereld waarin een bepaalde taal het voor het zeggen heeft, dat de mensen voor wie het systeem is, hun eigen stem en taal kunnen vinden (Zondag, 2019). Een medewerker van het systeem die er tegelijkertijd buiten staat, is volgens Zondag soms de meest geschikte gesprekspartner. Dit kan wellicht ook gelden voor onderzoeker(s) omdat gesprekken over zingeving, gemeenschapsvorming en levensvragen kunnen het algemeen welzijn in en buiten de instelling bevorderen (Hessel, 2019).

De Fivoor organisatie waar FPC De Kijvelanden deel van uitmaakt, staat voor 'een sterke keten van behandeling, begeleiding en beveiliging' (Fivoor, 2020). De behandeling van de onderzoekspopulatie is er gericht op het terug dringen van het maatschappelijk risico en de kans op herhaling. Volgens de missie en visie van Fivoor staat hierbij centraal om voor de patiënten het perspectief op een betekenisvol bestaan te verbeteren. Daarmee is zingeving een impliciet onderdeel van de behandeling en de begeleiding van de onderzoekspopulatie, wat Fivoor wil doen met professionele medewerkers in een veilige omgeving (Fivoor, 2020). De omgeving van FPC De Kijvelanden is tegelijk een oefenruimte, waar het personeel ingeschakeld wordt om geleerde onderdelen in praktijk te brengen en om continue het gedrag van de patiënten te monitoren en te bespreken. Men ziet het instellingsregime niet zozeer als detentie maar als behandeling in een beveiligde context.

De mensen die in tbs verblijven kun je met een bepaalde bril op gerust levenskunstenaars noemen, waarmee ze dan toch wel zijn vastgelopen. Volgens oud-geestelijk verzorger Verheijen gaat achter hun zoeken en ploeteren in het leven de vraag schuil: "Zeg me wie ik ben en hoe ik moet leven". Patiënten in de tbs voelen zich uitgerangeerd en uitgekotst door de samenleving, maar ze willen er graag toe doen. Over het algemeen zijn ze erg onhandig om voor elkaar te krijgen, waar ze eigenlijk wel naar verlangen: en dat is een huisje, een boompje en een beestje. Door laaggeletterdheid, verstandelijke beperking, het onvermogen tot zelfinzicht en de eigen ziekte of stoornis kunnen patiënten kennelijk geen antwoord geven op de vraag wat de thema's in de behandeling zijn. Bij veel beroepskrachten is de openheid voor algemene menselijke levensvragen niet groot. Vragen over de zin van de behandeling – en de zin van het leven in het algemeen – blijven veelal in de lucht hangen.

Veel patiënten hebben ook altijd grote moeite met pretenties van deskundige behandelaars; ze beklagen zich vaak over het gedrag van het personeel (Verheijen, 2019).

Gezien de kenmerken van de onderzoekspopulatie ligt de focus in dit onderzoek vooral op het dagdagelijkse hier en nu, waarbij de vier dimensies van zingeving geprojecteerd kunnen worden op de zorgaspecten behandeling, begeleiding en beveiliging. De ervaring van het alledaagse bestaan is nadrukkelijk verbonden met de existentiële dimensie, die verwijst naar het gegeven dat patiënten zich verhouden tot zichzelf en hun situatie. Deze verhouding speelt een belangrijke rol in de behandeling van psychiatrische stoornissen (De Haan, 2013). Hierbij kan de vraag gesteld worden in hoeverre de doelgroep het belang van de tbs inziet voor hun bestaan. Ook de spirituele dimensie heeft invloed op het hele bestaan en is een essentiële dimensie van zingeving en levensbeschouwing (VGVZ, 2015). Innerlijke verbondenheid is hierin een belangrijk kenmerk en daarom kan de vraag gesteld worden in hoeverre men vertrouwen heeft in behandeling, begeleiding en beveiliging. Ethische afwegingen vinden vaak impliciet plaats en leiden tot gevoelens over morele waarden en principes. Vragen die dan oprijzen zullen in de regel te maken hebben met al of niet goed gedrag binnen de verleende zorg. In de rij van vier kerndimensies valt verder de esthetische dimensie op, waarbij veel mensen een belang toekennen aan schoonheid in natuur en cultuur, in relatie tot zinbeleving en welzijn, soms juist wanneer de ratio geen antwoorden meer biedt (VGVZ, 2015). Therapeuten werken veel met kunst, poëzie en muziek, wat de vraag kan oproepen in hoeverre patiënten daardoor wel of niet geraakt worden. De uitdaging voor het onderzoek is nog hoe we aan al deze dimensies recht kunnen doen en een onderlinge samenhang kunnen tonen. Een enactivistische benadering lijkt hierbij op zijn plaats.

Om er in dit onderzoek grip op te krijgen, beschouwen we zingeving als een open systeem met een adaptieve balans tussen bezinning op de situatie in tbs en het betekenis geven aan de eigen positie als patiënt. Aan de zijde van bezinning zal verleden, heden en toekomst van de patiënt in het spoor drukken, met aspecten van diens biografische ontwikkeling, de bejegening en netwerken waar hij mee te maken krijgt in de tbs en de betekenis van de behandeling voor de toekomst. Aan de andere zijde zal de patiënt ook betekenis geven aan zijn leven door een bepaalde intentie en houding waarmee hij gericht is op zichzelf en op anderen in zijn omgeving. Door in casu de lvb-patiënten te bevragen op hun intentie, hun houding en vooral hun belang bij de gang van zaken in tbs, mag blijken in welke mate zij actief of passief zingeven aan hun leefwereld in tbs en welke dimensies van zingeving daarbij een belangrijke rol spelen.

3. Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk bevat de opzet en de manier waarop het onderzoek wordt uitgevoerd. Het onderzoekstechnisch ontwerp is bepalend voor een adequate en vlotte uitvoering van het onderzoek; het geeft een overzicht van de keuzebeslissingen met de voor en nadelen en welke concrete onderzoeksactiviteiten verricht worden (Verschuren & Doorewaard, 2015, pp. 153-154).

In paragraaf 3.1 wordt eerst de onderzoeksstrategie toegelicht met de verschillende onderzoeksfasen, waar en hoe het onderzoeksmateriaal wordt verzameld en de verwerking en analyse ervan. Paragraaf 3.2 gaat meer specifiek in op het onderzoeksmateriaal. Daarna wordt de opzet en het type onderzoek geschetst met de doelpopulatie en de selectie van de respondenten (3.3). Dan volgen de thema's en aandachtspunten met de beoordelingscriteria die uit het theoretisch

kader kunnen worden afgeleid en hulpwoorden vanuit de tbs praktijk (3,4). Vervolgens geeft een resumé van de opzet en uitvoering van het veldwerk inzicht in de herkomst en omgang met de data (3.5) met tenslotte enkele bijzondere aandachtspunten zoals die gehanteerd zijn (3.6).

3.1 Onderzoekstrategie

De belangrijkste benodigde gegevens komen uit interviews met tbs-patiënten van De Kijvelanden. Daarbij gaat het om een groep personen van de afdeling(en) Onyx. Deze data worden geanalyseerd tegen de achtergrond van de tbs-context en leidende theorieën; zie ook 1.6. Het onderzoek bestaat uit een theoretisch en een empirisch deel en wordt uitgevoerd als een praktijkgericht en probleem analytisch onderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2015, pp. 47-53). Het theoretisch descriptief onderzoek richt zich op de context van tbs, het zorgprogramma, de doelgroep lvb-patiënten en hoe zij zin zullen geven aan de positie waarin ze gekomen zijn met de behandeling en bejegening die ze ervaren.

Het empirisch onderzoek bestaat uit semigestructureerde interviews, waarbij praktijkinformatie ingewonnen wordt bij een aantal patiënten over hun zoeken naar zin en betekenis in tbs. Het krijgen van inzichten en meningen van betrokkenen uit de praktijk is een belangrijke fase voor de vraag 'wat is nu eigenlijk het probleem' met een spanningsverhouding tussen een feitelijke en een gewenste situatie (Verschuren & Doorewaard, 2015, p. 51).

Kwalitatieve interviews kunnen de identificatie van de zorg vergemakkelijken, waar de zorgbarrière waarschijnlijk context specifieke oplossingen vereist (Cristofalo, 2009). Door de attitude en de beleving van patiënten op het gebied van zingeving methodisch te onderzoeken en te analyseren (gap analysis), kan er meer grip komen op de behandeling van de groeiende groep lvb en de verdere ontwikkeling van goede zorg. De onderzoeksopzet beoogt een beeld te geven van de doelgroep in de praktijk van tbs, de zorg eromheen, hun bejegening en verdere aandachtspunten rondom het thema zingeving. Dat beeld wordt gevormd uit een (kwalitatieve) analyse van globale achtergronden uit het verleden, hun huidige ervaringen, de problematiek waarin ze zichzelf bevinden en hun perspectieven of persoonlijke doelen voor de toekomst. Hierna worden de vier onderzoeksfasen van 1.6 in chronologische volgorde meer uitgebreid beschreven.

(a) Het theoretisch kader is noodzakelijk om vanuit de literatuur en eerder onderzoek inzicht te krijgen in de context van tbs, lvb en zingeving, alsook de vak therapeutische behandeling en (geestelijke) verzorging. Deze fase richt zich op de situatie, feiten en idealen zoals die vanuit de theorie aan de hand zijn. Er wordt gekozen voldoende in te lezen om goed voorbereid, maar zo onbevangen mogelijk het veldonderzoek te starten. Daarbij richt deze fase zich op praktische informatie van stafleden, behandelaars en geestelijk verzorgers, om voldoende georiënteerd met patiënten in gesprek te kunnen zijn en mee te gaan in het jargon of de bewoordingen van de doelgroep. Eerdere (stage)ervaringen van de onderzoeker spelen hierbij ook een rol. In deze fase volgt tevens een nadere bepaling van de centrale begrippen en de inzichten voor het empirisch onderzoek; samenvattend kunnen de beoordelingscriteria en topics vastgesteld worden, die daarvoor nodig zijn.

(b) Het empirisch gedeelte is kwalitatief van karakter omdat dit goed aansluit bij de doelstelling om inzicht te krijgen in de praktijk. In deze fase wordt met semigestructureerde interviews bij patiënten achterhaald hoe zij met zingeving omgaan. Hierbij wordt zowel ingezoomd op

een feitelijke als een wenselijke kant van de bestaande situatie (Verschuren & Doorewaard, 2015, p. 49). Het kwalitatief onderzoek richt zich in deze fase op twee groepen patiënten binnen De Kijvelanden, te weten van de (sub)afdelingen Onyx 1 en Onyx 2. Dit betreffen zowel 'kerkgangers' als 'niet-kerkgangers' en patiënten waarmee tijdens stage regelmatig of nauwelijks contact mee geweest is. Hun deelname wordt gevraagd bij een dagsluiting of andere groepsbijeenkomst waarin het onderzoek zal worden geïntroduceerd, in combinatie met purposive sampling door de stafleden.

De invalshoeken van (a) worden geïntegreerd in thematische interviewvragen, die worden opgesteld in samenwerking met een ervaren staflid en een afdelingspsycholoog. Bij de interviews wordt een aantal basisvragen als leidraad gebruikt, met ruimte om door te vragen naar motieven achter bepaalde ontwikkelingen. Zie voor de informatiebrief en interviewgids de bijlagen 1 en 2. Indien na informed consent het gebruik van opnameapparatuur onverhoopt niet wordt toegestaan, worden zo veel als mogelijk aantekeningen gemaakt van het gesprek die meteen na het interview worden uitgewerkt en later digitaal getranscribeerd. De verwachting is dat men wel akkoord zal gaan met een voice opname.

(c) De volgende fase betreft een inhoudsanalyse van de kwalitatieve data. Hiervoor wordt het programma Atlas ti (Atlas.ti, 2019) gebruikt met de benadering van Friese (Friese, 2014). Een transcriptie wordt In het programma ingevoerd en gecodeerd om analyses uit te voeren. Dit betreft een in vivo en open codering gevolgd door –eventueel gelijknamig- axiaal coderen en groeperen, waarbij relaties kunnen worden gelegd (Marks & Yardley, 2004, pp. 75-79). Ten behoeve van het (her)coderen wordt een codeboek opgesteld; zie bijlage 3. Hierbij worden zo mogelijk gespecialiseerde stafleden benut voor de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek (Kurasaki, 2000). De codes worden achtereenvolgens in codegroepen en netwerken geplaatst om verbanden inzichtelijk te maken met selectieve codering. Verschillende citaten van veel gebruikte codes worden weergegeven bij de resultaten van het onderzoek (zie hoofdstuk 4).

(d) De bevindingen van de kwalitatieve inhoudsanalyse worden tenslotte geëvalueerd en tot eindresultaten geformuleerd. In de discussie worden de uitkomsten van de analyse vergeleken met bevindingen en criteria uit de theorie en (aanvullende) literatuur (Verschuren & Doorewaard, 2015, pp. 72-73). Uiteindelijk valt te bezien welk antwoord op de hoofdvraag als conclusie gegeven kan worden om met de samenvatting het onderzoek af te ronden.

Het onderzoeksobject van het empirische gedeelte (b) betreft interviews met respondenten van de lvb-afdeling Onyx die verdeeld zijn over twee (sub)afdelingen. Bij dit casestudyonderzoek kan afzonderlijk een staflid of (regie)behandelaar geïnterviewd worden, om zo onafhankelijk mogelijk het spanningsveld tussen een feitelijke en gewenste situatie van de patiënten toe te lichten en nog iets te zeggen over de validiteit van het onderzoek.

3.2 Onderzoeksmateriaal

Het materiaal voor dit onderzoek bestaat uit:

- De (wetenschappelijke) literatuur op het gebied van de tbs-context, lvb en zingeving, alsook met betrekking tot de (geestelijke) verzorging, vak therapeutische behandeling en aanverwante (voor)onderzoeken (fase a + d).
- De ruwe data (formulieren, aantekeningen), transcripties, bewerkte codes en analyses van gesprekken met respondenten als te onderzoeken materiaal (fase b + c).

De kwalitatieve data uit transcripties van semigestructureerde interviews zijn meest van belang. Voor een relevante respondentenspreiding wordt gebruik gemaakt van het bij de voorgaande stage geestelijke verzorging opgebouwde netwerk. Een belangrijk deel van de patiënt-ontmoetingen, betrof destijds juist mensen van de lvb-afdeling Onyx. Verder is er een voorafstemming met het hoofd van de afdeling geestelijke verzorging, geestelijk verzorgers, de hoofden behandeling, het teammanagement en de afdelingspsychologen van de afdeling Onyx. Zij hebben een belangrijke rol in het faciliteren van dit onderzoek, zoals de benodigde toegang tot de – gesloten – instelling, de informatie en de medewerking van de diverse – te interviewen – betrokkenen.

Voor de interviews wordt gebruik gemaakt van aandachtspunten en beoordelingscriteria uit de onderzochte theorie. Bij het onderzoek wordt de notie zingeving in het interviewmodel vooral voorgesteld met aspecten van bezinning, behandeling en bejegening. Zo mogelijk zal daarbij de existentiële en spirituele dimensie worden betrokken conform eerder onderzoek naar zingeving (La Cour & Hvidt, 2010, p. tabel 6).

Na informed consent wordt bij de interviews gebruik gemaakt van een voice recorder en er kan wellicht een kleine vergoeding gegeven worden aan de patiënten. Voor een vrijwillige deelname aan onderzoek is een bedrag van ca. € 5,- niet ongebruikelijk (Van Wesel, 2014, p. 9). Naast het materiaal uit de interviews zijn andere informatiebronnen: diverse handleidingen en discours ten aanzien van de behandelsetting van Fivoor, eerder onderzoeksmateriaal en overige literatuur (zie de bibliografie). Voor de kwalitatieve analyses wordt het programma Atlas ti 8 gebruikt.

3.3 Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek is aan te merken als een praktijkgericht en probleem analytisch onderzoek, om via een kwalitatieve methode inzicht te verkrijgen in de beleving van de doelpopulatie. Als zodanig kan het in kaart brengen van de praktijk van zingeving door deze groep op termijn een bijdrage leveren aan een interventie om de bestaande situatie te veranderen of te verbeteren (Verschuren & Doorewaard, 2015, pp. 37, 47, 51). De stage voor de master geestelijke verzorger, is voor de onderzoeker gedurende een half jaar een periode van participerende observatie bij FPC De Kijvelanden geweest. Hierin zijn regelmatige contacten met tbs-patiënten tot stand gebracht wat inzicht heeft gegeven in hun behandelsituatie en de zin(loosheid) die wordt ervaren. Tevens is de wens gehoord om bij Fivoor een meer effectief behandelprogramma te hebben voor de groeiende groep lvb-patiënten en een latente behoefte om zingeving van patiënten meer in kaart te brengen. Deze casestudy wil rondom dit thema zoveel mogelijk een integraal beeld genereren van de lvb-afdeling(en) Onyx als onderzoeksveld(en), lettend op het verschil in behandelmilieus tussen de afzonderlijke afdelingen Onyx-1 en Onyx-2; respectievelijk sociaal-therapeutisch en supportief.

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van FPC De Kijvelanden | Fivoor concludeert na behandeling tijdens de CWO van 4 september 2019, positief te staan tegenover de uitvoering van het onderzoek. Zij adviseert voor de selectie van de respondenten een patiëntenpopulatie te kiezen die het beste kan overzien wat het betekent mee te werken aan dit onderzoek. In de praktijk betekent

dit de minst kwetsbare groep, zijnde de lvb-patiënten in het sociaal-therapeutisch milieu van de afdeling Onyx-1. Een minimale variatie kan makkelijker leiden tot algemene beschrijvende uitspraken. Ook is het aantrekkelijk om dan binnen één onderafdeling te letten op bepaalde verschillende patronen, bijvoorbeeld patiënten die wel of niet gebeds- of kerkdiensten bezoeken. Anderzijds kunnen verschillen in aan zingeving gerelateerde verbanden tussen de afzonderlijke afdelingen met lvb-patiënten moeilijker in beeld worden gebracht. Het advies van de CWO is besproken met het management, de behandelstaf en de afdelingspsychologen van de afdelingen Onyx om in goede afstemming met de (regie)behandelaars te komen tot een strategische steekproeftrekking en het bepalen van de kandidaat deelnemers (Verschuren & Doorewaard, 2015, pp. 159, 179-187). Daarbij is gekozen om het onderzoek op de beide (sub)afdelingen Onyx door de onderzoeker te laten introduceren en daarna samen de kandidaat deelnemers die zich opgeven te beoordelen op relevantie voor in- en exclusie.

Het startpunt van het onderzoek is de doelgroep met een lvb-problematiek, waarbij men problemen heeft in terug- en vooruitblikken. Hoe is dat nu voor wat betreft 'zingeving' bij deze patiënten? Wat zijn de (soorten) problemen waar juist deze groep dan mee worstelt? Is daarin een algemene deler te onderscheiden, een theorie in te ontwikkelen? Dergelijk onderzoek, zeker bij deze doelpopulatie, is nog schaars. Recent is bij mensen met een lvb-stoornis onderzoek gedaan naar 'angst voor de dood' en dan blijkt bij hen 'angst voor het onbekende' groter dan bij de algemene bevolking. Cognitieve factoren en moeite met abstracte begrippen zijn daarbij bepalend (Stancliffe, 2017). Ander recent onderzoek onder verslaafden en mensen met psychische stoornissen naar palliatieve zorg laat zien dat de communicatie over zo'n thema allesbehalve eenvoudig blijkt. Patiënten waarderen eenvoudige communicatie met openheid over diagnoses en zorgpraktijken. Sommige lvb-patiënten hebben echter een wantrouwen ontwikkeld tegenover beroepen in de zorg of hebben een gesloten communicatie (Ebenau, 2019).

De doelgroep wordt gekozen uit de populatie van de afdeling Onyx, die op het moment van het onderzoek in tbs-kliniek De Kijvelanden aanwezig is. Het gaat dan om mannelijke patiënten van diverse leeftijden, meest middelbaar, die na een voorafgaande celstraf in verband met diverse indexdelicten als tbs-gestelden opgenomen zijn en persoonlijke problematieken of psychische – en/of ontwikkelingsstoornissen hebben. Om zoveel als mogelijk een integraal beeld te krijgen, is het van belang dat de geïncludeerde tbs-gestelden een bepaalde mate van heterogeniteit bezitten, ondanks dat ze een vergelijkbare lvb-problematiek hebben. Ook de perspectieven van zorgverleners en het management op het thema zijn van belang en worden zo veel mogelijk opgehaald in (voorbereidende) gesprekken of vrije interviews. De direct betrokkenen worden geacht meer informatie te kunnen geven over (a) behandeling in het algemeen, (b) behandeling door psychologen, psychiaters en psychotherapeuten en (c) vormgeving van het sociaal-therapeutisch milieu (Van Nieuwenhuizen, 2011, pp. 43-47).

3.4 Beoordelingscriteria

Het zwaartepunt van het empirisch onderzoek ligt bij de interviews met de doelpopulatie; de tbs-gestelden op de lvb-afdeling Onyx. Na een definitieve selectie van de respondenten worden met informed consent op een semigestructureerde werkwijze de interviews afgenomen. Het streefaantal is een selectie van minimaal 3 a 4 respondenten per (sub)groep, maar dat aantal is medeafhankelijk van vrije aanmelding. De gesprekken vinden plaats in de eigen omgeving van de respondenten en waar mogelijk wordt methoden- en bronnentriangulatie gebruikt.

De data vanuit interviews worden gecombineerd met observaties van de onderzoeker, interpretaties van ander (tekstueel) materiaal en door het werken met meerdere bronnen. Ter ondersteuning van de interviews is van belang welke beoordelingscriteria ontleend kunnen worden aan de theoretisch gekaderde begrippen. Hieronder worden daarvoor de belangrijkste thema's en aandachtspunten geschetst.

- Tbs-context; de tbs-gestelde leidt een van de samenleving afgezonderd leven in een formeel gereguleerde levenswijze. Dat betekent coping met een beperkte autonomie en vrijheid van handelen, andere verantwoordelijkheden en andere verhoudingen dan normaal. Vaak heeft een tbs-gestelde eerder al een straf gehad; hij moet zich nu heroriënteren op het leven, op het omgaan met anderen, met zichzelf, zijn schuld en met - ooit - een terugkeer naar de samenleving. In deze situatie is de vraag op welke terreinen de tbs-gestelde dan zin of zinloosheid zal ervaren. Hoe is dat ten aanzien van de behandeling die wordt aangeboden? Naast de therapie blokken is een tbs-gestelde aangewezen op stafleden en medepatiënten waarmee hij intensief moet samenleven. Er is een 'ieder voor zich overleven' maar men is ook op elkaar aangewezen als 'zondebokken van de samenleving'. Welke betekenis geeft men dan aan gemeenschappelijke momenten of bepaalde contacten overdag? Uiteindelijk is een tbs-gestelde een deel van de avond en 's nachts alleen 'achter de deur' met veel tijd om te ontspannen of om na te denken. In zo'n fase kunnen weer heel andere zaken de tbs-gestelde bezig houden, zoals persoonlijke verantwoordelijkheden, wroeging over een delict, herinneringen aan eerdere contacten of hoe het nu verder moet. Welke vragen roept deze tijd op? En hoe gaat men daar mee om?

- Zorgprogramma's; het tbs-klimaat zoekt patiënten te herijken en in tbs wordt met elke patiënt binnen bepaalde kaders gewerkt. Patiënten houden daarbij zoveel mogelijk hun eigen regie en worden uitgenodigd om te werken aan zichzelf en hun persoonlijke problematiek. De kenmerken van een zorgprogramma zijn divers en zijn zo veel mogelijk afgestemd op de (typen) patiënten. Buiten de behandeling om worden de patiënten gezien tijdens blokken van WLS, door de geestelijk verzorger of bij geregisseerde dagactiviteiten. In het verlengde van hiervoor is dan de vraag hoe patiënten deze zorg en ondersteuning ervaren of waarderen. Vinden ze dat de interventie werkt? In welke mate ervaren ze verandering bij zichzelf? Hoe oordelen ze over de kwaliteit van de zorg, de verzorgers en de sociale omgeving?

- Licht verstandelijke beperking; de persoonlijkheidskenmerken van de doelpopulatie spelen een belangrijke rol in het geven van antwoord op de vragen die tbs oproept. De complexe lvb-doelgroep kent zeer diverse niveaus en verschillende soorten stoornissen die gepaard gaan met diverse gedragsproblematieken. Kenmerken van lvb zijn de negatieve sociale aanpassingseffecten, specifieke moeiten met bijvoorbeeld delinquent gedrag, abstract denken en met perspectief zien. De bejegening van mensen met een lvb vraagt om een specifieke basishouding en basisprincipes en voor veel zorgprofessionals is het moeilijk om goed op hen aan te sluiten. Vragen over schuld en recht, het ingesloten zijn en het omgaan met hun beperkingen zijn ongetwijfeld aan de orde en in welke mate voelen deze patiënten zich dan gesteund? Beseffen zij welke aanpassingen van hen verlangd worden? Hebben ze een goed contact met de stafleden?

De lvb-afdelingen Onyx verschillen onderling en tot voor kort waren er relatief vaak situaties met spanning en agressie. De tweede helft van 2019 is dat in positieve zin veranderd. Ondanks een laag IQ kunnen lvb-patiënten zich vaak ook erg goed 'beter' voordoen. Voor dit onderzoek kan men zich dan afvragen: Passen de activiteiten in hun beleving voldoende bij hun mogelijkheden? Wat vinden ze écht van hun sociale omgeving?

- Zingeving; abstracte begrippen zijn per definitie moeilijk te vatten voor de doelpopulatie. Op een of andere wijze lukt het hen om vol te houden en hun leven in tbs-context te ordenen, waarmee een proces van zingeving aan de hand is. Betekenis geven of zingeving is gerelateerd aan levenslust en neigt ernaar – gegeven de situatie waarin men verkeert – een bepaalde balans van bezinnen en beijveren te vinden. Zingeving is een menselijke behoefte in verbinding met een eigen bewuste positionering en identiteit ten opzichte van heden, verleden en toekomst, maar ook ten opzichte van anderen of een hogere macht. Kenmerkend is dat er meerdere dimensies te onderscheiden zijn; een existentiële, spirituele, ethische en esthetische dimensie. Welke dimensie van zingeving is nu (het meest) leidend voor deze doelpopulatie? Welke (vormen van) zingeving maakt dat ze het volhouden in tbs? Welke accenten worden er gelegd in gesprekken over zingeving? Lvb-patiënten hebben een korte termijn focus. Welke doelen hebben zij zich gesteld op korte of lange termijn? Waarop zal men zich bezinnen en op wie of wat stellen ze dan hun vertrouwen?

Samenvattend is het van belang om de respondenten te bevragen op wat de interventie van tbs bij hen uitwerkt, wat de invloed van hun directe omgeving is en welke bewustwording bij hen optreedt om hun leven (opnieuw) op orde te krijgen. Kortom, welke betekenis geeft men aan hun leven in tbs?

Gelet op het ziektebeeld van lvb-patiënten moeten de gesprekken relatief kort blijven. In eerste instantie is gedacht om - met zowel een deductieve als inductieve benadering - op zoek te gaan naar de zingeving aan de hand van het levensverhaal van tbs-gestelden. Welke motieven uit het verleden inspireren hen, welke problemen heeft men rondom zingeving in de huidige tbs-context, wat betekent dat voor hen en voor hun levensdoelen in de nabije toekomst. Echter, vanwege de korte spanningsboog en de focus van de lvb-respondenten zal het onderzoek zich vooral concentreren op hun beleving in het hier en nu. Analoog aan hun dagdagelijkse praktijk zullen de gespreksvragen dan corresponderen met de tijden van behandeling (bij therapie en andere 'blokken'), hun tijd in contact met anderen (op de eigen afdeling en daarbuiten) en de tijden waarin men op zichzelf is aangewezen (in 'eigen tijd' en als ingeslotene).

De hierna volgende indicatoren lijken met name van belang;

- voor de mate waarin de respondent zin geeft aan zijn behandeling: of het hem wel of niet bezig houdt, er een positieve of negatieve zin aan beleeft, wel of niet er toe gemotiveerd is, zelfstandig initiatieven neemt, de therapie wel of niet als belangrijk ervaart,
- voor wat betreft het aspect contact en bejegening: de mate waarin hij wel of niet (goed) in contact is met anderen, een bepaalde persoonlijkheid of een bepaald netwerk belangrijk vindt, iets of iemand hem aan het hart gaat, zich bij iemand bijzonder betrokken voelt, iets voor een ander over heeft of moeite doet een gunstig beeld te laten zien van zichzelf,

- voor wat betreft het aspect bezinning: de mate waarin er al of niet een positief zelfbeeld of toekomstbeeld is, de mate waarin het lukt 'welzijn' te ervaren bij het alleen zijn, al of niet bijvoorbeeld met spel, planten of dieren, creatief bezig zijn of een andere tijdsinvulling.

Bij de interviewgesprekken zullen patiënten eigen woorden geven aan de (sub)indicatoren en jargon overnemen van de zorgprofessionals. Voorafgaand aan de interviews is met de behandelaars afgestemd wat passende terminologie is. In plaats van de vraag 'Hoe geef jij als lvb-patiënt betekenis aan jouw leven in tbs?' kan dan beter gesteld worden: 'Wat vind jij hier erg belangrijk voor jou?'. De uitdaging bij dit onderzoek is om in jargon van de doelpopulatie te horen hoe ze de behandeling, bejegening en bezinning beleven en dat te instrumentaliseren naar zingeving in hun tbs-situatie. De veronderstelling is dat een tbs-gestelde al of niet bewust met zingeving bezig is en zolang men leeft ook een bepaalde mate van zin of zinloosheid zal ervaren.

Vertaald In het jargon van de tbs-gestelde kunnen de volgende (sub)thema's passeren. Voor wat betreft de behandeling; in welke mate wil men wel of niet de blokken volgen of aan zichzelf werken? Hoe belangrijk zijn voor hen aspecten als onderwijs, werken (bijvoorbeeld in de tuin), sport, therapie, verlof, koken of corvee en controles (bijvoorbeeld van urine)? Voor wat betreft de bejegening; in welke mate is men goed in contact met anderen op de afdeling, zoals medepatiënten, stafleden of hun coach? Maar ook; hoe belangrijk is voor hen de begeleiding van WLS of op het DAC, de psychiater, therapeut of psycholoog, de medische dienst, geestelijk verzorger of hun bezoek? Voor wat betreft de bezinning; hoe voelt men zich wanneer ze alleen 'achter de deur' op hun kamer zijn of buiten op de patio? Wat maakt hun eigen tijd zinvol of juist niet? Is dat een film of een boek, sport, spel, hobby's, dieren, muziek, het huishouden doen (bijvoorbeeld wassen en strijken), zorgen of nadenken over zichzelf (bijvoorbeeld uiterlijk, stijl of beter worden), creatief bezig zijn of het kletsen met elkaar? Om deze en andere denkbare facetten zoveel mogelijk bespreekbaar te maken is het gebruik van pictogrammen een goed hulpmiddel.

In afstemming met het management en de afdelingspsychologen van Onyx is ervoor gekozen om de interviews voor de doelpopulatie op te knippen in drie kortere gesprekken per deelnemer, met achtereenvolgens de focus op de behandeling, bejegening en eigen tijd. De sample bestaat uit degenen die zich opgeven via een intekenlijst op de afdeling. De gesprekken worden gevoerd aan de hand van enkele begrijpelijk geformuleerde vragen en bij elk gesprek wordt ondersteunend gebruik gemaakt van een bijpassend set pictogrammen die met de afdelingspsychologen zijn afgestemd. Uiteindelijk cirkelen de onderwerpen en vragen tijdens het interview over zingeving, rond deze topics:

1. Behandeling; wat betekent de behandeling in tbs voor de patiënt.
    a. Hoe is het voor jou om tbs te hebben?
    b. Welke vorm van therapie of welke blokken vind jij goed voor jou?
2. Bejegening; hoe belangrijk zijn andere mensen voor de patiënt.
    a. Hoe vind jij jouw medepatiënten?
    b. Hoe is jouw contact met anderen?
    c. Wat vind jij ervan dat je wel/geen bezoek hebt?
3. Eigen tijd; hoe belangrijk is de eigen tijd voor de patiënt.
    a. Waar denk jij over als je alleen bent?
    b. Wat geeft jou rust?

3.5 Veldwerkstrategie

Het onderzoek beoogt de praktijk van zingeving op het terrein van tbs in kaart te brengen, door een groep tbs-gestelden met een lvb in het veld op dat thema te bevragen. De interviews zijn bedoeld om inzicht te krijgen in hun eigen beleving, wat wellicht een hulpmiddel kan zijn voor de zorgpaden voor deze groep. Een flinke uitdaging zal zijn om de lvb-patiënten zo veel als mogelijk abstract en op wat langere termijn te laten denken. Voor zover bekend is er nog niet eerder een onderzoek gedaan dat specifiek gericht is op lvb-patiënten met betrekking tot hun beleving en attituden op het gebied van zingeving in tbs.

Voor de wetenschappelijke verantwoording van het onderzoek is verschillende toestemming benodigd. Naast een morele verantwoordelijkheid van de onderzoeker, is dat een informed consent van de respondenten, een geaccordeerde opzet van het onderzoek door de onderwijsinstelling in overeenstemming met de ethische normen van de ethische toetsingscommissie RU Nijmegen en de verklaring van Helsinki van 1964 en de latere wijzigingen of vergelijkbare ethische normen, een toestemming van de Raad van Bestuur van FPC De Kijvelanden | Fivoor en van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van Fivoor. Bij dit onderzoek is in overleg met de begeleider en beoordelaar prof. dr. Hans Schilderman ervoor gekozen om de toestemming van FPC De Kijvelanden en de CWO van Fivoor leidend te laten zijn, juist vanwege het gevoelige veldwerk.

Begin oktober 2019 is gebleken dat de CWO positief staat tegenover de uitvoering van het onderzoek. De morele toetsing van het onderzoek volgens de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) blijkt niet verplicht (CCMO, 2020). Bij haar conclusie adviseert de CWO een patiëntenpopulatie te kiezen die het beste kan overzien wat het betekent mee te werken aan onderzoek. Daarnaast dient de informed consent heel specifiek te omschrijven dat meewerken niet verplicht is, dat gegevens desgewenst verwijderd worden uit het onderzoek en dat de opname tapes worden vernietigd na afronding van het onderzoek in verband met privacy. Tenslotte is het zaak dat er zorgvuldig gerapporteerd zal worden met citaten; niets mag herleidbaar zijn tot een individuele patiënt of hulpverlener.

De opmerkingen van het CWO worden uiteraard ter harte genomen. Voor de respondentkeuze uit de patiëntenpopulatie heeft afstemming plaats met de (regie)behandelaars; ook de eerdere contacten van de onderzoeker tijdens de stage kunnen relevant zijn voor in- en exclusie. Via de afdelingsmanager van Onyx wordt het onderzoek in bespreking gegeven bij de hoofden behandeling, stafleden, afdelingspsychologen, behandelende psychiaters en het management team van de instelling en het wordt meermalen afgestemd in een dagelijkse overdracht. in samenwerking met de afdelingspsychologen van Onyx en stafleden die betrokken zijn op het thema en gespecialiseerd in de zorg van de Onyx-populatie (groepsleiders), is een informatiebrief opgesteld waarvan de tekst voor de doelpopulatie voldoende toegankelijk is. Het onderzoek wordt met de informatiebrief en een intekenlijst separaat op de afdelingen Onyx plenair geïntroduceerd tijdens een dagsluiting. De stafleden-coaches ontvangen een meer uitgebreid informatiedocument om met 'hun' patiënten te bespreken. De verwachting is dat een groot deel van de doelgroep na enige bedenktijd en een goede uitleg wil meedoen en ook akkoord zal gaan met een voice-opname; men is gewend aan opnameapparatuur. Anderzijds zal deelname niet voor iedereen passen in diens behandeling. In overleg met de stafleden en de afdelingspsychologen zal de geschiktheid van iedere kandidaat deelnemer besproken worden en worden kandidaat deelnemers eventueel ook individueel benaderd.

Bij het veldwerk wordt veel samengewerkt met stafleden en hun groepsleiders om de gewenste data te verzamelen. Niet alleen is in overleg met hen de informatiebrief opgesteld en worden de patiënten met hen gerekruteerd; ook is een interviewmodel met hen besproken met het oog op de patiëntengroep. Aandachtspunten zijn: eenvoudige terminologie, korte vragen, anticiperen op potentiële communicatieproblemen, de tijd beperkt houden en indien nodig tussendoor vragen of het nog gaat. Deze voorbereiding is in lijn met de oproep van dr. Rosalind van der Lem, bij het Fivoor congres 'Verder Kijken Verder Komen' op 13 juni 2019 jl. te Rotterdam tot een goede samenwerking met stafleden. Zij fungeren als 'de moeders van patiënten' en de toekomst vraagt vooral geduld, creativiteit en doorwerken (Van der Lem, 2019). De groepsleiders zijn ook onontbeerlijk om een goede planning te maken voor de interviewgesprekken en om die zoveel mogelijk in alle rust te doen verlopen.

De uitvoering van alle interviews en gesprekken gebeurt door de onderzoeker binnen tbs-kliniek De Kijvelanden al of niet in het bijzijn van een staflid of de coach van een patiënt. Interviews bij kwalitatief onderzoek zijn vaak langdurige gesprekken, maar vanwege de korte spanningsboog per patiënt zal maximaal 15 minuten worden aangehouden. Voor de interviews is een gids opgesteld met daarin de structuur, de basisvragen met topics, de afronding en een vooruitblik naar het verdere verloop van het onderzoek. De toon van het interview is zoveel mogelijk als een gewoon gesprek, georganiseerd rond de thema-vragen en verder geleid door gedeelde informatie die naar voren komt (interactief proces). Bij mensen met een lvb is een geïndividualiseerde benadering van belang waarbij angsten verminderen; vertrouwen bouwen door informeel sociaal contact, flexibel afspraken maken en luisteren met een open geest in plaats van aannames (Heslop, 2013).

Bij de start van de interviews passeren informed consent en zo mogelijk enkele sociodemografische gegevens van de respondenten. Daarna is het face-to-face een ontdekken van ervaringen en ruimte geven om zichzelf te expliciteren: wat is belangrijk voor deze lvb-patiënt in de tbs-fase met hun eigen ervaringen en behoeften casu quo wat is de zin(geving) van de respondent in tbs. Aan het eind van elk gesprek wordt een set pictogrammen voorgelegd die gerelateerd zijn aan het besproken thema, met het verzoek een 'top-3' samen te stellen van de zaken die voor de respondent nu het meest van betekenis zijn. Het hiermee beoogde doel is meerledig. Het kan - opnieuw - blijk geven van het onderzoekend karakter van het gesprek meer dan 'alleen' een vertrouwelijk onderhoud met een geestelijk verzorger in opleiding, een eventuele 'zware' lading van het gesprek kan op het einde wat worden weggenomen en het op een andere manier na laten denken over hetzelfde onderwerp kan een controlerend of aanvullend effect hebben, bijvoorbeeld als er toch heel andere zaken dan eerder besproken, heel belangrijk blijken te zijn. Verder lijkt zo'n visueel keuzemoment een bruikbare methode om het gesprek te eindigen in een motiverende gespreksvoering als een belangrijk principe voor mensen met een lvb in een veranderingsproces (Frieling, 2014; Van der Poll, 2017), wetende dat gesprekken over zingeving het welzijn kunnen bevorderen (Hessel, 2019).

In afstemming met de stafleden zullen we zoveel mogelijk interviews proberen te verkrijgen om gegevens saturatie te bereiken (Fusch, 2015), hoewel de verwachting is dat die niet zal optreden. Een optie is om na de interviews met de patiënten bij een groepsoverleg als afsluiting of met stafleden en het management als reflectie en vanuit verschillend niveau perspectief nogmaals het fenomeen zingeving te verkennen. Deze methodologische triangulatie en de validiteit door gegevensverzadiging geven de beste resultaten om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Tegelijk kan een dergelijke sessie bij sommige deelnemers – net zoals bij een groepstherapie – een extra spanning of een

bepaalde (antisociale) houding oproepen; ook kan de sfeer op een afdeling per dag wisselend meer of minder vriendelijk zijn en lijkt het organiseren van een groepssessie op dit thema soms niet handig.

In de omgang met de groep lvb-patiënten is het belangrijk oog te hebben voor de kwaliteiten van de mensen en voor kwetsbaarheden, de juiste basisprincipes te hanteren en verdieping te hebben in verschillende werkvelden. Via Fivoor en een centraal leerplatform GGZ Ecademy zijn er specialistische e-learning modules ter beschikking, zoals psychopathologie en middelengebruik, persoonlijkheidsstoornissen en het omgaan met cliënten met een lvb. Bij het Fivoor congres 'Verder Kijken Verder Komen' is nog betoogd dat neurobiologische ontwikkelingsstoornissen de biologische wortels van de misdaad zijn (Raine, 2019) en volgens prof. dr. Raine en anderen liggen de grootste uitdagingen voor de maatschappij op preventief gebied (Canton, 2015, p. 517).

Tijdens de periode van interviews, is de onderzoeker regelmatig op de afdelingen aanwezig en daarmee ook buiten de interviews gewoon in contact met (andere) patiënten en aanspreekbaar voor niet deelnemers. De onderzoeker heeft tijdens de praktijk stage en voorafgaand aan het onderzoek een training Agressiehantering gevolgd en verschillende relevante modules e-learning afgerond om een optimale bejegening voor iedere patiënt te leren. Het uitgangspunt voor een juiste basishouding is sensitieve responsiviteit; een jezelf open stellen voor signalen van de ander, je verdiepen in diens belevingswereld en de behoeften van de ander, waarbij je niet weet of men nog dezelfde is als de dag ervoor. In de praktijk kunnen bij mensen met lvb verschillende cognitieve problemen op de voorgrond staan. Daar kan men rekening mee houden door bijvoorbeeld de vraag of boodschap zoveel mogelijk concreet te maken en kleine en gerichte vragen te formuleren. Door een minder goed functionerend werkgeheugen is het vaak nodig om te herhalen en er op een later moment nog eens op terug te komen en ondersteuning te geven bij het nakomen van afspraken (Trimbos-instituut, 2015).

3.6 Aandachtspunten voor de uitvoering

Ten behoeve van de uitvoering zijn de volgende aandachtspunten nog van belang.

- Bij het inplannen van de interviews is het onderzoek afhankelijk van de ruimtes in het weekrooster van de deelnemer. Tijdens therapieblokken kunnen geen gesprekken plaatsvinden, maar eventueel wel tijdens werken-/leren-/sportblokken. Het is belangrijk om aan het begin van het interview in te blikken op de dagagenda en dat mee te nemen als achtergrond in het gesprek. Na een onderhoud met een advocaat krijg je met dezelfde patiënt wellicht een heel ander gesprek dan na een uurtje luchten op de patio.
- De interviews moeten passen bij de behandeling van de individuele deelnemers. Om conflicten en uitval te voorkomen, lijkt het goed een aantal kandidaat-deelnemers als reserve te vragen, om uiteindelijk de beoogde 2 x 3 gesprekken te hebben.
- De CWO adviseert het onderzoek te beperken tot de groep van sociaal-therapeutische patiënten. Tegelijk zijn er tijdens de stage goede en vertrouwelijke contacten geweest door de onderzoeker, juist met patiënten van de supportieve afdeling. Voorafgaand aan de interviews wordt dit besproken met het management en de (regie)behandelaars.
- De verschillen tussen de afdelingen zijn groot en merkbaar in persoonlijke ontwikkeling, haantjesgedrag, taalgebruik en saamhorigheid. Als het onderzoek beperkt wordt tot één afdeling kan bijvoorbeeld onderscheid worden gemaakt naar de religiositeit van patiënten.

- De sfeer op de afdelingen Onyx is de laatste maanden in positieve zin veranderd; er zijn minder (agressie)incidenten. Na een vrij hectische periode (april – juni 2019) zijn er vijf teamleden gewisseld en er zijn afdelingspsychologen ingesteld. Mogelijk heeft dit ook een invloed (gehad) op de jongste beleving van de deelnemers.
- Bij de semigestructureerde interviews worden de basisvragen open gesteld, met eventueel een toelichting en beperkt doorvragen. Het heeft zoveel mogelijk het karakter van een gewoon gesprek, dus geen therapie, geen verhoor, geen preek of adviesgesprek. Naast de focus op de korte termijn, moet bij deze doelpopulatie nadrukkelijk rekening gehouden worden met praktische problemen zoals onbegrip van tijd, moeite met lezen of schrijven en problemen met het onderkennen van sociale interactie.
- Sommige aspecten lijken sterk bepalend bij zingeving, zoals 'baas over eigen tijd' of een eigen verantwoordelijkheid hebben, maar zijn tegelijk een gevoelig onderwerp of knelpunt. De behandel paradox is dat patiënten autonomie inleveren om autonomie te hervinden. De vraag rijst of men dit ook zo beleeft en de onderzoeker zal ervoor moeten waken geen woorden of knelpunten in de mond te leggen (overdracht en tegenoverdracht) .
- Voor geestelijke verzorging is de beleving van spiritualiteit of religiositeit een boeiend thema, net als de weg naar de criminaliteit. Spirituele diagnostische (weder)vragen passen maar moeilijk binnen het onderzoek en daarvoor zal verwezen moeten worden naar de geestelijk verzorgers. Het praktisch beoefenen van zodanige zingeving (mediatie, lezen) kan uiteraard wel benoemd en besproken worden als (zinvolle) levensbehoefte.
- Het indexdelict van de deelnemer lijkt minder relevant voor het thema en hoeft zeker geen gespreksonderwerp te worden. Wellicht geeft men wel een indicatie in die richting en indien nodig wordt doorverwezen naar de betreffende vaktherapeut of de psycholoog. Het wel of niet ervaren van schuld, schaamte of wroeging kan zeker ook een gesprekstheme worden, maar het onderzoek leent zich niet voor spirituele counseling.

4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk volgen de feitelijke waarnemingen en bevindingen in het veld met formulering naar algemenere principes als resultaten die kunnen worden teruggekoppeld naar de onderzoeksvraag en deelvragen. Aan de orde komt wat in het veldwerk wel en niet gedaan is, met welke bejegening en met welke resultaten. Het onderzoek is nagenoeg geheel uitgevoerd zoals in de paragrafen 3.5 en 3.6 hiervoor is omschreven. Na een korte schets van het veldwerk hierna in 4.1 en de achtergronden van de respondenten in 4.2, worden in de (sub)paragrafen daarna de belangrijkste topics verder uitgewerkt: de interactie met de omgeving waarbij vooral de kritiek op tbs naar voren komt (4.3), de beschouwing van de respondenten waarin de attituden in relatie tot de behandeling, de bejegening en de eigen tijd worden geduid (4.4), de praktische wijsheid die respondenten opdoen in tbs en hun geloofsbeleving (4.5), de interpretatie door de respondenten van het belang van tbs (4.6) en tenslotte de mogelijke verbeteringen zoals de respondenten die zelf aandragen met hun toekomstperspectieven (4.7).

4.1 Veldwerk en analyse

In november 2019 zijn na introductie van het onderzoek op de (sub)afdelingen Onyx elf patiënten bereid gevonden om mee te doen. Bij de start van de werving hebben vijf patiënten van Onyx 2 en één patiënt van Onyx 1 zich meteen aangemeld. Enkele dagen later is met een groepsleider een

ronde gemaakt langs een aantal mensen van Onyx 1 die naar verwachting ook zouden willen meedoen (purposive sampling), waarbij nog vier patiënten bereid zijn gevonden. In totaal zijn twaalf patiënten ingetekend op de intekenlijsten, waarvan één zich weer heeft afgemeld bij de start van de gespreksrondes vanwege een afdelingsmaatregel. Na de intekentermijn van een week, zijn alle aanmeldingen doorgesproken met de afdelingspsychologen; zij gaven de onderzoeker aanvullende tips voor de bejegening en de samenwerking met staf en coaches. Zij zagen geen redenen tot exclusie van een patiënt.

Hierop is aan elke adspirant deelnemer en diens coach een informatiebrief uitgereikt met een informed consent formulier en het gespreksrooster is opgesteld. In afstemming met de groepsleiders van de afdelingen zijn daarbij de volgende aandachtspunten gehanteerd: de gesprekken vinden zoveel mogelijk plaats tussen 09:30 uur en 14:30 uur, niet op een therapie dag of een 'off day' van iemand en niet tijdens een dienstoverdracht. Het rooster is behoudens enkele kleine verschuivingen (door omstandigheden zoals een onderhoud met een hoofdbehandelaar, bezoek aan de tandarts of een 'nu even niet') gevolgd worden zoals gepland.

Voor elk gesprek is een periode van 45 minuten uitgetrokken. De netto gesprekstijd is daarbij bedacht op ca. 15 minuten, hoewel sommige gesprekken – vooral op de afdeling Onyx 1 – zijn uitgelopen tot 30 minuten. Daarbuiten is de onderzoeker veelal in de woonkamer van de afdeling aanwezig geweest en – ook tijdens lunches - aanspreekbaar voor patiënten en anderen, om zo te willen ruiken aan de cultuur en zoveel mogelijk vertrouwen te winnen. Het hele onderzoek heeft in een goede en rustige sfeer kunnen verlopen. Een coördinerend afdeling manager (CAM-mer) vond het zelfs opvallend rustig; in de periodes rond de feestdagen wil dat nog wel eens anders zijn.

De gesprekken hebben plaatsgevonden in de periode van 28 november 2019 tot 18 december 2019. De meeste gesprekken zijn één–op-één gehouden tussen onderzoeker en patiënt in de gesprekskamer van de (sub)afdeling of op de kamer van de patiënt met geopende deur. Bij één respondent van Onyx 2 is steeds een coach, schaduwcoach of staflid aanwezig geweest, bij een respondent van Onyx 1 is tijdens de eerste twee gesprekken de coach aanwezig geweest en bij nog een respondent van Onyx 1 alleen tijdens het eerste gesprek. Van alle gesprekken zijn geluidsopnamen gemaakt, die na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Met vijf lvb-patiënten van de sociaal-therapeutische afdeling Onyx 1 en zes lvb-patiënten van de supportieve afdeling Onyx 2 zijn gesprekken gevoerd; steeds met ongeveer een week tussentijd en conform het veldprotocol van bijlage 2. Per persoon zijn dat drie gesprekken geweest; achtereenvolgens over hun attituden ten opzichte van de behandeling, hun contacten of de bejegening en hun bezinning of houding in eigen tijd. De kern van elk gesprek is steeds hetgeen voor henzelf belangrijk is, als een waarde(n) bepalende emotie, om antwoord te kunnen vinden op de onderzoeksvragen. Aan het eind van elk gesprek is steeds gevraagd gemotiveerd een 'top 3' te geven van de meest belangrijke items voor henzelf bij het gesprekstheme. De motivatie daarbij blijkt vaak een herhaling van het besprokene, maar is belangrijk gedacht om na te gaan of bepaalde keuzes niet (alleen) zijn gemaakt vanwege bijvoorbeeld een lievelingskleur of een bepaalde vorm op een pictogram. Bij elk laatste gesprek is tenslotte aan de orde gesteld welke verbeter(d)ingen in tbs wenselijk zouden zijn en welke toekomstverwachtingen men heeft.

Na afloop van de gesprekken zijn de individuele 'top 3' scores onder dankzegging persoonlijk teruggekoppeld aan alle patiënten in de vorm van een certificaat 'Dit vind jij belangrijk in tbs:'. De drie afbeeldingen hieronder geven een impressie van het certificaat van een van de respondenten. Een van de groepsleiders vertelde later dat deze afronding goed is gewaardeerd; respondenten zijn er trots op en de meesten hebben het in hun kamer opgehangen.

(*Afbeelding 5:* eind scores van respondent O215)

Na het veldwerk zijn alle gesprekken getranscribeerd en geanonimiseerd ten behoeve van de data-analyse. Met behulp van de onderzoeksoftware Atlas.ti (Atlas.ti, 2019) is een proces van coderen gestart om in kaart te brengen hoe de respondenten denken over zingeving in tbs. Een deel van de citaten wordt hierna in verschillende resultaatblokken weergegeven, corresponderend met de quotes binnen Atlas.ti. De analyse heeft verschillende stappen doorlopen ondersteund door de versie ATLAS.ti 8.4.24. Eerst is een inductieve analyse met originele segmenten van de tekst (in-vivo codes) gedaan waarbij relevante fragmenten zijn gecodeerd met trefwoorden. Na een categoriseren en al of niet gelijknamig clusteren in sub- en hoofdcodes en thema's (axiale codering), is uiteindelijk een selectieve codering uitgevoerd om verbanden en structuren tussen de verschillende clusters en netwerken aan te brengen

Van de in totaal 740 tekstfragmenten of quotes in Atlas.ti is een selectie van de meest kenmerkende uitspraken van respondenten over een topic of een bepaald thema (axiale code) gemaakt voor in de tabellen hierna. Bij deze ca. 80 citaten wordt steeds het Atlas.ti quotenummer, de respondentcode en de (axiale) codering vermeld, waarmee het binnen Atlas.ti in verband is terug te lezen. De eerste twee tekens van een respondentcode beduiden de (sub)afdeling; O1 voor Onyx 1 en O2 voor Onyx 2. Zie voor de omschrijving van alle codes het codeboek in bijlage 3. De uitspraken van de respondenten zijn zorgvuldig geanonimiseerd zodat deze niet zijn terug te herleiden naar een individuele patiënt of een begeleider. De vocabulaire van de respondenten is bij de citaten intact gelaten.

4.2 Achtergrond respondenten

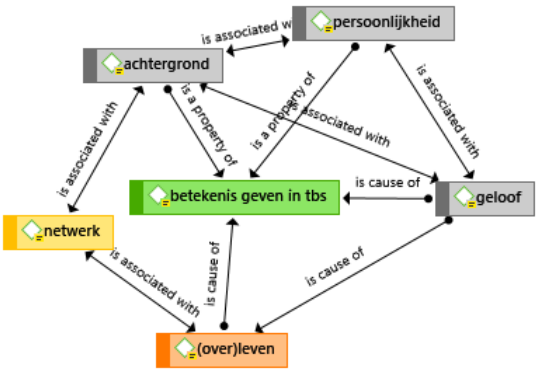
Bij elk eerste gesprek zijn enkele sociodemografische gegevens van de respondenten genoteerd; het EPD is – vanwege privacy en personele drukte - niet geraadpleegd. Derhalve is niet nagegaan welke profielen van tbs-gestelden (zie 4.2) binnen de groep te onderscheiden zijn; de groep respondenten lijkt wel een goede dwarsdoorsnede te vormen van de lvb-onderzoekspopulatie en alle klassen of profielen lijken aan te sluiten op een of meerdere van de respondenten. Bij de afronding van het veldwerk deelde een respondent desgevraagd mee een relatief hoog IQ te hebben van 73; volgens hem hebben de meesten van de afdeling een (veel) lager IQ.

Uit eigen opgave van de respondenten blijkt dat deze groep lvb-patiënten: mannelijk is, met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar (variërend tussen 23 en 51 jaar) en een laag opleidingsniveau. Ten tijde van het onderzoek verblijft men gemiddeld 6 jaar in tbs (variërend van 1,5 jaar tot 22 jaar) exclusief een eerdere gevangenisstraf of een periode 'buiten'. De meeste respondenten zijn gelovig (81%) en contacten met hun sociale netwerk varieren van bijna nooit tot bijna dagelijks. Voor zover ze dat hebben gedeeld, zijn hun indexdelicten: (poging tot) moord of doodslag, zedendelicten en geweldsdelicten.

Om meer indruk te geven in de variatie van de respondenten volgen hierna enkele karakteristieke kenmerken van respondenten zoals die tijdens de gesprekken zijn opgevallen of mede gedeeld. O108 zegt open en eerlijk te zijn; hij is heel direct in de communicatie en doelgericht aan het werk met zichzelf. O109 heeft moeite met lezen en schrijven; hij lijkt wantrouwend en gedemoraliseerd, mede door een slechte ervaring met de reclassering. O110 is veel op zijn kamer; soms prikkelbaar en houdt naast zijn behandelplan een eigen dagboek bij. O116 is een 'beetje zware jongen', beschouwend en analytisch; hij wil graag een andere basishouding ontwikkelen. O120 is eerder ontvlucht en gaat al snel resocialiseren; hij is positief over tbs en heeft eveneens slechte ervaringen met de reclassering.

O211 wil sociaal wenselijk zijn en houdt van sport en spel; hij heeft moeite met het aanhouden van (dag)structuur. O212 is joviaal, sociaal en een rasechte optimist; hij is op zoek naar handvatten bij zichzelf om niet meer in de problemen te komen. O213 is gelovig en heeft veel kritiek op de tbs; hij doet veel stevige en stellige uitspraken. O215 is graag op zichzelf en een 'overlever'; hij is creatief, meewerkend en vlot in het verwoorden van gedachten. O217 werkt hard aan zichzelf en heeft de nodige medicatie; hij kan zich moeilijk uiten en is vooral gedesoriënteerd. O218 heeft kennelijk het laagste IQ en wil graag anderen helpen, maar tegelijk in bescherming genomen worden. O213, O215, O217 en O218 zijn op het moment van onderzoek ook kerkgangers. O215, O217, O218 en O116 hebben een bricolage-geloof. O108, O109 en O110 zijn ook gelovig (katholiek), maar ten tijde van het onderzoek wonen ze in tbs geen vrijdaggebed of kerkdiensten bij.

De respondenten van de (sub)afdeling Onyx 1 spreken redelijk vrij en nadrukkelijk over zichzelf; ze lijken de tbs meer als straf te ervaren en zijn vooral gericht op een sociale omgang met anderen buiten de afdeling of in de praktijk. De respondenten van de (sub)afdeling Onyx 2 daarentegen lijken meer bezig met hun mentale zelf en zien de sociale omgang, ook onderling op de afdeling, vooral helpend en ter ontspanning. De gesprekken met respondenten van Onyx 2 kenmerken zich door ander taalgebruik en zijn in het algemeen korter gehouden, mede gelet op kwetsbaarheid en een kortere spanningsboog van deze deelpopulatie.



(*Afbeelding 6:* ad hoc netwerk 'achtergrond')

Het mag helder zijn dat iedere patiënt een eigen achtergrond, netwerk en ontwikkeling heeft, ook ten aanzien van zijn criminele activiteiten in het verleden. Bij de gesprekken zijn diverse zaken in relatie tot iemands persoonlijkheid, geloof, (oude en nieuwe) netwerk en hun (over)leven aan de orde gekomen. Deze aspecten zijn vaak verweven met iemands achtergrond en het eenvoudig ad hoc netwerk hiernaast laat zien hoe deze zich tot elkaar kunnen verhouden in tbs.

Hierna volgen diverse uitspraken van respondenten die kenmerkend zijn voor hun achtergronden. Zoals getoond in het netwerk 'achtergrond' (afbeelding 6) is er een samenloop (co-occurence) van de code 'achtergrond' met codes als: geloof, netwerk, (over)leven en persoonlijkheid. In het verlengde daarvan is er ook een verwevenheid met (sub)codes als: attitude ten aanzien van tbs, communicatie, cultuur verschillen, denken aan delict en praktische wijsheid. De citaten in tabel 1 spreken voor zich.

Tabel 1: Achtergronden

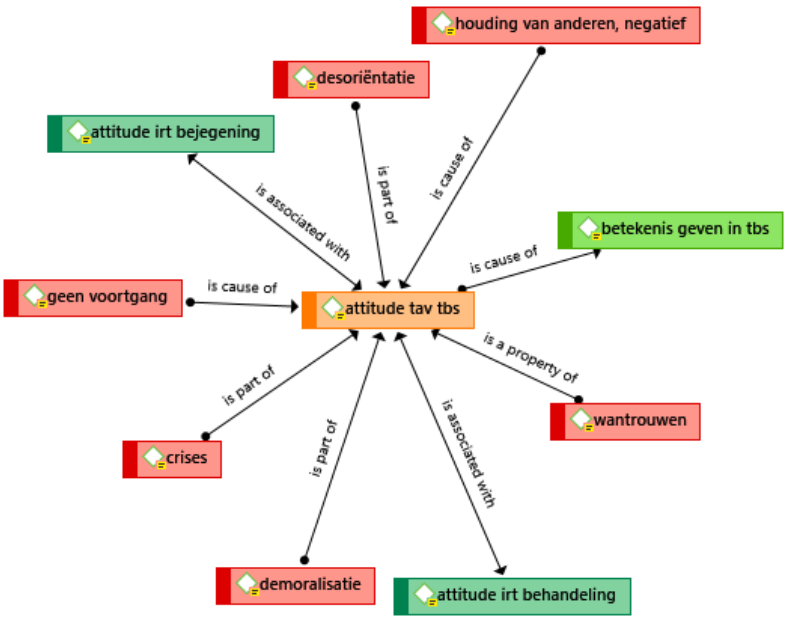
1:27-1:28 Kijk ik kom van [landsnaam] en wij, wij manier van praten is heel anders dan van die Nederlander. Snap je.. manier van dinges.. van benaderen… misschien die Nederlander neem het gewoon als een onbeschofte manier. Maar ja, wij konnen niet weten, want zo communiceren mekaar [landsnaam] ***Dus je wil eigenlijk vooral leren om met Nederlanders om te gaan?*** *Ja, Snap je. Ja, Nederlander hou van alles puntje op de i. [landsnaam] wij zeggen vaak i, wij zetten niet overal een puntje hoor! Nee. Nee. Dat worden teveel puntje. (O108 over achtergrond, communicatie en cultuurverschillen)*
3.6 Daarom ben ik terug de tbs in gekomen en ben psychotisch geweest en dat wil ik nooit meer meemaken. Ik heb nooit wiet gebruikt, nooit hasj gebruikt, ik heb alleen cocaïne gebruikt, en als ik cocaïne ging gebruiken…. ***Dan ging het mis…*** *Ja, en op gegeven moment dan ben je zelf niet meer, dan zie je dingen die er niet zijn en dan word ik bang, Dan heb je angst, van mezelf, ben ik al een angstige jongen, maar door die drugs wordt die angst alleen maar … groter. (O109 over achtergrond en persoonlijkheid)*
*8:56 Bidden… af en toe…****Ja?*** *Bidden ja. Ik bid.* ***En als je op je kamer bent, dan kan je ook gewoon goed bidden? Je hebt niet de stilteruimte nodig of zo…****.Nee, nee. Nee. Want mijn moeder leer ons bidden sinds klein weet je. (O110 over achtergrond, geloof en persoonlijkheid)*
9:2 Omdat ik in [naam streek] woon, is het voor mij heel moeilijk om bezoek te hebben. Ik heb in drie jaar tijd twee keer bezoek gehad. ***O?*** *En dat, moet je een keer daarvan moet je mijn advocaat erbij rekenen. (O116 over achtergrond en netwerk)*
10:8 Het ging niet goed met mijn relatie, niet goed met mijn petekind, stress.. ***Ja, en was je wel helemaal clean toen je naar buiten ging?*** *Ja.* ***En nu?*** *Ik heb 10 jaar niet gebruikt.* ***10 jaar niet gebruikt!?*** *Ja.* ***Hè...*** *Ik kwam in die situatie met stress, voor mij is een makkelijke weg drugsgebruik. Ben ik dat vergeten.* ***Ja ja ok.*** *Maar de volgende dag is het probleem er weer.* ***Ja.. ja… heeft dan die ja… is dan die tbs daarvoor te kort geweest, dat je toch weer terug viel?*** *Nee, natuurlijk niet.* ***Waarom ben je, waarom denk je dat je terug gevallen bent dan?*** *Verkeerde mensen om me heen. (….)* ***Dus wat.. als je goeie mensen om je heen had dan….*** *Dan was ik nooit teruggekomen. (O120 over achtergrond en persoonlijkheid)*
14:1 ***En welke school heb je gehad?*** *Eh, ik had wel zeg maar de basisschool meegemaakt en de midden basisschool ook, die heb ik dan niet afgerond.* ***Ok.*** *En ja ik heb.. niveau 1 lassen, ik heb niveau 1 horeca assistent.* ***Ok.*** *En ik heb VCA.* ***Ook? Die heb je in de PI gehaald ofzo? Of hier?*** *Nee die heb ik in de jeugdgevangenis.* ***In de jeugdgevangenis, ok… lasser en VCA en horeca hè? En waar heb je gezeten in de jeugd?*** *Ook verschillende plekken, ik heb in [naam kliniek] gezeten, [plaatsnaam], uhum, ik heb in eh in eh [naam kliniek] in [plaatsnaam] en daarna in [plaatsnaam] (O211 over achtergrond)*
16:10 Toen ik buiten was, fietste ik heel veel in [plaatsnaam]. Ik woonde in [plaatsnaam] en ik ging van [plaatsnaam] helemaal naar [plaatsnaam] toe fietsen. (O213 over achtergrond en persoonlijkheid).
17:9 - 17:11 Bij Thai boxen had ik wel eens gewoon, gingen we full contact gewoon op het gezicht sparren, we dragen nooit helmen. ***Hmhm*** *.. op het laatst sloeg ik echt al die beginnelingen, ja toch. En die jonges die in de ring gingen, die lieten toch vaak, of dat ik op een stoot, liet ik op mijn stoten.* ***Goh en dan nu tbs eh…*** *Op het laatste werd het helemaal vol, had ik gemakkelijk misschien verrot slaan door dat te hebben geoefend, maar*

ook ja…(…….) Ja, ik vind het wel verschrikkelijk. Ik vind het een vreselijke tijd. Ik vind het jammer dat het zo is geëindigd. Ja. (O215 over achtergrond, persoonlijkheid en overleven)
18:31 Weet je wat nog een probleem is, je… toen ik vroeger psychiatrie zat, is lang geleden, en ik kom bij mijn moeder, vader thuis en dan leek net of alles gewoon normaal was en dit en dat en dan kom ik daar in de buurt weer en dan begon het weer. (O217 over achtergrond en netwerk)
19:3 Ja, ik ben gelovig. ***En wat voor geloof?*** *Eigenlijk een beetje van alles van het boeddhisme hindoeïsme, dus bepaalde rituelen moet doen.* ***Ja.*** *Eh. Dus eh. Geloof is eigenlijk van, dat je mag daar geen rundvlees eten… je moet getrouwd zijn… je mag geen stoute dingen doen…* ***Ja, ja.*** *(O218 over achtergrond en geloof)*

De achtergrond van de respondenten kan als indicator worden gezien voor allerlei belangrijke individuele waarden in het leven van de respondenten. In de gesprekken zijn verschillende waarden genoemd zonder er diep op in te gaan. De meerderheid van de respondenten wordt immers geconfronteerd met veranderende waarden en een veranderende levensordening. In plaats van het genieten van vrijheid, privacy of vertrouwde warmte is men in tbs vaak ver van huis, langdurig opgesloten en vaak geconfronteerd met een persoonlijkheidsstoornis; er is kortweg sprake van een grote inbreuk op de existentiële dimensie van hun leven zoals dat eerder is geschetst in hoofdstuk 2.2. In de volgende paragraaf volgen resultaten met betrekking tot de attituden van de respondenten ten aanzien van tbs, waarbij naast bepaalde waarden ook emoties zichtbaar worden.

4.3 Attituden ten aanzien van tbs

Bij de topic van het eerste gesprek: 'Hoe vind jij tbs?' delen de meeste respondenten sterk kritische opvattingen over hun beleving van de tbs-situatie. Voor nagenoeg iedereen is de tbs 'zwaar', 'moeilijk' en 'klote natuurlijk'. Ook bij latere gesprekken volgen kritische uitspraken over gevoelens van onrecht of over ervaringen, zoals het niet mogen gebruiken van de magnetron voor bezoek. De gedane uitspraken bevatten als zodanig kritiek op het systeem van tbs, op het personeel (kwaliteit, empathie), het beleid, dwangmedicatie, het strenge regiem, de bejegening, het ondervinden van een maatregel en het gedwongen moeten omgaan met elkaar. Sommige patiënten zijn minder kritisch; zij tonen hun acceptatie en begrip of hebben een meer neutrale houding ten opzichte van het tbs-systeem. Een respondent noemt tbs bijvoorbeeld 'een zware straf, maar wel helpend'.



(*Afbeelding 7*: ad hoc netwerk 'attituden ten aanzien van tbs')

De kritische houding van de respondenten lijkt sterk bepaald door maatregelen of beperkingen (crises) in tbs, soms gevolgd door demoralisatie of desoriëntatie. Men spreekt relatief vaak over de lange duur van de behandeling of insluiting (geen voortgang), de negatieve houding van anderen en een wantrouwen wat is ontstaan. Het ad hoc netwerk hiernaast laat zien hoe deze aspecten met elkaar zijn verweven.

Afhankelijk van de ontwikkeling en de fase van behandeling, kan de kritische houding ten opzichte van tbs verschillen en samen gaan met een positieve houding in relatie tot de behandeling en de contacten of bejegening in de tbs situatie. Hierna volgen de voorbeeld citaten van respondenten die kenmerkend zijn voor hun kritische houding. De uitspraken zijn geclusterd onder de axiale code 'attituden ten aanzien van tbs' en overwegend negatief. Er is een co-occurence met andere negatieve codes in het netwerk (zie afbeelding 7), maar ook een verwevenheid met meer neutrale codes (persoonlijkheid, contacten, netwerk) of positieve codes (attitude in relatie tot de behandeling, -de bejegening, doelgericht, meewerken).

Tabel 2: Attituden ten aanzien van tbs

1:2 Weet je wat het is met tbs, tbs als het aan mij lag, waarom heb ik geen tbs 20 jaar geleden gekregen? Snap je? Nou ben je gewoon, met 45 jaar, willen ze je tbs geven. Straks willen ze je wat gaan leren. Ok, ik ben ook niet boos, maar ik blijf wel met mezelf de vraag stellen, snap je. Maar in ieder geval; ik heb nu tbs gehad en ben ik hier gebrand. (O108 over attitude ten aanzien van tbs en crises)
3:8 Om eerlijk te zijn……moeilijk. …. Je hebt geen datum, je weet niet wanneer je eruit komt en dat is frustrerend. En wat me frustrerend maakt, ik heb zo'n stabiele vrouw, stabiele kinderen en ik zou juist mijn energie willen stoppen in hun weet je.. (O109 over attitude ten aanzien van tbs contacten en netwerk)
8:4 Ik vind wel, ik wacht te lang te lang te lang. Moet ik wachten , elke keer wachten, wachten, wachten, en dat ben ik niet gewend. Ik ben niet een persoon die wachte wachte nee. Zeg ik eerlijk. (O110 over attitude ten aanzien van tbs, geen voortgang en persoonlijkheid)
9:3 ik heb het van dag één heb ik het eigenlijk al moeilijk gehad hier in eigenlijk Rotterdam, omdat ik eigenlijk van ver weg kom. En de tbs zelf is dan eigenlijk ook heel moeilijk. Ik heb geen bezoek enzo. Dus eh voor mij is dat gewoon heel moeilijk... Maar ik weet me wel staande te houden. (O116 over attitude ten aanzien van tbs en persoonlijkheid)
10:6 Zwaar. Want als je één ding doet dan wordt je al binnen gezet. Terwijl als ze in de gevangenis zitten, ga je gewoon door met de straf, maar hier straffen ze jou 10 x zo hard. (O120 over attitude ten aanzien van tbs en achtergrond)
14:3 Ja, het is eh een zwaar iets op mijn geweten zeg maar, ik vind het wel een zware straf zeg maar. Maar wel helpend. (O211 over attitude ten aanzien van tbs en meewerken)
15:6 Dat je in het weekend snel achter de deur gaat. Kwart voor zeven en dan de volgende ochtend wordt je kwart over elf uitgehaald, dat zijn lange dagen. (O212 over attitude ten aanzien van tbs en attitude in relatie tot de eigen tijd)
16:11 Maar met de drukte, dat ze hier binnen op je eh wordt geperst, ook met medicatie, gebruik; ik vind het, ik vind het echt…. tbs moeten afschaffen. Want je bedwingt iemand om medicatie te nemen, die een persoon langzamerhand alsnog doet vernietigen. (….) En hoe langer je tegen blijft werken om niet de medicatie te nemen kunnen ze gewoon bepalen dat je naar longstay moet, los van het zien dat je goed gedrag aan het vertonen bent, maar puur omdat je je medicatie niet inneemt, kunnen ze jou gewoon bestraffen en ik noem het toch een psychische marteling. Het is een mentale marteling. Het is niet normaal. (O213 over attitude ten aanzien van tbs, medicatie en wantrouwen)
17:11 Ik vind het wel verschrikkelijk. Ik vind het een vreselijke tijd. Ik vind het jammer dat het zo is geëindigd. Ja. ***Ja ja…. [stilte] … en hoe ga je…, hoe kan je daar mee om gaan?*** *Ja ik heb me derbij neergelegd. Want je leeft altijd op een groep met andere mensen. En dat vind ik ook iets, waar ik nooit voor zou hebben gekozen om zo te*

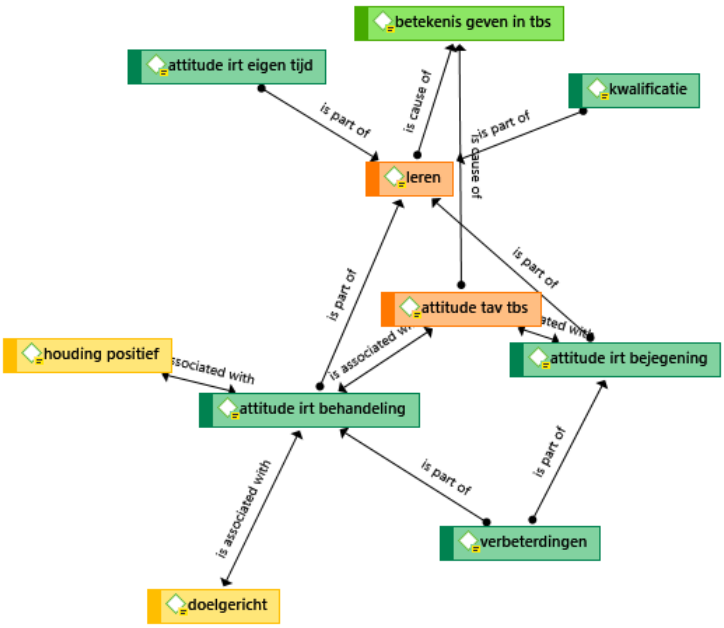
leven. En ik was wel een tijd dakloos buiten. Toen dacht ik wel eens van, nou, gevangenisstraf ok, dat je een tijdje iets...dat ik expres een delict ook pleegde waarvoor ik tbs heb gekregen, omdat… ik dakloos was. ***Ja. Wat vind je aan de tbs verschrikkelijk?*** *Dat het permanent is met een groep leven, dan zit je teveel op elkaar. Ik ben ook af en toe afstand van kunnen nemen. Om nou te kijken is er nog iets die kans om buiten rond te komen… als je geen woning hebt enzo. Maar als je met een groep leeft, ja, daar kan eentje opeens toch op je gemunt hebben. (O215 over attitude ten aanzien van tbs, acceptatie, begrip en wantrouwen)*
18:16 Ik vind eh hoe wij behandeld worden vind ik wel heel raar. Sommige hebben zo'n delict gedaan of dit of dat en die gaan gelijk door. En iemand die hier eh alles doet, schoonmaken, koken, sporten, werken, die gaan long care of zo man. Dus dat systeem zit mij een beetje dwars. (O217 over attitude ten aanzien van tbs, crisis en desoriëntatie)
19:4 Voor mij is tbs een uh waar ik nu zit is wel moeilijk. ***Wat maakt het moeilijk?*** *Moeilijk is het van tbs je weet wel waar je naar toe werkt, maar je weet niet ehm want er staat wel tbs op, maar je kan niet zeggen van, na 8 jaar ben ik vrij, of na 4 jaar ben ik vrij, dat niet. Dus dat maakt het soms moeilijk, toch? (O218 over attitude ten aanzien van tbs en doelgericht)*

De uitspraken in verband met de attitude ten aanzien van tbs zijn duidelijk kritisch en geven blijk van negatieve emoties als onbegrip, verwarring, boosheid en gevoelens van onrecht. Patiënten kunnen, bijvoorbeeld door medicijnen, gewenning of aanvaarding, emotioneel vlak reageren. Desalniettemin drukken de respondenten zich, mede afhankelijk van hun persoonlijkheid of situatie, sterk uit met termen als zwaar, moeilijk, frustrerend, niet normaal, raar, verschrikkelijk, een ramp en psychische marteling. Men geeft hiermee blijk van een grote inbreuk op de existentiële en ook ethische dimensie in hun leven. Samenvattend levert de interactie van deze groep lvb-patiënten met hun tbs omgeving vooreerst een concept van existentieel lijden op; men zit onvrijwillig met elkaar opgescheept en het is een zware moeilijke tijd. De (afgedwongen) behandeling lijkt voor hen het enige lichtpuntje op weg terug naar de maatschappij. In de volgende paragraaf 4.4 volgt het verdere oordeel van de respondenten, waarbij met hen is ingegaan op 'belang' als een intentionele en waarde(n) bepalende emotie. Frija wijst erop dat 'belang' een motivationeel concept is; het heeft betrekking op de disposities die een individu motiveren en hem ertoe aanzetten om bepaalde bevredigingen te zoeken of bepaalde confrontaties uit de weg te gaan (Frija, 2005, pp. 349-353).

4.4 Attituden jegens de behandeling, contacten en eigen tijd

De tweede topic bij het eerste gesprek is in hoeverre de respondenten een bepaalde therapie of zogenoemd blok goed vinden voor zichzelf. Behandeling is in principe gericht op herstel, op het voorkomen van erger of het leren omgaan met een bepaalde aandoening en daartoe worden specifieke verbeterdoelen geformuleerd (Zorginstituut Nederland, 2020). De respondenten blijken in het algemeen het belang van de behandeling hoog in te schatten. Men kan de ontwikkelingen en doelen goed volgen via het individueel behandelplan en behoudens een enkeling begrijpt men hun persoonlijke situatie. Men benoemt dat iedereen er voor zichzelf zit, ondanks dat men met elkaar samen een afdeling vormt.

Desgevraagd kunnen de lvb-respondenten goed uitleggen waarom een specifieke behandeling voor hen van belang is. De verschillende therapieën (waaronder verlof), trainingsmodules en werkblokken worden daarmee positief gewaardeerd.



(*Afbeelding 8*: ad hoc netwerk 'leren')

Uit de eerste serie gesprekken blijkt dat de respondenten veel willen leren en doelgericht met zichzelf aan de slag willen zijn. Hun attituden in relatie tot behandeling, bejegening en eigen tijd zijn overwegend positief. Het eenvoudig ad hoc netwerk hiernaast laat zien hoe de verschillende attituden zich tot elkaar kunnen verhouden in de tbs. Het beschouwen en interpreteren van behandeling, is samen te vatten in een proces van willen leren, inslijpen en het geleerde oefenen in de praktijk van de samenleving. Dat laatste lijkt voor velen niet snel genoeg te kunnen gaan.

De axiale codes van attituden en aanverwante codes zijn te clusteren tot de selectieve code 'leren' (afbeelding 8). Hierna volgen een drietal tabellen met voorbeeldcitaten van de respondenten, te beginnen met de attituden in relatie tot de behandeling. In deze uitspraken is een samenloop met andere positieve codes (attitude in relatie tot bejegening, doelgericht, houding positief), maar ook met meer neutrale codes van aanverwante netwerken zoals persoonlijkheid en zelfzorg. In tabel 3 hierna volgen weer eerst de uitspraken van de respondenten van de (sub)afdeling Onyx 1 en aansluitend die van Onyx 2.

Tabel 3: Attituden in relatie tot de behandeling

1:9 Ik leer kloven… ik leer omgaan met mensen, weet je, soms kom eh… personeel, neem mensen mee van buiten, ik doe rondleidingen, dat vind ik ook leuk, weet je, leg die mensen uit wat doe ik en wat doe wij allemaal in de tuin. Wat betekent tuin, snap je, want tuin betekent zoveel dingen. Weet je. Tuin betekent niet alleen maar tuinieren. (O108 over attitude in relatie tot de behandeling)
3:14 Wat beter voor me is, als ik één op één therapie krijg. In een groep snap ik helemaal niks van, want soms dan zeg ik dinges, wat mensen boos kan maken, snap je. … Maar in [naam vorige kliniek] heb ik altijd een op een therapie gehad en niet te lang, want als de dinges te lang gaan, dan voel ik me eigen, dan kan ik me niet meer concentreren. (O109 over attitude in relatie tot de behandeling en persoonlijkheid)
8:53 Kijk hierzo is een map, dit kijk, dit doe ik met [naam coach]. ***Dat is jouw plan ofzo?*** *[naam coach] bewaart dingen dat je loopt daaraan. … Maar kijk hier… hier staat [naam psychiater], [naam en titel schaduwcoach], [naam coach]. Dus nu moet ik met haar gaan, want zij werkt 1 x in de week, maar dat is genoeg, want ik heb niet zo veel problemen aan mijn kop, weet je, want zij weet van deze dingen snap je. (O110 over attitude in relatie tot de behandeling, doelgericht en positieve houding)*
9:11 Ja, kijk met therapie leer je heel veel hier weet je? (O116 over attitude in relatie tot de behandeling en leren)
10:11 Ja. Drugsmodule, risicotaxatie.. staan allemaal op laag nu. ***Ok.*** *Mijn verlof gekregen.* ***En wat vond je daarvan wat je je nu binnen allemaal gekregen heb zeg maar?*** *Ja, goed.* ***Ja?*** *Om die terugval te voorkomen.*

Om een nieuwe terugval weer te voorkomen ja. ***Dus dat vond jij goed.*** *Ja. Ze hebben een signaleringsplan gemaakt wat ik moet doen als ik straks daarin uit glij.* ***Ja.*** *Dat is allemaal klaar nu. (O120 over attitude in relatie tot de behandeling)*
14:6 ***Wat vind je daar goed aan?*** *Ja, assemblage zeg maar, dan bereid je zeg maar werk voor, maar je maakt het ook af. … Dus bijvoorbeeld dan heb je een ringetje en die moet je bijvoorbeeld in elkaar buigen en daarna doe je er nog wat over heen. Dus je doet eerst de voorbereiding en later maak je het af. Of iemand anders maakt het af. (O211 over attitude in relatie tot de behandeling, attitude in relatie tot de bejegening en positieve houding)*
15:14 Ik heb nu een therapie, dat is een eh therapie voor helpers wat vroeger een beetje fout is gegaan, de wortel die je zelf heb ontwikkeld en hoe ken je der nou mee omgaan. En niet meer daardoor in de problemen komen, dus dat. (O212 over attitude in relatie tot de behandeling en persoonlijkheid)
16:14 Wat ik wel kan zeggen, is dat je heel veel van de therapie kan leren. ***Ja? ok?*** *Je kan er zeker iets van leren, maar op het moment dat het gaat baseren op medicatie, druk uitoefenen, en het regime…* ***Controles…*** *Controles, het regime wat ze hanteren, dat geeft niet de juiste moed alsof ze er voor jou willen zijn.* ***Nee. Nee.*** *Maar dat is gewoon, om jou gewoon af te knellen. Want buiten hoef je niet opgesloten te zitten. (O213 attitude in relatie tot de behandeling en leren)*
17:15 Nou de blokken betalen ook uit hè, dus ik krijg naast de 60 euro zak en kleedgeld nog eens zo'n 210 euro voor het volgen van de blokken, die kunnen we gewoon vrij besteden en dat geeft wel een soort vrijheid eigenlijk. ***Ja. Ja.*** *Om er zeker van te zijn dat je een vol blokken heb, of heb afgemaakt, dan kan je toch goed rondkomen als je naar de supermarkt gaat of zo, dat is ook wel leuk, we kunnen zelfs goederen over internet bestellen, of op verlof, dat vond ik toch een hele leuke ervaring. (O215 over attitude in relatie tot de behandeling en – de eigen tijd)*
18:5 Ik werk altijd in de tuin dus, ja, ik hoop dat ik buiten agrarisch heb, is over twee jaar of drie jaar zien we wel verder, of de bouw in gaan. Ik heb ook. Als ik het aankan over twee of drie jaar dus. Zo bekijk ik het een beetje en zo probeer ik geen fouten meer te maken. ***Nee nee.*** *Hier horen ze van mij helemaal geen klachten meer, helemaal niks, al een heel lange tijd. (O217 attitude in relatie tot de behandeling, doelgericht, meewerken, oefenen en toekomstwens)*
19:14 Ik vind dat belangrijk om verder te gaan met mijn behandeling, of tenminste mijn behandeling eh te hebben, dat ik dingen kan zien, dat ik dingen terug kan zien, wat ik gedaan heb. (O218 over *attitude in relatie tot de behandeling en doelgericht)*

Samenvattend beschouwen deze lvb-patiënten hun (therapeutische) behandeling als een proces van leren. Men wil graag stappen maken met zichzelf, met verlof en toewerken naar resocialisatie.

Bij het tweede gesprek over de contacten en bejegening binnen tbs zijn de topics medepatiënten, andere contacten en bezoek besproken. De respondenten blijken, in het verlengde van de behandeling, hun interactie(s) met de therapeut(en) en coach als meest belangrijke contacten te zien. Fivoor hanteert bij de bejegening van patiënten het begrip begeleiding (zie 2.5.3). In zorgjargon omvat de functie begeleiding het inslijpen van de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en gedrag, door een (herhaald) toepassen in de praktijk. Bij begeleiding gaat het om het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid (Zorginstituut Nederland, 2020). In deze tweede gespreksronde komen ook verschillen tussen de (sub)afdelingen Onyx 1 en Onyx 2 meer aan het licht.

De respondenten van Onyx 2 hebben kennelijk meer waardering voor hun medepatiënten dan die van Onyx 1. Op Onyx 2 mag men graag met elkaar kletsen of een spelletje doen en sociaal wenselijk gedrag wordt onderling erg gewaardeerd. Op Onyx 1 is antisociaal gedrag juist de onderscheidende problematiek. Op Onyx 1 is men meer praktisch gericht en lijkt men liever buiten de afdeling te 'oefenen', terwijl men op Onyx 2 meer mentaal lijkt te willen 'oefenen' met zichzelf, zoals op tijd uit bed komen, meer structuur aanleren en op zelfreflectie. De stafleden van Onyx 2 lijken gedurende de onderzoeksperiode ook vrijer en vaker benaderd te worden voor een praatje of zelfreflectie. De staf van Onyx 1 heeft per definitie te maken met een minder sociaal type lvb-patiënt. In beide gevallen is zo'n interactie - al of niet bewust - een verlengstuk van de therapie, in de oefenomgeving van de (sub)afdeling.

Een bijzondere vorm van contact is de derde topic bij het tweede gesprek: het 'bezoek van buiten'. In deze vorm van zowel bejegening als begeleiding hebben patiënten met een bepaalde regelmaat een gesprek met een dierbaar persoon; iemand die de patiënt kent en vertrouwt en die bijvoorbeeld op spiritueel gebied ondersteunt door samen te bidden of de Bijbel te lezen. Bezoek van buiten wordt ervaren als een belangrijke motivator bij het verblijf in tbs en bij het aanbrengen of behouden van structuur en regie in het persoonlijk leven.

In tabel 4 hierna volgen voorbeeldcitaten van de respondenten – in chronologische volgorde – met uitspraken die zijn geclusterd onder de attitude in relatie tot de bejegening, in co-occurrence met attitudinele aspecten van andere clusters.

Tabel 4: Attituden in relatie tot de bejegening

1:49 Therapeutes. Ja… die mis ik wel af en toe als ik die niet ziet. Dus als dinsdag had ik therapie en maandag had ik maatregelen gekregen dus dan mis ik mijn therapie dinsdag weet je, want daar kan ik mezelf uiten! Daar kan ik me vragen doen. Weet je, daar kan ik iets zetten op een papier. Voor de hoofd behandelaar. Snap je? ***Ja ja. Maar die zie je alleen overdag, de hoofd behandelaar. .****Ja, alleen drie keer in de week. En de therapeuten zie ik alleen maar dinsdag. (O108 over attitude in relatie tot de bejegening, contacten en geen voortgang)*
3:47 Iedereen zeg: [naam] het komt goed, het komt goed weet je. Blijf power, blijf rustig, soms... ze fluisteren ook buitenlandse personeel die af en toe hier komen inval [naam land] cultuur, praten was niemand, als je [naam cultuur] misschien niet in de buurt zijn, weet je.. en dan zeggen ze .. ja.. zo zo weet je… doe rustig, doe geen domme dingen… een keertje komt goed. ***Ja, [naam] dat is zo weet je.*** *(O109 over attitude in relatie tot de bejegening, contacten en cultuur verschillen)*
8:25 We moeten hard gaan werken weet je. Samen met jou… ***Ja. Wat betekent jouw coach voor jou?*** *Op dit moment hier binnen alles.* ***Alles. Heb je ook wel eens zonder coach wat ja… geweest of niet?*** *Kan niet, hier binnen kan niet. moet coach hebben of… eh. Anders kom je niet verder. (O110 over attitude in relatie tot de bejegening, begeleiding, contacten en doelgericht)*
9:38 Laatst moest ik omschakelen… had ik een therapeut die moest een ander .. die ging een andere baan zoeken vanwege zijn kinderen en alles, mijn coach ging een andere baan zoeken … een andere… dus ik moest in een keer, ik was mijn therapeut kwijt, ik was mijn coach kwijt… ik was… ***Ja, hoe ging dat?*** *Ja.. ik ben wel een beetje in allerlei problemen geraakt. Ik had allerlei gezeik aan mijn kop in een keer.. ja ja, omdat ik … ik had eh bepaalde houvast naar die mensen en ik had mijn structuur derin en mijn dagelijkse gesprekken en eh.. eh.. ik was een beetje stabiel door eh… om dat ik continue met hun bezig was. (O116 over attitude in relatie tot de bejegening,- ten aanzien van tbs, crisis, desoriëntatie en persoonlijkheid)*

10:16 Drugsmodule. ***En die heb … maar die heb je een paar keer gehad…*** *Ja.* ***En toch… heb die niet goed geholpen of wel?*** *Ja nu wel.* ***Nu wel, wat is er anders als de vorige keer dan?*** *Ik heb het nu van iemand anders gekregen, die ervarener was. […] Die had veel meer levenservaring..[…] En die heeft die dingen aangepast, allemaal waar ik tegen aan loopt. Mij kennen ze hier al, dus dan kennen ze een beeld schetsen.* ***Maar geloofde jij die dan meer of zo?*** *Nee, die kwam met betere dingen, waar ik mee uit de drugs kon gaan. En met zijn ervaring om mensen te helpen. (O120 over attitude in relatie tot de bejegening en – de behandeling)*
14:18 ***Wat betekenen die patiënten voor jou? Wat heb je eraan?*** *Eh ja…. Eh ik heb er niet zoveel aan.* ***Je hebt ze niet nodig?*** *Nee. Ik doe wel samen koken, en eh ja voor de rest ga ik gezamenlijk naar het sportveld, gezamenlijk naar de sportzaal om te sporten. (O211 over attitude in relatie tot de bejegening en meewerken)*
15:33 O, door gewoon effe lekker een sjekkie te roken. En dan af en toe een gesprekje met me coach te hebben, dat zijn eh ontspannende dingetjes.. dus als je ergens mee zit.. loop je even naar de staf toe en dan uit je je gevoel. ***Ja.*** *Wat er in je omgaat.* ***Ja. En je kan dat goed delen hier met een ander zeg maar.*** *Ja zeker ja.* ***En door dat te delen met iemand anders krijg je ook weer een goed gevoel zeg maar.*** *Ja precies.. dan ontspan je weer.* ***Ja, precies ja.*** *Maar voor iedereen is 't anders. (O212 over attitude in relatie tot de bejegening, - de eigen tijd, communicatie en contacten)*
16:26 Wat ik eigenlijk vind van mijn medepatiënten is dat iedereen hier voor zichzelf zit. En het is wel gezond om daar ook in contact mee te zijn, al is het niet jouw type mens waar je hier in contact mee wil zitten. Maar het is wel eh.. gang van zaken dat je ook effe een praatje kan maken, effetjes kan lachen bij andere mensen, want dat heb je gewoon nodig. (O213 over attitude in relatie tot de bejegening, communicatie, contacten en praktische wijsheid)
17:18 We hebben hier vrij gamen beleid, dus we mogen gewoon een Playstation 3 of 4; op Playstation 3 kunnen we films downloaden van elkaar, van een MP3 speler van vroeger, met harde schijf, onder toezicht van de staf gedoogd, dat ze dan nieuwe downloads hadden en eh de Playstations, dat is toch leuk weet je. Bijvoorbeeld GPA series uitspelen, dat was in [naam kliniek] ook zo, daar kregen we zelfs een usb stick.(O215 over attitude in relatie tot de bejegening, - eigen tijd en verbeterdingen)
18:25 Ja… das familie hè… zusje, broers, vaders,… komen allemaal op bezoek , dat geeft heel lekkere gevoel. ***En wat is dan het verschil met je medepatiënten, of met… kan je dat een woord geven?*** *Medepatiënten ken ik niet. Ik ken ze alleen van hier. Voor de rest ken ik ze niet, maar voor ouders en zo ken ik wel. Meer vertrouwenschap in eh...(O217 over attitude in relatie tot de bejegening, bezoek van buiten en vertrouwen)*
19:27 En dat de psychiater die is natuurlijk belangrijk voor iedereen in de kliniek. ….. Die bepaalt ook of je behandeling hebt en de bedrijfsvoering volgens mij en de hoofd behandelaar. We hebben nu een tijdelijke hoofd behandelaar, die zit er wel in .. maar die weet nog niet zo goed, van nou… ze gaat binnen kort weer weg dus. (O218 over attitude in relatie tot de bejegening,- de behandeling, - ten aanzien van de tbs en toekomstwens)

Samenvattend leert de beschouwing van contacten en de bejegening in tbs dat therapeuten, stafleden en coaches erg belangrijke mensen zijn voor deze respondenten om hen in de praktijk te begeleiden en met het geleerde te laten oefenen. Buiten tijden van behandeling en bejegening is er voor patiënten tijd voor bezinning en het vinden van rust. Deze belangen zijn bij het derde gesprek aan de orde gesteld.

In tbs geeft de eigen tijd van patiënten gelegenheid om na te denken, alleen of met elkaar te ontspannen en bezoek te ontvangen. Deze momenten zijn vooral ook van belang voor het huishouden, geloof en zelfzorg. De meeste respondenten blijken heel bewust niet meer aan het delict te willen denken, terwijl men bij de gesprekken wel bereid is om erover te spreken. Hieronder

volgen willekeurige citaten van respondenten die zijn geclusterd onder de axiale code attitude in relatie tot eigen tijd. Hierbij is er weer een co-occurence met andere codes uit het netwerk 'leren' (zie afbeelding 8) maar ook met codes als: contacten, crisis, geloof, netwerk, oefenen, persoonlijkheid, praktische wijsheid, zelfzorg en zelfanalyse.

Tabel 5: Attituden in relatie tot de eigen tijd

1:77 Ja ja.. ik doet ook bidden, ik bid alleen en ik eh ik bestel veel mezelf… als ik alleen.. ik bestel mijn hersen naar mijn familie... als het alles goed gaat met hunnie, weet je.. plus mijn enemy weet je, vijanden, ik wil ook dat hunnie goed gaat .. weet je.. ***Wie zijn dat?*** *Ja.. mensen die heb mij hier laten vast zitten snap je.. mensen die heb ook gelogen in de zaak dat ik zitte nou… die heb veel gelogen .. maar ja.. ik bid toch voor hunnie… (O108 over attitude in relatie tot de eigen tijd, geloof, houding positief, ritueel, toekomstwens en vergeving)*
*3:13 Ik zeg, God weet waarom ik hier zit….**Ja..** Misschien wil Hij me beschermen. Ik had zoveel vrienden die op het verkeerde pad waren, hun leven niet meer. Maar ik leef nog steeds!... En dat ik zo zit, dan ben ik God dankbaar voor elke dag als ik wakker wordt, dan zit ik even,.. o dankjewel God dat ik weer een nieuwe dag mag beleven, snap je… (O109 over attitude in relatie tot de eigen tijd, geloof en overleven)*
8:42-8:44 Ik schrijf sommige dingen zoals wij praten, dingen dat ik meemaak of doet. [….] Of schrijf ik ehm ik ging naar sport… of had ik een beetje woordwisseling met staf… we komen niet uit dit en dat snap je.. en ja. Snap je.. schrijf; mijn coach was in dienst… mijn coach was in gesprek gegaan en toen later heb ik gehoord van [naam CAM-er]; mijn coach is ziek. (O110 over attitude in relatie tot de eigen tijd, doelgericht en zelfzorg)
9:59 Toevallig ben ik aan het denken hoe het met mijn zus gaat, ben een beetje over de toekomst na aan het denken… en denk korte termijn doelen, lange termijn doelen.. ehm.. ja.. eh.. maar ehm.. je moet jezelf niet te veel op je.. teveel over… je moet soms niet te veel nadenken over dingen weet je. Anders ga je hier zelf eh.. gek maken. Anders ga je te veel druk op je schouders leggen.. en ga je teveel stressen. (O116 over attitude in relatie tot de eigen tijd, doelgericht, praktische wijsheid en zelfanalyse)
10:38 Door te sporten. Hard te lopen. ***Maar daar span je je in, wordt je daar rustig van?*** *Ja. Met alle dingen die je mee heb gemaakt, tegenslagen.. die loop je weg.* ***Die loop je weg…. En als je klaar ben met sporten?*** *Dan voel ik me goed. (O120 over attitude in relatie tot eigen tijd en zelfzorg)*
14:29 Ik denk aan muziek.., ga ik bijvoorbeeld een spelletje doen op de Playstation. En soms kijk ik op de televisie, vaak is der ook voetbal op.. Europa League of Champions League daar kijk ik dan ook naar. Ja. Ik vergeet ook wel vaak zeg maar toch gedachtes…(O211 over attitude in relatie tot de eigen tijd, persoonlijkheid en zelfanalyse)
15:31 In mijn vrije tijd. Kijk af en toe televisie, ik doe af en toe een spelletje met de medebewoners. ***Ja. Dan heb je andere gedachten denk ik of niet.*** *Dan heb je andere gedachtes ja.* ***Want wat helpt voor jou om te denken over je toekomst bijvoorbeeld?*** *Dat ik weet dat het goed kom. Dat je positiviteit in me heb..* ***Ok .. ja.. en waar haal je dat vandaan? of hoe kom je daaraan?*** *Dat is een gesprekje met je ouders hebben... Een gesprekje als ze op bezoek komen. (O212 over attitude in relatie tot de eigen tijd, bezoek van buiten, contacten en houding positief)*
16:40 Ja ik .. mis sowieso mijn vrijheid. En hier binnen moet je wel een afleiding zoeken in je vrije tijd door muziek te gaan luisteren. Ik heb een kerk-cd gehad van [naam GV-er], mijn moeder heeft ook kerk-cd voor mij dus die draai ik en daar probeer ik mijn rust in te vinden, weet je, of ik ga beneden voor een poolspelletje te spelen of ik probeer effe een babbeltje te maken met medepatiënten die hier gedetineerd zijn en dat ja... je moet je rust gewoon en je plezier daaruit zien te halen. Ik kan het niet meer maken dan het al is. (O213 over attitude in relatie tot de eigen tijd, contacten, geloof en praktische wijsheid)

*17:48 Ik heb ook bewust contact met mijn ex vriendin geweigerd omdat ik vond ehm dat ik anders misschien emotioneel zou worden, of daardoor eh ja… **Dus eigenlijk wil je daar niet aan toegeven zeg maar.** Nou nu wel, ik heb het wel geprobeerd om.. om haar of een andere vriendin te benaderen alleen eh… dat lukt niet meer, dus eh.. 9 jaar verder… **9 jaar verder.** Ja. **Is het harde er een beetje af? Hoor ik je dat dan zeggen? Of is dat nog steeds, want je zei in het begin…** Nou ik probeer maatregelen te stellen om.. om mezelf gewoon he.. ja.. zonder dat ik daar in ieder geval geen emoties over zou krijgen, dat lukte, en eh.. nu denk ik van ja.. ik heb me .. ik heb er goed over na kunnen denken. Dus ik stond er voor open der nog te zien. (O215 over attitude in relatie tot de eigen tijd, (over)leven, crises, doelgericht, netwerk, oefenen, persoonlijkheid, praktische wijsheid en zelfanalyse)*
*18:38 ik heb weer een schemaatje gemaakt voor trainen op te bouwen, maar ik krijg snel spierspijn als ik train dus… even langzamerhand opbouwen.. **Doe je trainen op je kamer ook?** En cardio. **En cardio?** Ja, maar dat trainen op mijn kamer ben ik aan het opbouwen, dat kom wel. **Ok, wat doe je dan? Opdrukken?** Opdrukken, buikspieren.. dat kom wel.. alleen wat beter voor energie op te bouwen.. energie te werken buiten… **En je kan ook in je eigen tijd naar buiten toe gaan toch?** Ja. **Maar niet naar cardio?** Is nou open.**Ja ok, en mag je daar dan ook in je eigen tijd naar toe?** Nee.. dat moet afspraak maken. **Ja.** Ja, vaste tijden ik heb een keer, twee keer, drie keer, vier keer, per week sport of vijf keer. (O217 over attitude in relatie tot eigen tijd, doelgericht, oefenen, ritme/ritueel/routine en zelfzorg)*
*19:39 Wat ik ook belangrijk vind, ik vind bijvoorbeeld ook rust als ik bezoek heb van mijn familie. **Ja.** Daardoor dat ik dan… ehh met praten, met effe derbij te zijn, effe te vertellen wat je aan het doen ben.. ehm... ja het zal nooit echt helemaal eh ja ja.. dus er zit wel ergens rust in … zit sowieso al rust in van mij. (O218 over attitude in relatie tot eigen tijd en bezoek van buiten)*

Samenvattend zijn deze respondenten in eigen tijd bezig met zelfzorg, ontspanning en reflectie op hun therapie. Bezoek is erg belangrijk voor hen, even als bepaalde rituelen en persoonlijke stijlen. De eigen tijd is verder kennelijk een belangrijke gelegenheid om vooral vooruit te denken, het delict zoveel mogelijk te vergeten en veranderingen bij zichzelf na te gaan.

In tegenstelling tot hun attitude ten aanzien van tbs, bezigen de meeste respondenten in reflectieve uitspraken over de attituden jegens de behandeling, contacten en eigen tijd woorden van positieve emoties, zoals: leuk, mooi, tof, goed, gezellig, lekker, fijn, graag en belangrijk. Hiermee geven de respondenten blijk van een motivationeel concept van tbs en een esthetische dimensie die geraakt wordt.

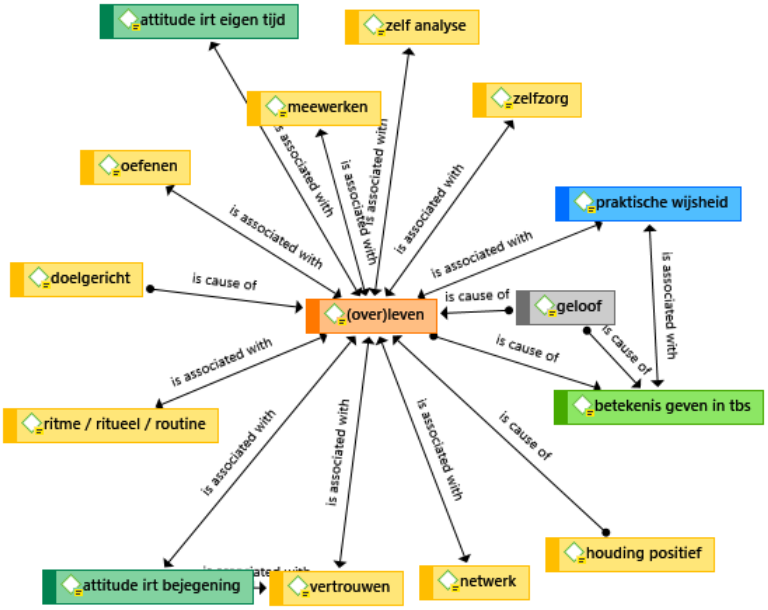
4.5 Praktische wijsheid en geloven

Uit de resultaten tot nu toe blijkt het opdoen van praktische wijsheid een belangrijke drijfveer voor de respondenten. Door de behandeling en begeleiding wil men leren omgaan met zichzelf, met hun gebreken en met anderen om zo snel als mogelijk naar ‘buiten’ te kunnen en een (nieuwe) plaats in de maatschappij in te nemen. Een therapie is daarmee de verbindende schakel en maakt ruimte voor andere belangen en waarden zoals resocialisatie of beschermd wonen. Bij de respondenten moet dit ten koste gaan van het koesteren van oude ‘foute’ waarden zoals een bepaald machtsvertoon, geldzucht of drugsgebruik en zoals een respondent opmerkte: ‘tevreden zijn met kleine dingen’.

Bij Fivoor gaan behandeling en begeleiding hand in hand met beveiliging met het oog op een veilige samenleving en een veilige werkomgeving (zie 2.5.3). In de gesprekken zijn maatregelen van beveiliging in verschillende vormen aan de orde gekomen. Uitspraken in dat verband zijn vooral gecodeerd onder: achtergrond, crisis of attitude ten aanzien van tbs en duiden op existentiële betekenis voor de respondenten. Ook uitspraken onder de code zelfzorg kunnen raakvlakken hebben

met beveiliging zoals een respondent stelt: 'Je moet je eigen verzorgen toch, anders gaat het niet goed' (O109). Soms kampen respondenten met onveilige gevoelens of situaties zoals bij agressie en mishandeling onderling, lang ingesloten zijn en het gemis van basale zaken zoals warm water. Een respondent (O216) geeft op voorhand blijk van een onveilig gevoel omdat hij na tbs weer oude contacten zal tegenkomen. Een andere respondent heeft ook beveiliging voor of tegen zichzelf nodig. O218 ziet bijvoorbeeld UDS controles als zelfbescherming; hij wil ook aangesproken worden als hij iets vergeet en bescherming genieten als hij door anderen niet serieus genomen wordt. Overigens is de 'handel' met blikjes en telefoonkaarten kennelijk gemeen goed en een mogelijke bron voor onenigheid, maar contrabande in tbs is slechts zijdelings ter sprake gekomen.

De respondenten hanteren in de gesprekken jargon van therapieën en uitten zich regelmatig metaforisch, wat blijkt geeft van een bepaalde toegeëigende praktische wijsheid. De behoefte om het geleerde verder in praktijk te brengen op de afdeling, elders in de kliniek of daarbuiten, lijkt dominant aanwezig. Tegelijk met het gewenste aanleren of inslijpen vraagt de cultuur van tbs en de aspecten van beveiliging een gedwongen aanpassing van de respondenten.



(*Afbeelding 9:* ad hoc netwerk '(over)leven')

De axiale codes die bij dit leerproces en gedrag horen, zijn vanuit het oogpunt van de respondenten wellicht het beste te clusteren tot de selectieve code 'overleven'. Het ad hoc netwerk hiernaast laat zien, hoe de verschillende aspecten zich tot elkaar verhouden, waarbij vooral de praktische wijsheid een belangrijke associatie is.

In tabel 6 hierna volgen citaten die blijk geven van een praktische wijsheid die in de respondenten aanwezig is en verder ontwikkeld of gestuurd wordt met de behandeling in tbs. De axiale code praktische wijsheid heeft co-occurrence met codes als: metafoor, leren en attitude in relatie tot de behandeling. Samen geven deze codes vooral blijk van een (aangeleerde) verstandigheid om bepaalde doelen na te streven of wat daarvoor nodig is; een praktische wijsheid.

Tabel 6: Praktische wijsheid

1:15 Volg de regels, snap je, dat is ook belangrijk, want als de maatschappij, je dalijk in de maatschappij, en als die licht is rood en je zit in de auto en die licht is rood, als iemand als jou die bestuurder rijdt gewoon door rood, je moet kunnen hem aanspreken! Zeggen dat moet je niet doen! (O108 over attitude in relatie tot de behandeling, leren, metafoor, praktische wijsheid en regels volgen)
3:101 Je moet je eigen verzorgen toch, anders gaat het niet goed. Als je je eigen niet verzorgt hier binnen, zeg ik je eerlijk of je pleeg binnen een heel ander delict. Als je alles … stel je voor als ik zou gaan denken wat mij is overkomen en hoe ik hier terecht ben gekomen… dan kunnen grote ongeluk gebeuren. (O109 over attitude in relatie tot de eigen tijd, praktische wijsheid en zelfzorg)

8:38 Vroeger; ja.. waren mij niet zo, maar door gesprekken en met andere collega …ze hebben mij gezegd: nee [naam] … ***alles met je coach…*** *Je moet met je coach. Anders kom je niet verder weet je.* ***Ja precies.*** *Ik was eigenwijs, want ik zeg mijn coach is jong want ik kan ze vader zijn, want ik heb ook een dochter van 25 jaar.* ***Ja ja ja..*** *Snap je wat ik bedoel… ja wat kan ik weet je? En toen later realiseer ik me, die collega heb gelijk. Want nu moet ik met mijn coach aan de slag gaan, anders kom je niet verder. (O110 over achtergrond, attitude in relatie tot eigen tijd, persoonlijkheid en praktische wijsheid)*
9:31 – 9:32 Ik moet als ik in een situatie terecht kom, ik moet elke woord keuze en hoe ik overkom en wat voor woord ik dus ga gebruiken, hoe ik iets breng, moet ik heel zorgvuldig over nadenken. ***Ja ja.*** *En moet ik heel netjes brengen.* ***Ja ja lukt dat? En iets van … dat moet je leren…*** *Bijvoorbeeld, ik kom in een situatie terecht, iemand maak een opmerking een ongepaste opmerking tegen mij... dan moet ik vertellen van he luister, waarom doe je dat.. en ehh. ik moet daar heel netjes op reageren. Stel je voor iemand is heel erg boos op jou..* ***Hmhm*** *.. iemand is heel erg boos op jou, begin in een keer te flippen.. waa waa waa wee … Hoe ga je daarmee om. In het buitenleven heb je dagelijks van zulke problemen, of er komen dronken mensen op je af. Ofzo. Eh.. de uitgaansleven… en daar moet je gewoon heel goed mee om kunnen gaan. (….) Je hebt gewoon heel veel situaties in het leven, ja.. waar je gewoon continue mee moet omgaan. En eh.. vroeger als bijvoorbeeld een met boosheid op me afkwam. Trok ik gelijk mes… sloeg ik een mes open. Zeg wat is nou… wat moet je dan, weet je… ging aanvallend, ging ik mijn mes open trekken…. ging ik op hem af rennen, zeg ik wat moet je dan… stak ik hem gelijk bijna neer. (O116 over achtergrond, attitude in relatie tot de behandeling, - de bejegening, - de eigen tijd, communicatie, leren, persoonlijkheid, praktische wijsheid en oefenen)*
10:49 Ja.. maar ik zit nu 16 jaar binnen man.. met deze 2 jaar erbij… ik was 21 toen ik naar binnen ging. ***Ja.. jonge jonge..*** *[gegrinnik]* ***Ja, dan is de tijd veranderd [naam]*** *Ja, maar ligt ook aan mij.. ik ben een paar keer ontvlucht…* ***Ja.. heb je verteld ja.*** *Ik had al lang van mijn tbs af kennen zijn, als ik buiten was gewoon…* ***Ja ze hopen wel natuurlijk ook dat jij, ja, dat je niet terugvalt en zo.*** *Ja.* ***En hoe ja.. hoe doe je dat he...*** *Ja.. maar verkeerde vrienden.. (O120 persoonlijkheid, praktische wijsheid, toekomstwens en zelfanalyse)*
15:17 Mijn medepatiënten? Dat maakt me niet uit [naam onderzoeker]. Ik ben hier alleen gekomen en ik ga alleen weg. En wat mijn medepatiënten doen dat zal mijn een zorg zijn. (O212 attitude in relatie tot de behandeling, anderen analyse, houding positief, praktische wijsheid en vertrouwen)
16:36 .Ja, doe het of doe het niet . Als je het niet doet help je jezelf alleen maar naar de klote gaan.. ***Ja ja.*** *Doe je het wel krijg je nog een kans om terug te keren in de maatschappij en ik denk dat voor iedereen belangrijk is om naar de maatschappij terug te kunnen keren. En als je dit een goeie huis, plek vind om te kunnen blijven dan, dan is er iets niet goed met jou. (O213 over anderen analyse en meewerken)*
17:29 Ik laat hier door een medepatiënt bijvoorbeeld wekelijks mijn haar knippen en eh ja.. zo help je elkaar. Als ik dan naar de kapper zou moeten dan kost mij dat 15 euro en nu dus, ik knip me haar nu wekelijks dus dat scheelt wel een hoop. (O215 over attitude in relatie tot bejegening en ritme/ritueel/routine)
17:50 ***Gamen.*** *.Ja.. dat doe ik ook dernaast.* ***Ja ja.*** *Op de playstation een beetje GTA-5 spelen, of Hitman Absolution, en andere spellen eh.. ja.* ***Die spellen die maken je toch ook wel druk, of niet?*** *Ik gebruik dat toch om een beetje mijn gedachten te verzetten. Zoals met GTA-5 dan ben je in de vrije wereld.. dan kan je vrij rondrijden zonder dat je bijvoorbeeld meteen in een schietpartij komt ofzo en eh… ja.. dan probeer ik gewoon even aan iets te denken en eh.. dat houdt me wel bezig. (O215 over attitude in relatie tot de eigen tijd)*
18:40 Want ik heb al eerder meegemaakt, was ik 19 jaar oud en ik deed bankdrukken en dinge, en ik werken en dingen, en ik ging over de streep man, ik werd niet goed, ik werd gestrest man! (O217 over doelgericht, leren en meewerken)

19:40 Als een ander bijvoorbeeld tegen mij schreeuwt en ik, bijvoorbeeld ik praat dan rustig.. dan vind hij of zij rust in mij. ***Dat is wel een hele diepe gedachte...*** *Ja, want de ander is boos of de ander is een beetje agressief en dan zorg ik er voor dat hij rustig wordt. Door dat hij met mij gaat praten of dat hij dat hij eh.. door dat hij anders kan gedragen dan anders. (O218 attitude in relatie tot de behandeling, communicatie, houding positief, meewerken, persoonlijkheid en praktische wijsheid)*

Samenvattend wordt de (nieuwe) praktische wijsheid geboren uit nolens volens volgen van regels, ook in het omgaan met elkaar, vertrouwen in de therapie, zelfvertrouwen herwinnen en de wil om (nieuwe) doelen na te streven zoals die enerzijds passend bij de persoon worden meegegeven in tbs en anderzijds door de respondenten als acceptabel worden geïnterpreteerd. Daarmee vormt deze praktische wijsheid een dynamische en besluitende verbinding tussen het overleven in tbs en een gewenste toekomst met de kans om onderweg gedemoraliseerd of gedesoriënteerd te raken of een terugval te kennen naar aloude 'foute' waarden. In dit opzicht raakt de praktische wijsheid vooral de ethische dimensie van zingeving.

In de dynamiek van (veranderende) praktische wijsheid wordt ook het geloofsvertrouwen van respondenten op de proef gesteld, wat raakt aan de spirituele dimensie. Eerdere citaten (zie de tabellen 1 en 5) geven blijk dat het geloof voor sommige respondenten een belangrijk thema is. Zo schetst een respondent dat hij al lang zelfmoord gepleegd zou hebben als hij zijn bezoekers en geloof niet had (O109) en een ander worstelt ermee dat hij zich niet gehoord weet bij God (O213). Zoals eerder genoemd (zie 4.2) is 81% van de respondenten gelovig, waaronder diverse kerkgangers. Het merendeel heeft een individualistische geloofsbeleving, al of niet bijgestaan door bezoekvrijwilligers (O108), een geestelijk verzorger en/of vrienden en kennissen (O109 en O218). In tabel 7 hierna volgen enkele kenmerkende citaten met betrekking tot de verschillende geloofsbeleving van respondenten van respectievelijk twee niet-kerkgangers (Onyx 1) en twee kerkgangers (Onyx 2).

Tabel 7: Geloven

1:111 Ja toch. die plan van God komt goed. Ik ben bezig. God is bezig met mij. Ik ben niet alleen op de wereld dus God heb meer de klanten.. dus eh.. ik ben ook een klant, maar ik moet ook die Man geduld geven he? (O108 over attitude in relatie tot de eigen tijd, geloof en vertrouwen)
3.88 Die dominee, die is met me komen praten een beetje die kom elke 2 weken.. kom die langs. ***Daar heb je een goed gesprek mee…*** *Jawel en dan gaat die me bidden, even iets voorlezen uit de bijbel. En dat geeft me kracht en eh.. snap je.. ik klaag wel, ik zeg wel en eeh dinges, 't lijk dat ik boos ben.. maar ik ben niet boos… maar ik ben alleen teleurgesteld. (O109 attitude in relatie tot de bejegening, - de eigen tijd, begeleiding, geloof en persoonlijkheid)*
16:8 Wat vaak door me heen speelt, is wat ik denk, joh, ik bid met [naam GV-er], [naam GV-er] doet wel gebeden voor mij, het heb natuurlijk veel erger kunnen lopen, want er zijn andere patiënten die naar long stay gaan en long care. ***Ja, ja.*** *Maar ondanks het gebed wat ik hier doe, in het [buitenlandse taal; wijst op bidprent], bij [naam GV-er] en de gebeden die ik doe, lijk ik me soms dat ik me niet helemaal ver… dat ik gehoord voel bij God helemaal. (O213 over geen voortgang en geloof)*
17:23 ***Dat is best eh.. heftig… ben je nog steeds [naam religie] aanhanger ofzo?*** *Nee, dat niet.. maar ik heb wel een soort meditatiegeloof. En eh ja.. ik heb wel een Bijbel.. maar eh… die lees ik niet. (O215 over achtergrond en geloof)*

4.6 Interpretatie

Aan het eind van elk gesprek is gevraagd een 'eindscore' te geven (zie 4.1) over de besproken issues, waarin zich opnieuw een zekere praktische wijsheid van de respondenten openbaart. Hun interpretatie van het belang van een gespreksthema is aan te merken als een waardenbepalende emotie bij zingeving in tbs. De respondenten worden immers na hun beschouwing gevraagd met betrekking tot hun attituden een besluit te nemen gebaseerd op voor hen bepalende waarden en doelen die men na wil streven.

Enkele respondenten - met een erg laag IQ? – hebben veel moeite met besluiten, terwijl anderen meteen 'hun' drie pictogrammen apart leggen. Bij dit kwalificeren wordt zoal opgemerkt: 'jullie hebben er wel goed over nagedacht hé? ' (O116) of: 'o, dan doe ik het zo, zo, zo.' (O211) of terugblikkend: 'heel moeilijk' (O218). Over het algemeen is men goed in staat een keuze te maken, soms met wat smokkelwerk door twee pictogrammen op een bepaalde plek te zien. Alle eindscores zijn vervat in tabel 8 die hierna is weergegeven, met in de linker kolom de respondenten per afdeling en in de rijen daarachter de scores 1, 2, of 3 bij de gespreksthema's behandeling, contact en eigen tijd. Ook is te zien dat respondenten op een bepaalde positie 'dubbel' scoren en zo een gedeelde 1e, 2e of 3e plaats toekennen aan iets of iemand.

Tabel 8: 'Dit vind jij belangrijk in tbs:'

Onyx 1		behandeling				contact				eigen tijd		
		1	2	3		1	2	3		1	2	3
Respondenten												
O108		therapie	werken	verlof		bezoek	therapeut	psychiater		religie	huishouden	zelfzorg
												stilte
O109		therapie	verlof	werken		bezoek	coach	gv-er		religie	zelfzorg	huishouden
								hbb				
O110		koken	sport	therapie		coach	bezoek	psychiater		religie	patio	stilte
				verlof				therapeut				DVD
O116		verlof	koken	therapie		staf	medepatient	therapeut		huishouden	zelfzorg	kletsen
						coach		medicus				
O120		therapie	werken	verlof		bezoek	coach	therapeut		hobby	zelfzorg	kletsen

Onyx 2		behandeling				contact				eigen tijd		
		1	2	3		1	2	3		1	2	3
Respondenten												
O211		sport	werken	therapie		coach	bezoek	medepatiënt		zelfzorg	kletsen	patio
O212		verlof	therapie	werken		coach	bezoek	therapeut		kletsen	zelfzorg	huishouden
												patio
O213		verlof	therapie	onderwijs		coach	staf	psychiater		hobby	zelfzorg	kletsen
								hbb				
O215		verlof	werken	koken		zelf	bezoek	staf		religie	huishouden	zelfzorg
						medepatiënt						
O217		verlof	werken	sport		bezoek	psychiater	coach		religie	zelfzorg	huishouden
							therapeut					
O218		verlof	therapie	controles		therapeut	bezoek	gv-er		zelfzorg	hobby	religie
				sport				coach		DVD	stilte	kletsen

Een globale analyse van deze scores leert dat:

- de top drie 'behandeling' wordt bepaald door: verlof, therapie en werken. Deze drie worden genoemd als meest betekenisvol in tbs, waarbij de respondenten van de (sub)afdeling Onyx 1 vooral prioriteit geven aan therapie en die van Onyx 2 vooral gericht zijn op verlof. Deze verschillen worden mogelijk verklaard door de onderscheiden behandelmilieus per (sub)afdeling ergo de persoonlijke problematieken van respondenten, die maakt dat men op verschillende wijze een onderling verband ziet. Respondent O108 kwalificeert zijn scores als

volgt: “Je moet hard werken aan je therapie, en als de therapie vindt dat je ben goed al, dat je kan gaan werken, dan kan je werken en daarna kan je met verlof.” (citaat 1:18);

- de top drie ‘contacten’ wordt gevormd door: bezoek, coach en therapeut die respectievelijk 9, 7 en 5 keer zijn genoemd als het meest belangrijke contact voor deze respondenten;
- de top drie ‘eigen tijd’ wordt bepaald door zelfzorg, huishouden en religie die respectievelijk 10, 6 en 6 keer voorkomen. Daarbij blijkt ‘religie’ het vaakst op de nr. 1 positie, ‘zelfzorg’ op nr. 2 en huishouden het meest op nr. 3. Alsdan vindt van deze respondenten; 43% zelfzorg het meest belangrijk (n=20), 35% religie (n=16) en 22% hun huishouden (n=10).

Nota bene; bij deze indicatieve analyse zijn enkel de eerste keuzes betrokken en het is statistisch niet gepast om verdere kwantitatieve uitspraken over deze data te doen. Bij de gesprekken is niet doorgezet om persé één keuze te maken voor gelijke weging en er is slechts een klein aantal mensen van de doelgroep lvb-patiënten bevraagd. Voor een significante uitkomst van een kwantitatieve analyse over de lvb-afdelingen Onyx 1 en Onyx 2 is voor een steekproef minstens het dubbele aantal respondenten benodigd.

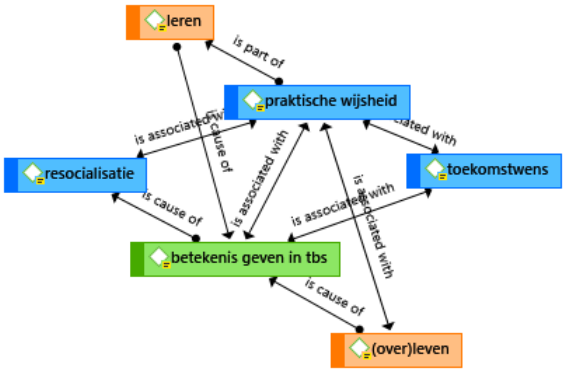
In de gesprekken zijn de respondenten steeds gevraagd hun keuzes nog te motiveren; dit om beïnvloeding door favoriete kleur of vormgeving van de pictogrammen na te gaan en te anticiperen op dislogica of moeiten zoals analfabetisme en dyslexie. Respondenten ‘ontdekten’ daarbij al snel dat een plaatje ‘hoofd behandelaar’ nog miste. Voor deze doelpopulatie en deze opzet is het aantal pictogrammen wel het maximaal haalbare gebleken. In de praktijk blijken sommigen – inherent aan hun beperkingen; zie 2.2 en 2.3 - het heel moeilijk te vinden om uit een serie van zeven tot negen plaatjes er slechts drie te kiezen (zie tabel 8). Slechts één van de 24 pictogrammen is helemaal niet genoemd of gekozen; ook niet in een combinatie: de begeleider WLS/DAC. De begeleiders WLS/DAC zijn overigens evenzeer professionals in begeleiding als therapeuten en stafleden. Zij faciliteren diverse therapie- of werkblokken en houden toezicht op het DAC als dé ontmoetingsplaats voor alle personeel en patiënten van FPC De Kijvelanden (zie 4.3.3). Alle andere elementen op de pictogrammen hebben ergens een prominente plek in de levensordening van deze respondenten.

Bij deze exercitie is kenmerkend om te zien wat in het leven voor deze respondenten wel en niet echt belangrijk is. Ondanks de verschillende behandelmilieus, verschillen in redeneringen en soms stevige kritiek is men doelgericht bezig. Hun leven gaat ergens naar toe; ze geven betekenis aan hun tbs en dat kwalificeren ze samenvattend met een praktische wijsheid waarbij men wil leren nieuwe betekenis te geven aan hun leven door ofwel praktijkgericht een beter leven op te bouwen (Onyx 1) ofwel zichzelf vooral beter te begrijpen (Onyx 2).

4.7 Toekomstperspectieven

Aan het eind van de serie gesprekken is afsluitend op spontane wijze aan alle respondenten gevraagd waar men in tbs bepaalde verbeterpunten zou willen doorvoeren, in het onwaarschijnlijke geval dat men ‘de baas’ zou zijn. Tevens is hun gevraagd welke toekomst men voor zichzelf ziet op een termijn van ongeveer 10 jaar.

In haar missie zegt Fivoor er te zijn om voor de patiënten het perspectief op een betekenisvol bestaan te kunnen verbeteren (zie 2.5.3). De respondenten zeggen ook zinvolle zaken voor verbetering te zien en hoeven daar meestal niet lang over na te denken. Hun uitspraken zijn hierna verzameld in een tabel ‘verbeterdingen’.



(*Afbeelding 10*: ad hoc netwerk 'toekomstwens')

Zoals we eerder zagen (4.5) is praktische wijsheid voor de respondenten een proces van ontdekken, leren, interpreteren en keuzes maken om te overleven en bepaalde doelen zoals resocialisatie en een bepaalde toekomst na te streven.

Het ad hoc netwerk 'toekomstwens' hiernaast laat zien hoe de axiale codes met elkaar verweven zijn. De selectieve code 'leren' heeft een co-occurrence met de axiale code 'verbeterdingen' ; zie daarvoor afbeelding 8.

In tabel 9 hierna zijn de punten voor verbetering weergegeven zoals die door respondenten zijn genoemd, gegroepeerd per (sub)afdeling met verwijzing naar de quote nummers in Atlas.ti. Aansluitend volgen in tabel 10 de voorbeeldcitaten waarin de respondenten blijk geven van een toekomstperspectief op de korte of lange termijn.

Tabel 9: Verbeterdingen

Van de respondenten van Onyx 1:

➢ O108 zou rust willen: 'hier is altijd iemand aan het kwekken, altijd iemand radio… altijd iemand roep te schreeuwen' (1:90) en hij vindt dat er geen strikte lijn is bij de staf: 'Die is allemaal rij niet op dezelfde rails.. dat is die probleem nou dat we hebben …. te kort aan personeel aan dinges enzo.. want altijd is bonje in de kantoor.. maar wij komen nooit achter.. weet je.. altijd zeggen ze, die is ziek, die is ziek. Is geen zieke no, is gewoon irritatie. Naar mekaar. En eentje denk; weet je wat, ik ga me ziek melden. (….) Gewoon praten met mekaar! Losse problemen op!' (1:96 en 1:97),
➢ O109 zou willen dat ze hem met zijn gezin samen begeleiden (3:19), dat hij ook eten op kan warmen als hij bezoek heeft (3:67), dat men bij het 'oefenen' buiten ook fouten moet kunnen maken (3:81) en dat men de screening en het delict zou moeten vergeten en alleen naar de toekomst kijken: 'Weet je hoeveel jaren we verder zijn?' (3.93),
➢ O110 zou vrijheid willen, beweging en begeleid verlof om familie te bezoeken en het graf van zijn overleden vader; het verlof wat hij conform het behandelplan al zou moeten hebben. (8:59 en 8:62),
➢ O116 zou meer bezoek willen krijgen; 'ze wonen allemaal te ver weg' (9:43) en 'als uitlaatklep' willen bankdrukken met zwaardere gewichten (9:76),
➢ O120 zou ander beleid willen; 'bij een terugval acht weken time out geven in plaats van weer 2 jaar opsluiten' (10:7), een betere omschakeling naar buiten bij resocialisatie; bijvoorbeeld elke week toch een (reclassering) gesprek ondanks: 'hoeft niet' in combinatie met een dag minder werken (10:18 -10: 19, 10:47), 'Dat ze je sneller naar buiten laten gaan. Het duurt te langdurig (….) voor één delict zit je gelijk twee jaar. (….) kom op man, waar ben je mee bezig. Als ik buiten loop, een overval pleeg, dan zit ik ook twee jaar binnen.' (10:42) en dat ze in tbs sneller starten met modules (10:44).

Van de respondenten van Onyx 2:

➢ O211 zegt: Ik vind het eigenlijk precies goed gaan zoals het moet. (14:37),
➢ O212 zegt: Het mag wel wat sneller gaan. (….) Nou, dat de patiënten meerdere keren per week op verlof gaan. Dat ze de deurtje open zetten voor een vervolgplek, dat je kan resocialiseren. (15:37),
➢ O213 zegt oprechte complimenten te missen van 'Die persoon laat je ook zien, van hé, als je me nodig hebt; neem contact met me op.' (16:17) en zegt: Nog sneller eruit. Binnen twee jaar moet je op vrije voeten kunnen lopen. (16:47),

➢ O215 zegt meer op zijn gemak door het winkelcentrum te willen lopen (17:17), internet op de Playstation te willen hebben (17:18), dat ze tbs moeten maximeren op vier jaar (17:54) en een iDEAL code aan patiënten te geven zodat ze zelf kunnen bestellen op internet (17:55) wat ook een werkbesparing voor maatschappelijk werk zou zijn (17:56),
➢ O217 zegt niet te weten wat ze doen (18:20) en zegt: ik zou mensen die drugs gebruiken deuren dicht, kamer op slot doen man. (18:44); drugsgebruik is wel lekker, alleen het moet een keer afgelopen zijn (18:46),
➢ O218 zegt: Dat je sowieso in het weekend dat je wel door de kliniek mag en dat je ook activiteiten hebt op het DAC.(19:54) In de weekenden bijvoorbeeld badmintontoernooitjes, voetbaltoernooitjes (19:55).

Tabel 10: Toekomstwensen

1:113 ***Waar zie ik [naam] over 10 jaar?*** *Ja je ziet [naam] [geboorteland].* ***[geboorteland]?*** *[geboorteland]…in [plaats]. Ja, bij de [plaats 2x].* ***Met je familie..*** *Met mijn familie daar zitten onder [naam boom]... ja rustig.. huisje… of naast of op een boot vissen… rustig en mijn eigen vissen gaan vissen, dat is ook belangrijk, ja toch. (O108 over toekomstwens)*
3:106 Jaaa, als alles goed gaat en dat ik de kracht van God mag krijgen dat ik heel lang mag leven en dat tbs achter de rug is, dan wil ik wel naar [naam land]. Weet je.. Want nu, ik heb nog drie percelen in [naam land].. ik moet nog bouwen.. bepaalt mijn vrouw vraag me ook wanneer gaan we beginnen te bouwen.. weet je .. wat ik geërfd heb van mijn moeder snap je… mijn broer is al bezig. Met verbouwen, mijn zus.. weet je iedereen, maar ik heb drie stuk van me eigen. Weet je.. dus eh.. op een gegeven moment wil ik naar [naam land] ja.. ***Ok, dus dat is wel waar je naar toe kan werken.*** *Ja.. Nederland is een land wat ik graag zou willen blijven, maar met mij en achtergrond en met die tbs is het nu verstandig liever ga ik terug naar je land. (O109 over toekomstwens, achtergrond, cultuur verschillen en praktische wijsheid)*
8:60 Over 10 jaar zie ik al buiten richting [naam land] weet je. ***Ja? Ja ga je dan naar [naam land]?*** *Ja man.* ***Waarom?*** *Ik moet daar, daar kom ik van weet je…* ***En dan ga je…, wil je weer terug? En wat zie ik dan nog meer? Want ik zie [naam] op [naam land] en wat nog meer?*** *Ja. Ik kom niet meer terug.* ***Nee. En wat doe je daar?*** *Weet niet. Nog niet. (O110 over toekomstwens)*
9:79 Het hoef voor mij allemaal niet heel veel wat ik heb gehad.. ik heb heel veel gehad in mijn leven, maar het is nu gewoon een tijd aangebroken wat ik voor de kleine dingetjes al eh.. al blij van wordt. En eh. Dat is voor mij gewoon een stabiele woning. Mooi ingericht, mooie woning ingericht, waar ik me thuis voel, waar ik thuis kom van mijn vrijwilligers werk overdag.. misschien eh.. van ehh 's ochtends vroeg tot 's middags doe werken en daarna ga ik misschien naar de winkel toe, doe ik thuis nog wat poetsen, ga ik thuis lekker koken voor mezelf, dan zet ik nog een bordje warm eten op tafel en eh.. ik ga misschien een uurtje gamen ofzo.. of een filmpje erbij voor de avond. (O116 over toekomstwens, acceptatie/begrip, ritme/ritueel/routine en zelfzorg)
10:49 Ja.. huisje boompje beestje. ***Ja?*** *[hoesten] Dat ik buiten ben.. dat ik van de tbs af ben. (O120 over toekomstwens, persoonlijkheid, praktische wijsheid en zelfanalyse)*
14:38 ***Waar zie je je zelf over 10 jaar?*** *Eh.. op mezelf wonend? (0211 over toekomstwens en resocialisatie)*
15:40 Over 10 jaar?! O. dat is wel een hele lange voorspelling… ***5 jaar...*** *Dat duurt wel erg lang [naam onderzoeker].. 10 jaar. Dan hoop ik een gezinnetje te hebben gesticht. (O212 over toekomstwens en persoonlijkheid)*

16:44 – 16:48 Als ik nou vrij zou komen dan zou ik echt van de vrijheid gaan genieten. ***Ja.. met wat? Waar zie je naar uit?*** *Kerk bezoeken en dat soort dingen. Leuke vriendin, huisje boompje beestje.(…..) Ik hoop dat ik miljonair wordt.* ***Ja?*** *En als ik je tegenkom, dan ben je ook rijk.* ***Hahaha.. ja.*** *Dat meen ik echt bloedserieus. (O213 over toekomstwens en resocialisatie)*
17:59 Eh.. ik hoop buiten de tbs eh met voorwaardelijk ontslag en eh ja.. toch een eigen flatje van uit de reclassering ofzo. ***Ok.*** *Ja.. uit de reclassering.. en ik hoop ook zo gewoon zonder .. voorwaardelijk ontslag gewoon dat ik naar gewoon onvoorwaardelijk ontslag heb. En eh.. ja dat ik weer op mezelf sta. Dat hoop ik wel, maar ik, ik.. weet .. ja.. eerlijk gezegd… ik denk wel eens dat ik, dan zit ik gewoon nog binnen.. zo lang duurt tbs. (O215 over toekomstwens en geen voortgang)*
18:47 Over 10 jaar.. ik hoop dat ik nog leef……. en eh dat ik alles heb bereikt met werken, met kinderen maken, met vrouwtje, autorijbewijs.. en gewoon op vakantie ken gaan en alles. Ik hoop dat het echt over 10 jaar zo eruit ziet. (O217 over toekomstwens)
19:56 Over 5 jaar of 10 jaar hoop ik dat ik allebei bij begeleid wonen zit of een appartementje heb. (O218 over toekomstwens, attitude in relatie tot behandeling en resocialisatie)

Samenvattend heeft het veldwerk veel data opgeleverd uit open en redelijk vertrouwelijke gesprekken, die door de respondenten niet alleen vanwege de beloning gewaardeerd zijn. De meesten spreken bij de afronding hun waardering uit voor het onderzoek en de bejegening daarbij. De respondenten hebben ondanks alle beperkingen gemotiveerd meegewerkt en willen met hun 'verhalen' meedenken aan een verdere ontwikkeling van tbs. Ze blijken goed te kunnen kwalificeren, de doelstelling van de behandeling te accepteren, te vertrouwen op de behandelaars, te willen overleven en een bepaald eigen perspectief te hebben. Sommige respondenten, vooral van Onyx 2, willen bewust niet verder vooruit denken dan hun resocialisatie, terwijl anderen, vooral van Onyx 1, gerust perspectief durven nemen op een eigen 'huisje-boompje-beestje'.

Onderling de respondenten zijn verschillen inherent aan de (sub)afdelingen te ontdekken die meerdere oorzaken kunnen hebben, zoals verschillen in ziektebeeld, persoonlijkheid of manier van denken. Het is te verwachten dat men op sociaal-therapeutische afdeling Onyx 1 meer moeite heeft met de medepatiënten. Respondenten van Onyx 2 zijn erg zelf analytisch en willen wel samenwerken met medepatiënten. Op Onyx 1 is de sfeer minder sociaal; men wil graag oefenen in de praktijk en dan geen last hebben van 'gestoorde' medepatiënten. Toch beseft men daar met elkaar in hetzelfde schuitje te zitten en zegt men ook goede gesprekken te kunnen hebben met elkaar. Wellicht is ook de fase van behandeling per individu steeds een factor van belang.

Bij het coderen is een constante vergelijking toegepast, maar tot bij de laatste respondent is er geen saturatie en zijn er nieuwe codes toegevoegd. Ook treden er gaandeweg interpretatieve verschillen op; bijvoorbeeld het ervaren van geen voortgang betrekt de ene respondent op dat het weekend zo lang duurt of op het volgende behandelgesprek, terwijl een ander doelt op het aantal jaren in tbs. Alle behandeling is en blijft maatwerk. De respondenten zijn in het algemeen erg doelgericht en de meesten lijken goed mee te werken aan hun verandering. Een enkeling noemt nog waarden die verwant lijken aan hun achtergrond of indexdelict, zoals rijkdom of (gecontroleerd) drugsgebruik. Anderen ervaren een spanning ten opzichte van resocialisatie, bijvoorbeeld vanwege een netwerk uit het verleden waar men niet goed raad mee weet of bepaalde negatieve ervaringen met de stichting Reclassering Nederland.

Een gemene deler is de praktische wijsheid en het besef dat het ergens heen moet met een bepaalde vooruitstrevendheid en een werken aan verandering; hetzij in relatie tot de ander (vooral Onyx 1) hetzij vooral gericht op zichzelf (bij Onyx 2). In dit proces is de therapie met de therapeut onmisbaar, net als de coach in diens 'moederrol' en het bezoek als ware het supporters van buiten.

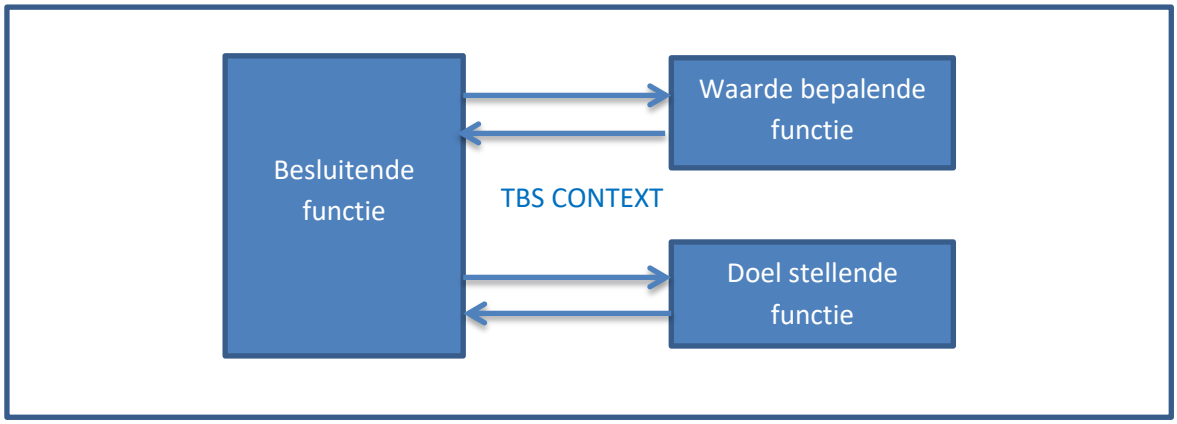
Het veldwerk is in goede samenwerking en communicatie met het personeel van Fivoor verlopen en afgerond, ondanks een vrij hectische periode van naderende feestdagen, personeelstekorten en zorgen over de financiering. Een grote waardering voor deze professionele zorgverleners in hun bijzondere context is zeker op zijn plaats.

5. Evaluatie

Het afsluitende hoofdstuk van dit scriptieonderzoek bevat eerst een samenvatting van de analyse met verwijzingen naar het voorgaande waarbij aanvullende literatuur wordt betrokken (5.1). Daarna volgt een terugblik op de onderzoeksvragen om die te beantwoorden (5.2) en vervolgens worden de bevindingen van het onderzoek in discussie gegeven (5.3). Tenslotte volgt een paragraaf met de grenzen waar het onderzoek mee te maken heeft en voortuitzichten voor de nabije toekomst (5.4).

5.1 Samenvatting van de analyse

Uit de waarnemingen in het veld blijkt dat de tbs-gestelden die betrokken zijn bij het onderzoek, zich ondanks alle ups en downs weten aan te passen in tbs en een bepaalde houding te ontwikkelen. Met een schuin oog naar de terminologie van het zogenoemde 'intentional stance model', uitgewerkt door Schilderman in zijn jongste boek 'Meaning in action', kenmerkt deze houding zich door een waarnemende, een besluitende en een doel stellende functie in de geest van de respondenten. Volgens Schilderman stelt de geest zich een waarde ten doel en neemt een besluit (Schilderman, 2020). De tbs-gestelde is met zijn geest continue in interactie met de cultuur en de omgeving van de tbs context en het betekenis geven van de geest is als zodanig te bezien als een open systeem (zie afbeelding 11).



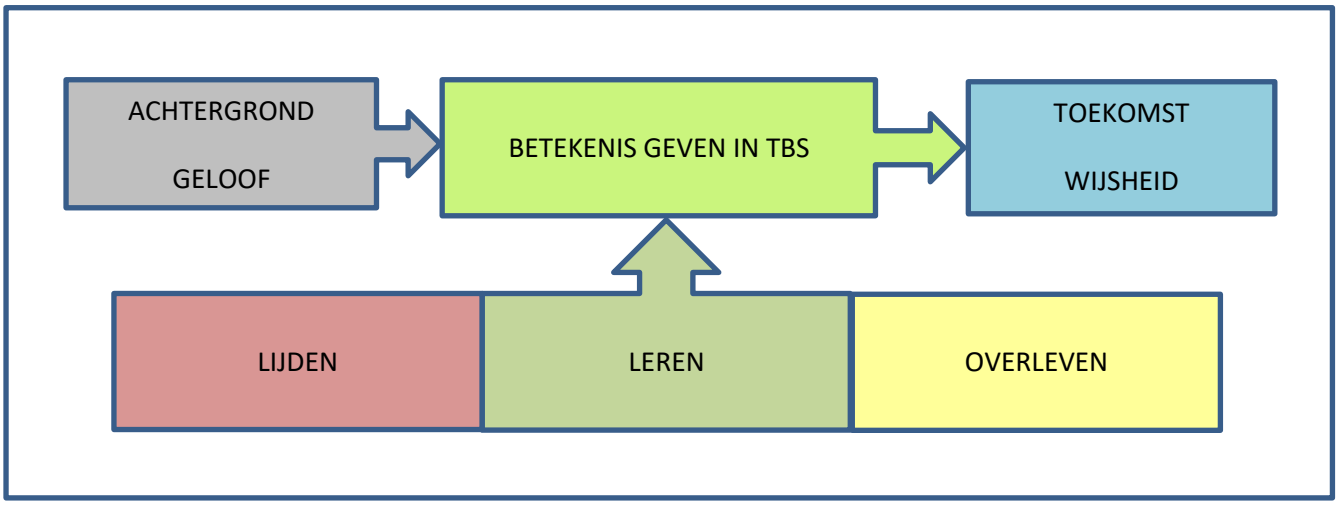
(*Afbeelding 11:* open systeem 'werken aan zingeving in tbs')

Het besluitende werk van de geest wordt beïnvloed door de achtergronden van de lvb-patiënt en diens persoonlijkheid, waar ook de vier dimensies van zingeving op inwerken (zie 1.5). Het stelt de respondent in staat tot een kwalificeren of calculeren van hetgeen in de tbs-context op hem afkomt en het daarin kiezen van een bepaalde houding. Het waarnemende werk wordt hierbij gevoed door

beschouwing van de behandeling, de bejegening en de (eigen) tijd van bezinning in de tbs context, waar men bepaalde (nieuwe) waarden aan wil ontlenen. Het doelgerichte of doelstellende werk stuurt aan op een inslijpen, oefenen en leren (over)leven door praktische wijsheid in de context van tbs. Binnen de voortdurende interactie met de tbs context, is zingeving dan de verbindende factor in het beschouwende of waarde(n)bepalende werk van de geest, het praktisch doelgerichte of doel stellende werk en het besluitende werk dat tot keuzes komt. In dit ordeningsproces zijn de waarden ook verbonden met individuele achtergrond, persoon en dimensies (4.2) en de doelen met individuele toekomstperspectieven (4.7).

De betekenis die men kan en wil geven aan hetgeen men in tbs ondervindt, uit zich in attituden die men aanneemt ten opzichte van de behandeling, de bejegening en de eigen tijd. Het onderzoek laat zien dat de attitude ten aanzien van tbs in het algemeen, erg kritisch is (4.3). Men wordt geconfronteerd met een zware en moeilijke tijd die een grote inbreuk betekent op de existentiële en ook ethische dimensie van de zingeving in hun leven. Het desondanks hiermee kunnen omgaan, wijst op een bepaald vermogen tot 'lijden' bij de respondenten. Het onderzoek laat ook zien dat de attituden jegens de behandeling, de contacten in tbs en de eigen tijd respectievelijk een 'leren' en een 'overleven' is (4.4). Dat men nolens volens weet te 'leren' en een verandering van zichzelf in te zetten, is daarmee een andere kracht of kerncompetentie van de geest van deze lvb-respondenten. In de tbs is men gedwongen om zich – geholpen door personeel, medepatiënten en buitenstaanders - een (oefen)omgeving te creëren, waarin de respondenten ook leren te 'overleven'.

In de paragrafen 4.2 tot en met 4.7 is steeds een ad hoc netwerk van axiale en selectieve codes afgebeeld. In bijlage 5 zijn al deze netwerken met aanverwante codes weergegeven in een semantisch netwerk 'zin in tbs'. Hieronder volgt een vereenvoudigde schematische weergave van het daarin bovenliggende horizontale vlak, wat aansluit op de descriptie tot nu toe.



(*Afbeelding 12:* schematische weergave 'zin in

Het zo in kaart brengen van hoe deze respondenten betekenis geven aan hun positie in tbs geeft een goed beeld van hun zingeving in tbs. Anders dan de vooronderstelling dat zingeving zonder perspectief op een (voorwaardelijke) invrijheidsstelling eigenlijk niet mogelijk is, is de zingeving van deze respondenten positief. Hoewel de situatie elders, bijvoorbeeld op een longstay-afdeling, anders kan zijn, blijkt in dit onderzoek dat de respondenten (mee)werken aan een nieuw perspectief op een

betekenisvol bestaan. Dat is ook waar de Fivoor organisatie voor staat, met hopelijk voldoende oog voor het existentiële lijden wat er desondanks is. Dat overleven in tbs niet gemakkelijk is en gepaard gaat met vallen en opstaan is in dit onderzoek gebleken. Een andere belangrijke capaciteit van de respondenten is een praktische wijsheid die zich enerzijds aanpast aan de context van tbs en anderzijds gevoed wordt door de ervaringen in tbs. Sommige respondenten zouden graag meer ervaringen 'buiten opdoen' of meer voortgang willen beleven. Een persoonlijk netwerk of bezoek van buiten is een belangrijke schakel om het ondanks alles vol te houden en afhankelijk van de (sub)afdeling spelen ook medepatiënten een bepaalde rol in het tbs-leven. Op de sociaal-therapeutische afdeling is dat soms tot ergernis – maar dan ook tot lering – en op de supportieve afdeling soms juist als instrument om het 'leuk' vol te houden. Een bijzonder aspect is het geloven in tbs. Religie of spiritualiteit scoort bij deze respondenten hoog en helpt kennelijk in belangrijke mate bij het (over)leven. Veel respondenten zijn hierin individualistisch en hebben een bricolagegeloof; het bijwonen van de kerk- of gebedsdiensten in tbs is relatief beperkt. Tegelijk is er wel regelmatig een bepaalde spirituele begeleiding, variërend van een betrokken staflid, bezoek van buiten of uiteraard van een geestelijk verzorger.

Een van de professionele uitgangspunten van geestelijke zorg is dat het zich richt op de menselijke geest als motiverende instantie in een levensplan en basis van een morele en spirituele identiteit zoals die emotioneel wordt uitgedaagd door onvoorziene gebeurtenissen (focaal karakter). Schilderman werkt het zingevingsperspectief wat bij dit onderzoek herkenbaar is gebleken uit aan de hand van het 'intentioneel houdingsmodel' van interpretatie. De opzettelijke houding van een personage richt zich hierbij op een gewenste actie, op basis van verlangens en overtuigingen. De persoon is dan betrokken bij een reeks gebeurtenissen in de tijd, waarin hij bepaalde behoeften heeft, die hij wil uitvoeren door intenties te ontwikkelen om na te streven in actieplannen. Elke actie heeft een 'push-kant' die aanstuurt en motieven biedt en een 'pull-kant' die zich oriënteert om daadwerkelijk deel te nemen aan een actie. Bij dit onderzoek blijkt dit in de waarnemende rol van de respondent op zijn situatie in tbs die hij weet te monitoren, te interpreteren en besluitend in zijn leven te gaan ordenen. De betrokken lvb-patiënten blijken in dit opzicht dus niet anders te werken dan ieder ander; ook zij worden gedreven door wensen en behoeften enerzijds en bepaalde doelen anderzijds.

De respondent beweegt zich tussen achtergrond en toekomst met een legitimerend perspectief; de waarde of het belang wat hij geeft aan de behandeling, begeleiding en beveiliging. In het semantisch netwerk (bijlage 5) en het schema (afbeelding 11) is dit gepresenteerd onder 'leren', wat een veranderende waarde is om acties of intenties te verantwoorden. Een actie wordt georiënteerd op (behandel)doelen en/of toekomstwensen die nog moeten worden gerealiseerd en een betekenis gevend besluit bepaalt dan de intentie van de persoon. De netwerken van 'lijden' en 'overleven' kunnen door bijvoorbeeld langdurigheid, personele ontwikkelingen of strenge regels een negatief of neutraliserend effect hebben op de attituden van de respondenten. Wanneer de netwerken 'leren' en 'overleven' een overwegend positief effect hebben op de persoon, zal de veranderende lvb-patiënt ook investeren in de praktijk en de doelen die gerealiseerd moeten worden. Naast een legitimerend perspectief met sturende waarden en de interpretatie met een besluitende intentie is er nog een praktisch perspectief, gericht op de betekenis gevende capaciteit die nodig is om intenties daadwerkelijk uit te voeren. Deze vaardigheid is gericht op het inschatten van de verwachte doelen (Schilderman, 2020).

Hiervoor is geschetst hoe de geest van respondenten werkt aan zin in tbs, niet hoe het behoort. De geest interacteert in de tbs omgeving met een waarnemende, besluitende en een doelstellende entiteit, in lijn met het intentionele houdingsmodel. Het semantisch netwerk (bijlage 5) laat ook zien waar investeringen mogelijk zijn voor een hogere mate van zingeving. De morele reikwijdte (van waarden) kan immers ernstig vervaagd zijn, zodat bepaalde verlangens (vooralsnog) onbereikbaar zijn. Zo'n inbreuk is te definiëren als demoralisatie en doet zich bijvoorbeeld voor bij iemand die denkt goed te doen, alle therapieën al verschillende malen heeft gevolgd en toch zijn doelen niet lijkt te bereiken (O109). Kennelijk behoedt dan vooral de spirituele dimensie van zingeving voor een suïcide. De opzettelijke reikwijdte (van doelen stellen) kan ook te breed of te onrealistisch zijn, zodat een duidelijk perspectief op wat er kan worden gedaan of hoe doelstellingen het beste bereikbaar zijn, wordt verloren. Deze inbreuk is te definiëren als desoriëntatie en doet zich voor bij iemand die bijvoorbeeld keihard aan zichzelf denkt te werken en toch naar een longstay lijkt te moeten (O217). Kennelijk kan dan vooral de spirituele dimensie houvast bieden en zoekt diegene troost of hoop bij het netwerk van intieme familierelaties. Wanneer men dimensioneel gemotiveerd blijft om te leren en positieve intenties voor de praktijk te ontwikkelen, weet men ook betekenis te geven aan tbs. Aan het eind van de volgende paragraaf worden de bij zingeving betrokken dimensies verder belicht.

5.2 Beantwoording van de onderzoeksvragen

In de voorgaande hoofdstukken en paragrafen zijn de onderzoeksvragen impliciet doorlopen en in deze paragraaf wordt beknopt een antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag. Aan het eind van deze paragraaf volgt een schematische samenvatting met kenmerken van zingeving, waarbij de vier dimensies van zingeving zijn afgezet tegen de drie zorgbelangen van de tbs-instelling.

Deelvraag 1

Op welke terreinen ervaren lvb-patiënten in tbs zin of zinloosheid?

Tbs is een extreme ontwikkeling in een mensenleven, met factoren die de levensordening zwaar onder druk zetten (zie 2.4.2). In hoeverre sprake is van zingeving of van een overlevingsstrategie is soms moeilijk in te schatten; ook bij de tbs-instelling ligt daarin een verantwoordelijkheid. Minder maatwerk kan leiden tot frustratie en ongemotiveerde patiënten, met alle gevolgen van dien voor de behandeling en behandelduur. De respondenten geven in eerste instantie veel kritiek op de tbs-situatie en de maatregel. Tegelijk word er veel betekenis gehecht aan het maatwerk voor het verdere van hun leven en de verandering die daarbij nodig is. De respondenten zijn meewerkend en willen graag zo snel en normaal als mogelijk deel uitmaken van de samenleving, zonder in herhaling te vallen of een maatschappelijk risico te vormen. Ze willen de zware tijd van tbs goed doorkomen door goed voor zichzelf te blijven zorgen en aandacht geven aan hun eigen situatie. De respondenten spreken zich positief uit over de leermomenten die ze ervaren en praktische wijsheid die ze opdoen en willen benutten om (nieuwe) betekenis aan hun leven te geven. Bijna elke respondent stoort zich aan de lange duur van tbs of lang ingesloten zijn; men denkt dat de uitvoering van de tbs-maatregel sneller kan en dat er meer 'echte oefenruimte' buiten de kliniek nodig is.

Deelvraag 2

In hoeverre heeft dat betrekking op punten van bezinning, behandeling en bejegening?

De bezinning van de respondenten heeft niet zozeer betrekking op het indexdelict of wroeging vanwege het verleden, maar juist op het individu; het fysiek en mentaal goed zorgen voor zichzelf en het vinden van een bepaalde rust in de eigen tijd. In die tijd ontvangt men ook bezoek van buiten wat

staat voor wederzijds vertrouwen, motiveren en ondersteunen. Het behandelaanbod is uiteenlopend en op maat (zie 2.3.1 en 2.3.2). Voor de respondenten is het belangrijk dat dit zich goed verhoudt tot henzelf en hun situatie en men ervaart ook dat dat zo is; de respondenten leren in het algemeen veel. Daarmee zien de respondenten – een enkeling uitgezonderd – het belang in van tbs voor hun bestaan. De bejegening wordt ook als erg leerzaam beschouwd; ze leren hoe langer hoe beter zichzelf kennen en in het dagelijks leven om te gaan met zichzelf en met de ander. De tbs context biedt hen daarvoor ook een zekere oefenomgeving, waarin men het geleerde in praktijk kan brengen en waarin ze moeten kunnen vertrouwen op hun coach en de therapeut; de belangrijkste personen voor hen. Ondanks de nodige verbeterpunten, weet men zich goed begeleid. Er is zeker ook kritiek zoals van iemand die alles al gehad heeft, iemand die de gang van zaken niet goed begrijpt of iemand die een onervaren therapeut of coach heeft getroffen. Desondanks kwalificeert men de therapie met in het kielzog de therapeut en coach als de meest belangrijke factoren in tbs.

Deelvraag 3

In hoeverre variëren die ervaringen onderling gelet op de afdelingen Onyx 1 en Onyx 2?

De (sub)afdelingen Onyx kennen onderscheiden zorglijnen en zorg op maat, waarbij een patiënt zelf de regie houdt op zijn eigen herstelproces (zie 2.3.2). In het onderzoek zijn geen patiëntendossiers ingezien. Bij dezelfde interviewstructuur komen in de gesprekken soms andere thema's op tafel met een andere redenering, terwijl de uiteindelijke kwalificaties redelijk vergelijkbaar zijn (zie 4.6). Er zijn ook verschillen te ontdekken in de omgang met medepatiënten (zie ook 4.7). De respondenten van Onyx 1 sprekenmakkelijker 'oefenen' liever in omgang met anderen dan met hun 'gestoorde' medepatiënten. Tegelijk kan men onderling een goed gesprek hebben, wat dan een vrucht kan zijn van het sociaal-therapeutisch milieu van Onyx 1, waarbij het 'rol-leren' en de (sociale) omgang met medepatiënten centraal staat (zie 4.3). De respondenten van Onyx 2 daarentegen hebben een kortere spanningsboog en 'oefenen' vooral op zichzelf, waarbij ze vaak hechten aan goede sociale contacten onderling op de afdeling. Tegelijk kan men gedrag van sommigen niet uitstaan, wat evenzo een vrucht kan zijn van het supportieve milieu van Onyx 2, wat antiregressief is en primair gericht op het individu (zie 4.3). Ondanks of juist dankzij de verschillen vinden de respondenten van beide (sub)afdelingen hun therapeutische behandeling van het grootste belang.

Hoofdvraag

Welke betekenis geven lvb-patiënten van afdelingen met een supportief of een sociaal-therapeutisch behandelmilieu aan hun verblijf in tbs gelet op aspecten van bezinning, behandeling en bejegening en hoe interacteren zij daarbij met andere patiënten?

Terugblikkend op de hoofdvraag mag worden verondersteld dat deze lvb-patiënten goed weten in te schatten wat echt belangrijk is om hun leven in tbs te ordenen. Ze worden tijdens hun verblijf in tbs vooral gedreven door de therapeutische behandeling en de begeleiding van hun coach en therapeut. Hun contact met bezoek van buiten betekent voor hen een grote, onmisbare steun en geestelijke verzorging. Onderling helpen patiënten elkaar, wellicht onbewust en tegen wil en dank, om zich aan te passen aan de tbs-context en de cultuur waarin leren, het opdoen van praktische wijsheid en willen oefenen centraal staan, met het oog op een veilige terugkeer in de maatschappij. Het lijden in tbs weegt dan ook op tegen het perspectief op resocialisatie of een nieuw leven in een eigen andere omgeving op langere termijn.

Kenmerken van zingeving

Tenslotte volgt in deze paragraaf een schematische samenvatting waarin de vier dimensies van zingeving zijn afgezet tegen de drie zorgbelangen van de tbs-instelling. Door na te gaan hoe de positieve uitspraken van de respondenten in relatie tot zingeving zich verhouden tot deze aspecten, ontstaat er inzicht in de kenmerken van zingeving zoals die mogen gelden voor deze groep.

De horizontale rijen in het schema hierna tonen de vier dimensies van zingeving (zie ook 2.5.3). De existentiële dimensie is daarbij verbonden met de ervaring van de alledaagse persoonlijke zorg in tbs, de esthetische dimensie met belangen van (natuurlijke, culturele) schoonheid of een andere aantrekkingskracht, de ethische dimensie met de afweging van morele waarden en principes van de zorgaspecten en de spirituele dimensie heeft invloed op de hele levensbeschouwing van de persoon. De verticale kolommen doelen op aspecten van de dagdagelijkse praktijk in tbs zoals die in dit onderzoek met de respondenten zijn besproken en die corresponderen met de zorgbelangen behandeling, begeleiding en beveiliging (2.5.3). De kolom behandeling staat dan met name voor de therapie, de werkblokken en het behandelplan, de kolom begeleiding voor de contacten met het zorgpersoneel, medepatiënten, ondersteunende diensten en bezoek en de kolom beveiliging voor de ruimte die in de eigen tijd gegeven is voor zelfzorg, het verblijf op de afdeling of eigen kamer en het al of niet ontvangen van bezoek van buiten.

De kenmerken die in de velden van het schema worden genoemd, zijn selectief afgeleid van de interpretatie door de respondenten zoals uitgewerkt in paragraaf 4.6 en tabel 8; in bijlage 6 is het schema aangevuld met de pictogrammen die zijn gekozen bij het kwalificeren van de behandeling, contacten en eigen tijd. Hieronder zijn de velden gemarkeerd met de kleuren die corresponderen met de kleuren van de semantische netwerken (lijden, leren, overleven) verzameld in bijlage 5.

	Behandeling	**Begeleiding**	**Beveiliging**
Existentiële dimensie	persoonlijke groei	persoonlijke ondersteuning	persoonlijke verzorging
Esthetische dimensie	gepaste vorm	ontspannen omgang	veilige omgang
Ethische dimensie	goed behandelplan	constructieve houding	respect
Spirituele dimensie	geloofsvertrouwen	empathie	privacy

(*Afbeelding 13:* schematische weergave 'kenmerken van zingeving zin in tbs')

De in het schema genoemde kenmerken zijn gebaseerd op wat de respondenten uitgesproken belangrijk vinden ten aanzien van de betreffende zorgaspecten in tbs (zie ook tabel 8). Hun accenten zijn aangemerkt als waarde(n) bepalende emoties, waarbij de verschillende bewoordingen (zie 4.3 en

4.4) tevens in dimensioneel perspectief zijn geplaatst. Men kan een zorgaspect of bepaalde activiteit bijvoorbeeld nodig, leuk, goed of fijn vinden en bepaalde omstandigheden zwaar, ergerlijk, oneerlijk of deprimerend, wat dan ook raakt aan de respectievelijke dimensies.

Net als bij de interpretatie van respondenten (zie 4.6) is dan sprake van een verschillende positionering van respondenten per (sub)afdeling. De respondenten van zowel Onyx 1 als Onyx 2 spreken zich ongeveer evenveel positief uit over wat te kenmerken mag zijn als persoonlijke groei, een ontspannen omgang en privacy. Voor de respondenten van Onyx 1 blijkt de persoonlijke ondersteuning en geloofsvertrouwen extra belangrijk te zijn, terwijl de respondenten van Onyx 2 meer belang hechten aan een gepaste of aantrekkelijke vorm, een veilige omgang en empathie. Bij alle respondenten hebben de meeste positieve uitspraken betrekking op de esthetische dimensie van zingeving. Ten aanzien van respect en geloofsvertrouwen worden weinig tot geen positieve uitspraken gedaan, wat past bij de bevinding dat geloofsvertrouwen veelal in zichzelf of buiten de kliniek gevonden wordt en dat (gebrek aan) respect vooral als lijden wordt ervaren.

Bij de gesprekken is niet consequent doorgevraagd op emoties, behalve op 'belang' als een waardenbepalende emotie (zie 4.3). In het algemeen mag worden aangenomen dat emoties intentioneel zijn en verwijzen naar eigen welbevinden, eigen doelen en een waarde oordeel over het belang van een object (Van Tulden, 2014), ergo over het zorgbelang wat zich in de tbs context voordoet. De wereld van tbs doet zich aan de respondenten gedwongen voor en behalve een aanvaarden, zijn er ook zaken die men liever wil verwerpen of negeren. Desondanks (h)erkennen deze respondenten een positieve emotie van zingevend belang in een bepaald oordeel over de onderscheiden zorgaspecten in tbs, waarbij alle dimensies van zingeving in een bepaalde onderlinge samenhang betrokken zijn met achtergrondfactoren zoals persoonlijkheid, geloof en praktische wijsheid. Alsdan zijn voor deze groep respondenten ook de kenmerken van zingeving af te leiden zoals die zijn genoemd in de schematische weergave hiervoor (afbeelding 13).

5.3 Discussie

Bij een kwalitatieve verkenning met ervaringen van lvb-patiënten zelf, lijkt de zorg rondom deze patiënten optimaal geregeld. Dat wordt niet altijd zo beleefd; de patiënten lijden, maar zien ook gunstige effecten en aandacht voor zingeving op de 'werkvloer' lijkt onontbeerlijk. De gehanteerde methode van onderzoek heeft voor de groep respondenten de zingeving in tbs goed in kaart weten te brengen. Het lijkt nuttig deze methode te valideren, verder te ontwikkelen en breder (kwantitatief) toe te passen in de forensische praktijk. Het bewust omgaan met de verschillende dimensies van zingeving kan mogelijk bijdragen om gewenste veranderingen te realiseren, waarbij de staf en therapeut van groot belang zijn, wellicht ook nog na de tbs. In deze paragraaf volgen hierna een aantal bevindingen en suggesties, zoals die uit het onderzoek af te leiden zijn.

Het omgaan met patiënten met een lvb is bij Fivoor in ontwikkeling. Dit onderzoek laat zien dat het huidige aanbod van therapie, trainingen en modules met een lvb inclusie onder deze groep respondenten kennelijk goede vruchten afwerpt. Ook het professionele contact met patiënten geeft blijk van oprechte interesse in de ander, het geven van vertrouwen en de ander zien als een mens met dromen en doelen, zoals lvb-ers dat graag zelf zien (Zorgverzekeraar VGZ, 2020). Ondanks of misschien dankzij dat men geen of weinig keus heeft, is het vertrouwen van respondenten in een coach, therapeut of psycholoog groot.

In De Kijvelanden is men voor wat betreft zingeving in tbs kennelijk op de juiste weg en Fivoor lijkt waar te maken waar het voor wil staan. Voor zover dat binnen dit onderzoek in te schatten is geweest, lijken de respondenten op de verschillende (sub)afdelingen Onyx ook op de juiste plek te zitten. Observaties in de praktijk en uitspraken van respondenten duiden soms op irritaties over 'die asociale' op hun supportieve afdeling Onyx 2 of 'die gestoorde' medepatiënt op hun sociaal-therapeutische afdeling Onyx 1, maar ideaaltypische modellen zullen in de praktijk ook niet voor komen (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 74).

Respondenten geven er blijk van de behandelduur niet altijd goed te kunnen volgen, wellicht inherent aan hun (verstandelijke) beperkingen. Ook de literatuur wijst erop dat patiënten vaak niet weten wat de thema's in de behandeling zijn (Verheijen, 2019) en de openheid voor algemene menselijke levensvragen is bij veel beroepskrachten kennelijk niet groot. De vraag naar zingeving onder tbs-gestelden moet eigenlijk vooraf gaan aan de behandeling. De opgedane kennis en inzichten in de wijze waarop de patiënten omgaan met hun behandeling, begeleiding en beveiliging, kan zorgen voor een betere aansluiting op de behandeling en een veiliger terugkeer in de maatschappij. Immers, een patiënt moet in staat zijn om zichzelf aan te passen aan de omgeving en waar nodig, de omgeving op een constructieve wijze weten aan te passen aan de eigen wensen en behoeften (Van Nieuwenhuizen, 2011, p. 74).

Een eerste suggestie zou kunnen zijn om presentie vaker als kenmerk van zingeving in te zetten. In het onderzoek komt naar voren dat wisselingen in personeel of te weinig personeel het vertrouwen van lvb-patiënten ondermijnt, terwijl juist meer ruimte voor gesprekken over zingeving of wat echt belangrijk is in het leven op zijn plaats zou zijn. Bij het spreken over zingeving in dit onderzoek, blijkt dat de meest kritische mensen na veel gemopper en kritiek, ook de andere belangen zien als ze zich een voorstelling maken van de waardenbepalende inhoud van de huidige stand van zaken. Een gewone dialoog met een patiënt over normen en waarden, ook wel horizontale transcendentie genoemd, of anderszins kan staan voor een betekenisvol aanwezig zijn. Zo kan het gebeuren net als tijdens het onderzoek, dat een klachtgesprek in de woonkamer (over: 'dochter jarig', 'zitting morgen' en 'hier is niks te doen') uitmondt in een motivatie om 'role playing games' te schilderen. Zoals eerder is aangehaald, kunnen gesprekken over zingeving, gemeenschapsvorming en levensvragen het algemeen welzijn in en buiten de instelling bevorderen (Hessel, 2019).

De geestelijke verzorging van Fivoor maakt ook deel uit van het motivationeel concept van tbs en gelet op het grote percentage gelovigen blijkt geloven en spiritualiteit in tbs een belangrijk en bijzonder terrein. De gehouden gesprekken over zingeving boden weinig ruimte om daar verder op in te gaan, maar dat hoeft ook niet altijd. Het is vaak juist een kunst om met een veelzijdig gerichte partijdigheid aan de oppervlakte te blijven (Meulink-Korf, 2002). Volgens de literatuur ligt er kennelijk nog een taak bij het verder specialiseren in begeleiding (Noordhoek, 2019). In een stressvolle omgeving is sociale interactie een therapeutisch hulpmiddel gebleken (Van der Helm, 2011) en een benadering die gevangenen in staat stelt hun ervaringen en gevoelens te onthullen, blijkt in direct verband te staan met hun kwaliteit van leven (De Smet, 2017). Het meewerken aan dit onderzoek en de waardering van de respondenten daarbij wijst erop dat dit in de context van tbs niet anders is. Patiënten voelen zich vaak gereduceerd tot een behandelobject en het is volgens insiders van fundamenteel belang om in hun wereld de juiste stem en taal te vinden en een geschikte gesprekspartner te zijn (Zondag, 2019).

Een tweede suggestie naar aanleiding van dit onderzoek is om nader onderzoek tot het verder ontwikkelen van de gebruikte methode en/of topics. Na een verfijnen en valideren kan die wellicht breder worden ingezet door staf, therapeuten, geestelijk verzorgers of onderzoekers als een diagnostische test of zingevingsmodule. Bij deze lvb-patiënten is de methode met evaluerende oordelen een waardevol instrument gebleken in de verkenning naar de mate waarin zij hun levensproces ordenen en betekenis geven. Wellicht is dit ook denkbaar in de vorm van een zelfdiagnose instrument of een game, waarbij per fase, doelgroep of behandelregiem een belangen inschatting gemaakt kan worden. Let wel, de genoemde competenties lijden, leren en overleven moeten niet gezien worden als fases in een soort stappenplan, maar als componenten van de geest bij een iteratief proces, zoals bijvoorbeeld uitgedrukt in het 'intentioneel houdingsmodel' van interpretatie (Schilderman, 2020).

Een derde suggestie die vanuit het onderzoek naar voren komt is het handhaven van een dimensionaal evenwicht in zingeving. Voor wat betreft de kenmerken van zingeving heeft dit onderzoek zich vooral gericht op de positieve attituden van respondenten, waarbij blijkt dat dan de esthetische dimensie het meest geraakt wordt, in samenhang met een overleven in tbs (zie 5.2, afbeelding 13). Kennelijk maakt de toegepaste vorm van de therapie en de omgang of de begeleiding voor deze respondenten het verschil. Op de ethische en spirituele dimensie van zingeving valt wellicht winst te behalen ten aanzien van de zingevingskenmerken respect en geloofsvertrouwen. Het is aan Fivoor in hoeverre men iets wil met de aanverwante 'verbeterdingen' van respondenten, zoals die in tabel 9 zijn opgesomd. Het lijden blijkt voor deze respondenten draaglijk en weegt op tegen een perspectief op resocialisatie of op een 'nieuw' leven op langere termijn in een eigen andere omgeving. Tegelijk lijkt het lijden mogelijk te verlichten; hetzij door bepaalde zaken aan te pakken, hetzij door een betere uitleg of investering in een aanvaarden daarvan in tbs. Dit kan ertoe bijdragen om de eigen levensproblematiek onder ogen te zien en in een periode van verwarring of frustratie te doen groeien naar een leren en overleven. Wellicht neigt meer geloofsvertrouwen in de behandeling ook naar minder recidive.

Een vaker gehoorde suggestie is het maximeren van tbs in combinatie met een aansluitend (verplicht) beschermd wonen en betere re-integratie. Sommige ervaringsdeskundige respondenten vinden het hoog tijd om het tbs-systeem grondig te herijken; misschien iets voor een behandelgesprek? Men erkent wel dat in tbs echt een persoonlijke verandering gaande en/of nodig is. In dat verband zijn wellicht parallellen te trekken met het door Lofland & Stark ontwikkelde 'model of conversion' (Roberts & Yamane, 2016, p. 136). Een goede re-integratie na tbs met langere verplichte perioden van resocialisatie of beschermd wonen lijkt van essentieel belang. Of anders wel een zorgend blijven omzien. Het bedoelde breed geaccepteerde bekeringsmodel onderscheidt voor de 'bekeerling' eerst perioden van spanning, het zoeken naar oplossingen met dan een bepaald keerpunt om daarna goede affectieve banden op te bouwen. Zo blijken ook de respondenten bij hun verandering goede en motiverende banden op te (willen) bouwen met hun belangrijke behandelaars. Het Lofland-model laat dan verder zien dat een 'volledige bekering' afhangt van frequent contact in de laatste periode, wat prospectief voor de ex-tbs-gestelde de goede aansluiting mag zijn met een beschermd wonen groep of een (leef)gemeenschap in het re-integratie proces. Een andere parallel gaandeweg het onderzoek is nog gemaakt met de militaire dienstplicht. Evenzo kunnen tbs-patiënten geoefend zijn of worden, om als een soldaat de vijand tegemoet te gaan en dan te zien hoe die, misschien ondanks een keer struikelen, toch achteruit deinst.

Terugkijkend op de ervaringen bij dit onderzoek, worden alle respondenten actief in staat gesteld om hun leven individueel te ordenen gegeven de omstandigheden van tbs en dat zo informeel mogelijk als de instelling het hun toelaat. Uit de kenmerkende uitspraken met hun beleving van het willen leren of overleven blijkt dat bij dit proces alle dimensies van zingeving betrokken zijn; persoonlijke groei en ondersteuning verwijzend naar de existentiële dimensie, aantrekkelijkheid in vormgeving en omgang verwijzend naar de esthetische dimensie, een goed behandelplan en constructieve houding verwijzend naar de ethische dimensie en empathische aandacht en een zekere privacy verwijzend naar de spirituele dimensie. Kortom, de tijd in tbs is in het leven van deze respondenten een intensief proces van zoeken naar eenheid met zichzelf en met hun naasten en het ontdekken van de zin in tbs.

5.4 Grenzen en vooruitblik

De onderzoekspopulatie is erg divers met een complexe multicausale en multidimensionele meervoudige problematiek (Roos, 2017) en de kleine onderzoeksgroep levert in dat opzicht beperkte data op, waarbij geen relatie is gelegd met individuele problematieken. Vanwege personele drukte is er ook na afloop geen gelegenheid geweest om het EPD na te gaan op (globale) diagnostische informatie, waar de behandeling in hoofdzaak op gericht is, het IQ van de respondenten of hun latente klasse analyse. Uiteraard is dit voor Fivoor in aanvulling op dit onderzoek alsnog mogelijk, bijvoorbeeld om een verbinding tussen persoonlijkheidskenmerken en netwerkkenmerken meer inzichtelijk te krijgen of voor nader sociolinguïstisch onderzoek. De datasets die tijdens het onderzoek zijn gebruikt en/of geanalyseerd zijn op redelijk verzoek via de auteur beschikbaar.

De perspectieven van zorgverleners en het management van Fivoor op het thema zijn bij dit onderzoek niet voldoende meegenomen. De gebruikte bronnen van FPC De Kijvelanden zijn voor een deel dynamische documenten en er is tussentijds geen gelegenheid geweest om een uitwisseling te hebben met de hoofden behandeling of (socio)therapeuten ter meerwaarde voor de validiteit van dit onderzoek. Wel is na afloop geestelijk verzorger Van der Sar bereid geweest commentaar te geven op het theoretisch kader en op een voldoende waarborg van anonimiteit in het onderzoek. In de nabije toekomst is voorzien om de resultaten van het onderzoek te presenteren tijdens een lunchreferaat of een focusgroep bijeenkomst bij Fivoor. Tegelijk kunnen ontwikkelingen in de praktische zorg heel snel gaan. Schokkende gebeurtenissen, zoals de doodslag op een personeelslid in 2017 of de recente ontsnapping, hebben grote impact op zowel het personeel als patiënten. Omgekeerd zou een betere financiering van de GGZ opeens heel andere invloeden kunnen hebben, terwijl op dit moment de gevolgen van de corona pandemie door niemand nog goed zijn in te schatten. De behoefte tot vervolgonderzoek is normaliter altijd aanwezig en ook in aanvulling op dit onderzoek zou het interessant zijn om in een volgende behandelfase bij de verschillende respondenten onderzoek te doen naar een verandering van inzichten of attituden.

Dit onderzoek is gestart in aansluiting op een stage in FPC De Kijvelanden, waardoor de onderzoekomgeving met personeel en ongeveer de helft van de respondenten al min of meer bekende zaken en personen waren voor de onderzoeker. De informatie en goede contacten vooraf maakten een soepel verloop van de gesprekken mogelijk. Sommige gesprekken zijn vanwege een bepaald vertrouwen langer of intensiever geweest, waarbij het gesprek benut leek te worden om veel kritiek op de tbs te willen geven. Andere respondenten wilden misschien daarom of vanwege de beloning juist extra positief over komen. Dankzij de semigestructureerde werkwijze kon steeds de lijn van het onderzoek vastgehouden worden, ook bij een behoefte om dieper op een thema in te gaan. Naar gevoelen van onderzoeker, zijn alle respondenten open en eerlijk geweest rondom de

besproken topics. De waardebon van € 10,- is wat de persoon van de onderzoeker betreft, door de respondenten zeker verdiend en lijkt een goede prikkel te zijn; ondanks een off-day, een bezoek aan de tandarts of een gevoel van herhaling is men steeds het gesprek willen blijven voeren.

De personeelsleden van FPC De Kijvelanden zijn voor de respondenten hele belangrijke sleutelpersonen. De staf krijgt, als een uitvloeisel van praktische wijsheid, hun vertrouwen en met name de coaches fungeren als onmisbare 'moeders van patiënten', ook om de nodige verandering te helpen bewerkstelligen. Veel therapeuten geven blijk van hun liefde voor het vak en de mensen in tbs, soms ondanks maar weinig 'wederliefde' van patiënten; men is vaak al blij met hele kleine stapjes, bijvoorbeeld wanneer iemand gewoon komt opdagen bij een therapie. Misschien is juist de grote winst van dit onderzoek dat het aantoont dat er een gezamenlijk belang is. Getuige diverse Fivoor promotiefilmpjes, vindt een zorgverlener, psycholoog of therapeut de mensen in het werk het meest belangrijk; dit onderzoek laat zien dat de lvb-patiënt de zorgverlener en de therapie in tbs het meest belangrijk vindt om zijn leven weer op orde te krijgen.

In de praktijk kan dit ook behoorlijke dilemma's opleveren die goed besproken dienen te worden tijdens een stafoverleg of onderling. Tijdens de onderzoeksperiode is een 'mooi voorbeeld' daarvan afgeluisterd; een staflid wordt een tijdlang kennelijk volledig genegeerd door een patiënt en wil daarom een negatief verlof advies afgeven. De CAM-mer daarentegen ziet naast deze psychische vorm van agressie toch een stapje vooruit in de behandeling van het ziektebeeld bij deze betrokkene; diens communicatieve gedrag is weliswaar nog helemaal fout maar kennelijk toch minder agressief dan anders.

Bovendien kan er altijd sprake zijn van een andere agenda; een onwil van de patiënt, een bepaald onvermogen van een therapeut of coach, men past niet goed bij elkaar of men weet niet of moeilijk dezelfde taal te vinden om toch de juiste weg te wijzen. Dan is het alsof je in een vreemd land, in een koets, onderweg naar een onbekende bestemming, met een onbegrijpelijk of onverstaanbaar iemand, betekenis moet vinden. Dit zo verwoord hebbende, eindigt dit onderzoeksverslag, met een bijdrage van dichter en schrijver Ingmar Heytze op het Fivoor congres 'Verder Kijken Verder Komen' van 13 juni 2019 (Heytze, 2019).

VOLGLAND | *#1 bij Een Vlaams antwoord op een universeel maatschappelijke vraag* - Dr. Inge Jeandarme

Vergeet de gids niet. Luister goed
en op een dag ga je verder waar
hij de weg niet kent, weet jij meer,
word jij op jouw beurt nagevolgd
tot aan het punt waarop je blijft
staan met opgehouden hand:
vergeet de gids… (*et cetera*)

Bibliografie

Akkermans, C., & Van Leeuwen-den Dekker, P. (2010). *Zingeving als onderbelichte dimensie in de maatschappelijke opvang.* Utrecht : Movisie.

Arends, C. (2012). *If Billy sunday comes to town.* Zutphen: e.b.

Atlas.ti. (2019). *Patentnr. Atlas.ti 8, Scientific Software Development.GmbH Berlin, Germany, 1993-2019 ATLAS.ti (version 8.4.24). (Campus License – org key: 532) June 17, 2019.*

Blaauw, E., & Kerkhof, A. J. F. M. (1991). *Suïcides in detentie.* Amsterdam: Elsevier Bedrijfsinformatie.

Bogaerts, S. (2010). Emerging international perspectives in forensic psychology: Individual level analysis. *The Journal of Forensic Psychology Practice, 10(4)*, 263-266.

Breebaart, L. (2017). Ook gedetineerden hebben behoefte om te praten over levensvragen. *Trouw, Juni 11, 2017*, 11.

Canton, W., van Beek, D., Claes, L., Gijs, L., Jeandarme, I., & Klein Haneveld, E. (2015). *Handboek psychopathie en de antisociale-persoonlijkheidsstoornis.* Utrecht: de Tijdstroom.

CCMO. (2020). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Opgeroepen op Maart 16, 2020, van www.ccmo.nl: https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet

Cristofalo, M., Boutain, D., Schraufnagel, T. J., Bumgardner, K., Zatzick, D., & Roy-Byrne, P. P. (2009). Unmet need for mental health and addictions Care in Urban Community Health Clinics: frontline provider accounts. *Psychiatr Serv. 2009;60(4)*, 505-511.

De Borg. (2014). *Behandelvisie (forensische)SGLVG. .* De Borg: Den Dolder.

De Haan, S. (2013). De existentiële dimensie van de psychiatrie:een enactivistische benadering. *Psyche & Geloof. Tijdschrift van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten, 24(2), 130-140.*

De Smet, S., De Donder, L., Ryan, D., Van Regenmortel, S., Brosens, D., & Vandevelde, S. (2017). Factors related to the quality of life of older prisoners. *Quality of Life Research, 26(6)*, 1571-1585.

De Vries, R. (2018). Welk badwater en hoe? *Pastorale Verkenningen, Jaargang 13 - no. 1, maart 2018*, 10-12.

De Wit, T., de Vries, R., & Den Toom, N. (2017). *Onze manier van straffen: Essays van geestelijk verzorgers bij justitie.* Nijmegen: Wolf Legal Publicers (WLP).

Dekker, S. (2018). *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2019-2021.* Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Derkx, P. H. J. M., Maas, A. J., & Machielse, J. E. M. (2011). *Goed ouder worden.* Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2014). *Forensische Zorg.* Opgeroepen op Juli 20, 2019, van Forensische-zorgwijzer: https://www.forensischezorg.nl/

Directie Forensische Zorg. (2019). *Forensische zorg in de praktijk*. Opgeroepen op Juli 20, 2019, van Forensische zorg: https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk

Doolaard, J. (2015). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging.* Kampen: Kok.

Drost, V., van Haaren, P., & Jongebreur, W. (2016). *Mensen met een licht verstandelijke beperking in het justitiële domein. Een verkenning naar de huidige uitvoeringspraktijk.* Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Ebenau, A., Dijkstra, B., Ter Huurne, C., Hasselaar, J., Vissers, K., & Groot, M. (2019). Palliative care for people with substance use disorder and multiple problems: a qualitative study on experiences of patients and proxies. *BMC palliative care, 18(1), 56.*.

Felix, A. E. (2018). *Forensische zorgen. Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg.* Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Fivoor. (2019). *Locaties / fpc-de-kijvelanden.* Opgeroepen op September 7, 2019, van www.fivoor.nl: https://www.fivoor.nl/app/assets/informatiefolder-hout-metaal-en-tuin.pdf

Fivoor. (2019). *Professioneel Statuut Fivoor.* Poortugaal: FPC de Kijvelanden.

Fivoor. (2020). *Missie en visie*. Opgeroepen op Februari 25, 2020, van www.fivoor.nl: https://www.fivoor.nl/over/waar-wij-in-geloven/

Fivoor. (2020). *Over*. Opgeroepen op Februari 25, 2020, van www.fivoor.nl: https://www.fivoor.nl/over/

FPC De Kijvelanden. (2010). *Vaktherapie Procesbeschrijving.* Poortugaal: FPC de Kijvelanden.

FPC de Kijvelanden. (2010). *Visiedocument - Zorgprogramma's: van Aanmelding tot Beëindiging.* Poortugaal: FPC de Kijvelanden.

FPC De Kijvelanden. (2013). *Behandelaanbod: Zorgprogramma's.* Poortugaal: Afdeling Onderzoek en Innovatie.

FPC De Kijvelanden. (2017). *Handboek Behandelingsrapportage.* Poortugaal: FPC de Kijvelanden.

FPC De Kijvelanden. (2017). *Kader middelen en maatregelen vanuit de Wet bijzondere opnemingen in psyhiatrische ziekenhuizen (WBOPZ).* Poortugaal: FPC de Kijvelanden.

FPC De Kijvelanden. (2018). *Diagnostiek en risicotaxatie.* Poortugaal: FPC de Kijvelanden.

Frielink, N., Embregts, P. J. C. M., & Schuengel, C. (2014). Motiverende gespreksvoering bij mensen met een licht verstandelijke beperking. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 53(2).* 36-48.

Friese, S. (2014). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti.* . London: SAGE Publications Limited.

Frija, N. (2005). *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie.* Amsterdam: Bert Bakker.

Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The qualatativ report, 20(9)*, 1408-1416.

Ganzevoort, R. R., & Visser, J. (2014). *Zorg voor het verhaal.* Zoetermeer: Uitgeverij Meinema.

Geerts G. en Heestermans H. (1992). *Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal.* Utrecht / Antwerpen: Van Dale Lexicografie.

Geestelijke Verzorging. (2018). *Geestelijke Verzorging in de Kijvelanden.* Poortugaal: Geestelijke Verzorging.

Geisler, N.L., & Türek, F. (2006). *Ik heb te weinig geloof om een atheïst te zijn.* Amsterdam: Ark Media.

Gortemaker Algra Feenstra architects. (2002). *TBS-kliniek de Kijvelanden.* Opgeroepen op Februari 5, 2020, www.architectenweb.nl: https://architectenweb.nl/projecten/project.aspx?ID=166

Grunberg, A. (2019). *Verder Kijken Verder Komen - Nog meer dode zielen.* Opgeroepen op Februari 28, 2020, van www.sympopna.nl: https://www.sympopna.nl/vkvk-presentatie

Haagse Hogeschool. (2020). *Hoezo 'matig' verstandelijk beperkt?!* Opgeroepen op Maart 16, 2020, van wordpress.com: https://verstandelijkbeperkt.wordpress.com/home/de-basis/definitie/

Hartog, I., Scherer-Rath, M., Kruizinga, R., Netjes, J., Henriques, J., Nieuwkerk, P., & Van Laarhoven, H. (2018). Narrative meaning making and integration. *Journal of Health Psychology*, 1-17.

Heslop, P., Hoghton, M., Blair, P., Fleming, P., Marriott, A., & Russ, L. (2013). The need for FASTER CARE in the diagnosis of illness in people with intellectual disabilities. . *Br J Gen Pract. 2013;63(617)*, 661-662.

Hessel. (2019). *Pastoraat en geestelijke verzorging in de gevangenis*. Opgeroepen op Februari 25, 2020, van www.mensensamenleving.info.nl: https://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal/34215-pastoraat-en-geestelijke-verzorging-in-de-gevangenis.html

Heytze, I. (2019). *Verder Kijken Verder Komen - Gedichten.* Opgeroepen op Februari 25, 2020, van www.sympopna.nl: https://www.sympopna.nl/vkvk-presentatie

Ipse de Bruggen. (2020). *Behandelcentrum Middenweg – SGLVG+ kliniek in Poortugaal*. Opgeroepen op Februari 29, 2020, van www.ipsedebruggen.nl: https://www.ipsedebruggen.nl/zorglocatie/352/behandelcentrum-middenweg-sglvg-kliniek-poortugaal

Jorna, A.A.M. (2008). *Echte woorden. Authenticiteit in de Geestelijke begeleiding.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Kaal, H. (2016). *Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein.* Leiden: Hogeschool Leiden.

Kaldenbach, Y. (2015). *De verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) in de DSM-5.* Opgeroepen op Maart 16, 2020, van Boom Psychologie: https://www.boompsychologie.nl/media/15/dsm-5_whitepaper_yaron_kaldenbach_verstandelijke_beperking.pdf

Korver, S. (2019). 'Ben je gek!?' (Niet) naar de psycholoog. *Pastorale Verkenningen, Jaargang 14 - no. 2, juli 2019*, 7-9.

Kruizinga R., Hartog, I. D., Scherer-Rath, M., Schilderman, H., & Van Laarhoven, H. (2017). *Modes of relating to contingency: an exploration of experiences in advanced cancer patients.* Palliative & supportive care, 15(4), 444-453.

Kruizinga, R. (2018). Helpt spirituele zorg? *AMC Magazine*, 22,23.

Kurasaki, K. (2000). Intercoder reliability for validating conclusions drawn from open-ended interview data. *Field Methods. 2000;12(3)*, 179-94.

La Cour P., & Hvidt, N. C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. S*ocial Science & Medicine 71(7)*, 1292-1299.

Leijssen, M. (2004). Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief. *Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw.*, 241/268.

Marks D. F., & Yardley, L. (Eds.). (2004). *Research Methods for Clinical and Health Psychology.* Sage.

Meulink-Korf, J. N., & Rhijn, M. A. (2002). *De onvermoede derde. Inleiding in het contextueel pastoraat.* Zoetermeer: Meinema.

Nijman, H. L. I., Kruyk, C. D., & Van Nieuwenhuizen, C. (2002). Gedragsveranderingen tijdens tbs-behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie - 44 (2002) 5*, 339-344.

Noordhoek, A. (2019). Werven en begeleiden van tbs vrijwilligers. *Pastorale Verkenningen, Jaargang 14, no. 2, juli 2019*, 10-14.

NPO. (Producent &) Helmer, U. (Regisseur). (2017). *De boeddhistische blik - Prison Pioneers* [Film].

Oud, N. V. (2011). *Agressie. Effectief Verplegen.* Dwingeloo: Kavanah.

Prins, M. (1996). *Geestelijke verzorging in het ziekenhuis.* Dwingeloo: Kavanah.

Raine, A. (2019). *The anatomy of violence: dissecting the biological roots of crime.* Opgeroepen op Juni 25, 2019, van www.sympopna.nl: https://docs.wixstatic.com/ugd/8b3b60_aca26c4fa55a42f8b0e776e22f135ad3.pdf

Rijksoverheid, Ministerie van Algemene zaken. (2020). *Tbs-klinieken en longstay-afdelingen*. Opgeroepen op Maart 16, 2020, www.rijksoverheid.nl: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs-en-overige-forensische-zorg/tbs/tbs-klinieken-en-longstay-afdelingen

Roberts K. A., & Yamane, D. (2016). *Religion in Sociological Perspective.* Sage Publications.

Roos J., Didden, H. C. M., & Steenbergen, B. (2013). *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen.* Den Dolder/Nijmegen: De Borg/HAN VDO.

Roos, J. (2017). *Behandelvisie (forensische) SGLVG.* Den Dolder: De Borg.

Schilderman, J. B. A. M. (2013). Geestelijke verzorging als casus van de ontkerkelijking. *Religie en Samenleving, Jrg. 8, nr. 1 (mei 2013)*, 205-225.

Schilderman, J. B. A. M. (2020). *Meaning in action.* f.c.

Scholte, G. (2019). Dialoog in actie: zingeving bij herstel. *Pastorale Verkenningen, Jaargang 14 - no. 2, juli 2019*, 37-40.

Slachtoffer in beeld. (2016). *Woorden van herstel.* 's-Gravenhage: Dienst Justitiële Inrichtingen/Andi.

Sociaal Werk Nederland. (2018). *Beroepscompetentieprofiel voor de sociaal werker - Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening.* Utrecht: Programma Sociaal Werk Versterkt/Piraña.

Spronken, T. (2015). *De rest van je leven*. Opgeroepen op Februari 29, 2020, van www.njb.nl: https://www.njb.nl/blog/de-rest-van-je-leven.14779.lynkx

Stancliffe, R. J., Wiese, M. Y., Read, S., Jeltes, G., & Clayton, J. M. (2017). Knowing, planning for and fearing death: do adults with intellectual disability and disability staff differ? . *Res Dev Disabil. 2017;62*, 227-229.

TBS Nederland. (2020). *Behandelfases*. Opgeroepen op Maart 16, 2020 van TBS Nederland: https://www.tbsnederland.nl/behandeling/behandelfases/

Trimbos-instituut. (2015). *Handreiking voor begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking die alcohol of drugs gebruiken. Waar bemoei ik me mee? .* Utrecht: Trimbos Instituut/Canon Nederland BV.

Van der Helm, P., Stams, G. J., & Van der Laan, P. (2011). Measuring group climate in prison. *The Prison Journal, 91(2)*, 158-176.

Van der Lem, R. (2019). *Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen in de ambulante forensische psychiatrie: innoveren met geduld, doorzettingsvermogen en creativiteit.* Opgeroepen op Juni 25, 2019, van www.sympopna.nl: https://docs.wixstatic.com/ugd/8b3b60_bb39a4d2f1174ed8a587e8e6da523b4e.pdf

Van der Poll, W. (2017). *Zin in behandeling: Een kwalitatief praktijkonderzoek tijdens de behandeling van SGLVG+ patiënten.* Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Van der Sar, M. (2018). *ds in tbs.* Gorinchem: Narratio.

Van Eijk, R. (2013). *Menselijke waardigheid tijdens detentie: een onderzoek naar de taak van de justitiepastor.* Oisterwijk: Wolf Legal Publishers.

Van Leeuwen, R. V., Leget, C. J. W., & Vosselman, M. (2016). *Zingeving in zorg en welzijn.* Amsterdam: Boom uitgevers.

Van Nieuwenhuizen, Ch., Bogaerts, S., De Ruijter, E. A. W., Bongers, I. L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd: Een gestructureerde casussenanalyse.* Den Haag: WODC Ministerie van Veiligheid en Justitie/GGzE.

Van Tulden, E. (2014). *Emoties als waardeoordelen; Martha Nussbaum, oplevingen van het denken - over de menselijke emoties.* Amsterdam: UvA.

Van Wesel, L. (2014). *De Samenhang tussen Leefklimaat op de Afdeling en Kwaliteit van Leven onder Langdurig Forensisch Psychiatrische Patiënten in Zeeland en Vught.* Tilburg: UvT.

Veldman, F. R., & Brokke, J. (2007). *Levenslust en Levenskunst: zin, inhoud en betekenisverlening aan het persoonlijke leven binnen de menselijke samenleving.* Amsterdam: Van der Veer media.

Verheijen, E. (2019). Ik ben toch niet gek? Hoe houd ik het hier in Godsnaam uit? *Pastorale Verkenningen, Jaargang 14 - no. 2, juli 2019* , 22-30.

Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek.* Amsterdam: Boom Uitgevers.

VGVZ. (2015). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger.* VGVZ.

Wikimedia Foundation. (2019). *Zingeving*. Opgeroepen op September 7, 2019, van www.wikipedia.org: https://nl.wikipedia.org/wiki/Zingeving

Zock, H. (2007). Geestelijk verzorgers en psychologen: Bondgenoten in de zorg voor zingeving. *Psychologie en Gezondheid, jaargang 2007, 35*, 218-224.

Zondag, B. (2019). Geestelijke verzorging in de zorg. *Pastorale Verkenningen, Jaargang 14 - no. 2, juli 2019*, 4-6.

Zorginstituut Nederland. (2020). *Begeleiding*. Opgeroepen op Februari 29, 2020, van www.zorginstituutnederland.nl: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/begeleiding-wlz

Zorginstituut Nederland. (2020). *Behandeling*. Opgeroepen op Februari 29, 2020, van www.zorginstituutnederland.nl: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/behandeling-wlz

Zorgverzekeraar VGZ. (2020). *Door onze ogen.* [YouTube] Opgeroepen op Maart 18, 2020, van www.youtube.com: https://www.youtube.com/watch?v=ZbD0eJnqG70

Bijlage 1: Informatiebrief Onyx

Bijlage 1: Informatiebrief & informed consent

Aan: bewoners in FPC De Kijvelanden
Onderwerp: onderzoek naar zingeving in tbs

November, 2019.

Beste

Inleiding
Ik ben Kees de Bruijn, student Religiewetenschappen - Geestelijke Verzorging. De afgelopen maanden heb ik stage gelopen bij geestelijke verzorging. Voor het afronden van mijn studie, ga ik binnen De Kijvelanden een onderzoek doen naar het thema: 'zingeving'. Hoe houden mensen in tbs het vol? Wat is voor hen belangrijk in het leven? Graag zou ik daarover met jou in gesprek gaan.

Onderzoek
Ik hoop dat jij mee wilt werken aan een interview. Dat kan op jouw eigen kamer, in de spreekkamer of in het stiltecentrum. Het interview is met mij en jouw coach mag erbij zijn. Het interview bestaat uit drie verschillende gesprekken van ongeveer een kwartier. De gesprekken vinden in november en december plaats. De gesprekken worden opgenomen met een voicerecorder. Alles wat er gezegd wordt, blijft volledig anoniem.

De gespreksonderwerpen zijn:

- wat is voor jou belangrijk:
    - in de tbs-behandeling;
    - in contacten met anderen;
    - in jouw eigen tijd.

Afsluiting
Als jouw naam op de inschrijflijst staat, vul jij later met jouw coach nog een formulier in voor toestemming. Bij voorbaat hartelijk dank! Meedoen is niet verplicht. Als jij meedoet kan jij ook ieder moment stoppen. Jij helpt mij om te leren wat mensen in tbs voor zichzelf belangrijk vinden. Na de gesprekken ontvang jij een waardebon van € 10,- voor de winkel .

Met vriendelijke groet.

Kees de Bruijn.
Geestelijk Verzorger in opleiding
Radboud Universiteit Nijmegen

Informatiedocument 'zingeving in tbs' (bestemd voor coach)

Naam onderzoek: Zingeving in tbs
Verantwoordelijk onderzoeker: Kees de Bruijn, geestelijk verzorger in opleiding

Beschrijving en doel van het onderzoek
Jouw patiënt is gevraagd om mee te doen aan een onderzoek naar 'zingeving in tbs'. We willen graag weten wat hij belangrijk vindt in tbs en daarover met elkaar in gesprek gaan. De aandacht voor zingeving is van belang voor het therapeutisch proces. Het onderzoek levert meer inzicht op in de kenmerken van zingeving bij de behandeling en bejegening van tbs-gestelden met een lvb.

Wat wordt er van de patiënt verwacht?
We willen de patiënt vragen om in gesprek te gaan met de onderzoeker. Daarbij draait het om de betekenis die de patiënt geeft aan respectievelijk de behandeling in tbs, bejegening van anderen en aan de besteding van eigen tijd. Deze drie domeinen worden apart besproken in drie gesprekken; vanwege de korte spanningsboog duurt elk gesprek maximaal een kwartier.

Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deelname aan het onderzoek?
We verwachten geen nadelen aan dit onderzoek. De inspanning zou te vermoeiend kunnen zijn voor een lang interview; vandaar de opsplitsing in drie gesprekken. De patiënt kan het onprettig vinden als er vrij persoonlijke vragen worden gesteld, maar dit verwachten we niet.
De patiënt helpt de onderzoeker om af te studeren op het onderwerp ´zingeving'. Het onderzoek kan voor de toekomst nuttige gegevens opleveren bij de behandeling van tbs-patiënten. Na de gesprekken ontvangt de patiënt een kleine vergoeding; een tegoedbon voor de winkel van €5,-.

Wat gebeurt er met de gegevens?
De onderzoeksgegevens worden door wetenschappers gebruikt voor artikelen en presentaties. Deze gegevens worden vertrouwelijk behandeld, anoniem gemaakt en zorgvuldig gerapporteerd. Er wordt op gelet dat ze niet te herleiden zijn tot een patiënt, coach of hulpverlener. Gegevens voor de interne administratie bewaren we op beveiligde wijze volgens de richtlijnen van de Radboud Universiteit. Alleen de onderzoeker en de gegevensbeheerder hebben toegang tot deze gegevens.
Als een patiënt stopt met meewerken worden de gegevens verwijderd uit het onderzoek als hij dat wil. Bij het onderzoek worden geluidsopnames gemaakt. De opname tapes worden na het onderzoek vernietigd in verband met privacy.

Vrijwilligheid
De patiënt beslist zelf om mee te doen; meewerken is vrijwillig. De patiënt mag rustig nadenken over het verzoek en krijgt tenminste 2 dagen bedenktijd. Voordat hij een beslissing neemt is het belangrijk om voldoende te weten over het onderzoek en het te bespreken met zijn coach.
De patiënt kan meer bedenktijd vragen om extra vragen te stellen aan de onderzoeker, Kees de Bruijn, zodat hij beter kan beslissen.
Als een patiënt besluit om niet mee te doen, hoeft hij verder niets te doen. Hij hoeft niets te tekenen of te zeggen waarom hij niet wil meedoen. Het verandert ook niets aan de behandeling.
Als iemand wel meedoet, kan de patiënt zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek. Hij kan tot twee weken na deelname zijn data intrekken en gegevens laten verwijderen.

Toestemmingsverklaring
Degene die aan dit onderzoek mee wil doen, moet een toestemmingsverklaring ondertekenen of een akkoord-teken plaatsen in het hokje op het formulier. Ook de coach en onderzoeker ondertekenen.

Toestemming onderzoek ‘zingeving in tbs’

Ik heb de informatie(brief) gezien en doorgenomen. Ook heb ik vragen kunnen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik heb genoeg tijd gehad om te beslissen of ik mee wil doen.

Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens.

Ik weet dat mijn gegevens anoniem verwerkt en gebruikt worden.

Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ik weet dat ik kan stoppen tijdens het onderzoek.

Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam:

Handtekening: Datum: __ / __ / __

Naam coach / staflid / vertegenwoordiger:

Handtekening: Datum: __ / __ / __

Ik, de onderzoeker, verklaar dat ik deze patiënt volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de patiënt zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Handtekening: Datum: __ / __ / __

Fivoor Radboud Universiteit

Intekenlijst Onyx 1

Onderzoek 'zingeving in tbs'. Wat vind jij belangrijk in tbs?

Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek:

Naam:	**Coach**:

Fivoor Radboud Universiteit

Intekenlijst Onyx 2

Onderzoek 'zingeving in tbs'. Wat vind jij belangrijk in tbs?

Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek:

Naam:	**Coach**:

Bijlage 2 Veldwerkprotocol

Bijlage 2: Veldprotocol & interviewgids

Veldprotocol

In dit document volgen de praktische zaken met betrekking tot het veldwerk en de interviews die in het empirisch gedeelte van het onderzoek worden gehouden. Achtereenvolgens gaat het om:

A. Opzet van de introductie op de afdelingen Onyx;
B. Introductie tekst;
C. Opzet van de interviews met de respondenten;
D. Topiclist.

A. Opzet van de introductie op de afdelingen Onyx:

In afstemming met de (hoofden) behandeling en het management van de afdeling(en) is er vooraf een algemene introductie op de afdeling(en) Onyx met een toelichting van kaders, doel en opbouw in voor lvb toegankelijke taal. Dit kan indien nodig bij een individuele benadering van patiënten herhaald worden. De introductie vindt plaats bij een dagsluiting, waarbij de onderzoeker nog een aanwezig blijft voor een eerste reflectie. Achtereenvolgens komt aan de orde:

1. Introductie interviewer / onderzoeker en het onderzoeksthema;
2. Toelichten van de methode met afweerrecht en keuzevrijheid;
3. Doelstelling van het onderzoek en gemotiveerde gespreksaanpak;
4. Praktische vervolgafspraken.

B. Introductie tekst[3]:

1. Ik wil voor mijn studie geestelijke verzorging onderzoek doen naar het onderwerp ‘zingeving’. Eigenlijk een moeilijk woord voor hoe je je leven betekenis geeft. Wat is voor iemand het meest belangrijk in zijn leven is en hoe ga je daarmee om in tbs.
   Dat kan natuurlijk alleen als je zelf daar ook over wil vertellen.
   Het gaat dan over wat je zelf belangrijk vindt voor jouw leven hier in tbs. Dus aan bijvoorbeeld de blokken, aan je contacten op de afdeling of daarbuiten en in je eigen tijd. Waar denk je bijvoorbeeld aan op je kamer, het stiltecentrum of op de patio.

[3] De tekst hierna bevat de strekking van de introductie met de belangrijkste punten. Een aantal respondenten zullen onderzoeker nog (her)kennen, wat wellicht een ontspannen sfeer kan geven en ook een andere volgorde van gesprekspunten.

2. Ik zou graag met wie dat wil in gesprek gaan. Het worden dan drie gesprekken van ongeveer 10 á 15 minuten. De gesprekken worden opgenomen. Ik heb een aantal vragen bedacht, maar je bepaalt natuurlijk zelf wat je wel of niet wil zeggen. Het is ook een persoonlijk onderwerp en voor iedereen anders. Het is helemaal vrijwillig. Ik ben benieuwd wie me iets zou willen vertellen over wat in tbs voor jou veel betekent; wat 'zinvol' is of 'zinloos'.
   Het is een gewoon interview, een vraaggesprek, en alles wat gezegd wordt blijft anoniem.
   We kunnen het gesprek houden in de spreekkamer, het stiltecentrum of op je eigen kamer.
   Dat gaat dan in overleg met staf en je coach kan erbij zijn.

3. Een gesprek is dus geen therapie, geen verhoor, geen preek of adviesgesprek; het gaat over wat voor jou belangrijk is in je leven en hier in tbs.
   De gesprekken ga ik later uitwerken in een scriptie en daar krijg ik dan een cijfer voor ☺. Wie weet wat we elkaar kunnen leren? Ikzelf wil dat heel graag van jullie.
   Als je mee doet, help je mij om mijn studie af te ronden en je helpt Fivoor bij het verder ontwikkelen van goede zorg. Misschien kunnen we het leven in tbs een beetje gemakkelijker maken en helpt het straks tbs-ers om beter terug te kunnen komen in de maatschappij.

4. Als je mee doet, vind je het goed dat je gegevens – anoniem – gebruikt worden. Als je niet mee wilt doen; geef het dan ook door aan je coach.
   Het is belangrijk dat je er even over nadenkt of vragen over stelt; je mag daar rustig een paar dagen tijd voor nemen. Alles gaat in overleg met HB en je coach. Als het past in je behandeling kunnen we het gesprek ook tijdens een werkblok hebben. Er is een kleine vergoeding voor het meedoen; een tegoedbon voor de winkel[4].
   Als je mee wilt doen dan mag je je naam op de lijst (laten) zetten.
   Degenen die op de lijst staan – met ook de naam van je coach ☺ - krijgen een brief van mij waar alles nog een keer op staat. Daarbij zit ook een formulier waarmee je aan het interview schriftelijk je toestemming geeft.
   In overleg met je coach en staf maken we daarna de afspraak voor de gesprekken met mij.

C. Opzet van de interviews met respondenten:

De eerste 5 minuten is er tijd voor aandacht aan de relatie, de omgeving en de setting van het interview. Dan volgt een introductie naar de inhoud van het interview gedurende ongeveer 5 minuten. Hierin gebeurt het persoonlijk voorstellen, nogmaals toelichten doel en (semi)structuur van het interview, praktische zaken (duur, vertrouwelijkheid), de opbouw (1^{e}, 2^{e} en 3^{e} gesprek) en de toestemmingsverklaring (informed consent). De overgangen worden benoemd (inleiding, middendeel, slot) tijdens het gesprek. Vervolgens gaan we naar het onderdeel van ongeveer 10 á 15 minuten, waarbij het feitelijke vraaggesprek vorm krijgt. De vragen circuleren rond de topics zoals hierna benoemd worden. Tenslotte zijn er nog ongeveer 5 minuten nodig voor de afsluiting van het interview, met een waardering voor de medewerking en het afscheid nemen van elkaar. Het eerste onderhoud kan wat langer zijn dan het 2e en 3e gesprek door de kennismaking, introductietijd e.d.

[4] In eerste instantie is gedacht aan een vergoeding van € 5,-, zijnde een dubbel blok tarief . Omdat er niet één maar drie gesprekken volgen en gelet op ervaringen bij een eerder onderzoek is de vergoeding bepaald op € 10,-. Medische onderzoeken (met bloed afname) hanteren soms hogere vergoedingen.

De bedoeling is zoveel mogelijk open vragen te stellen en door te vragen, voor zover de lvb-respondent dat aankan. Bijvoorbeeld na 'Wat maakt …' of 'Wat vind …' verder vragen met 'Hoe is dat gegaan?' of 'Hoe komt het dat je hier zo over denkt?' en op die manier proberen een vrije stroom van eigen meningen of ideeën mogelijk te maken. Bij dit onderzoek heeft een narratieve benadering de voorkeur. In samenspraak met stafleden en afdelingspsychologen worden de mogelijke vragen en termen rond de topics vooraf beoordeeld en alternatieven bedacht die passen bij het tbs vocabulaire. Zo nodig kan er ondersteund worden met beeldmateriaal of door iets te tekenen[5].

Het onderzoek beperkt zich tot zingeving aan het verblijf in tbs. Hoe geeft de tbs-gestelde betekenis aan deze periode in zijn leven gelet op domeinen van behandeling, bejegening en eigen tijd. Er zal niet of nauwelijks ruimte zijn voor persoonlijke achtergronden of inspiraties uit het verleden, tenzij de patiënt daarmee komt uiteraard. Bij de introductie of tussendoor kan evt. gevraagd worden naar de forensisch klinische invloed in het algemeen. De feitelijke gesprekken zullen gaan over de zin of betekenis die de patiënt geeft aan de therapieblokken (1e gesprek), aan de contacten met anderen (2e gesprek) en aan de tijd voor zichzelf (3e gesprek). Afsluitend kan evt. nog gevraagd worden naar toekomstige verwachtingen of levensdoelen.

D. Topiclist:

De onderwerpen en vragen die tijdens het interview behandeld worden, cirkelen rond:

1. Behandeling; wat betekent de behandeling in tbs voor de patiënt.
    a. Hoe is het voor jou om tbs te hebben?
    b. Welke vorm van therapie of welke blokken vind je goed voor je?
2. Bejegening; hoe belangrijk zijn andere mensen voor de patiënt.
    a. Hoe vindt je je medepatiënten?
    b. Hoe is je contact met anderen?
    c. Wat vind je ervan dat je wel/geen bezoek hebt?
3. Eigen tijd; hoe belangrijk is de eigen tijd voor de patiënt.
    a. Waar denk jij over als je alleen bent?
    b. Wat geeft je rust?

[5] Hiervoor is materiaal beschikbaar via: https://www.sclera.be/nl/picto/alpha/A of zie bijvoorbeeld: https://www.opeigenbenen.nu/professionals/transitie-toolkit/tool-zelfmanagement-web/ of gespreksmodel: https://www.opeigenbenen.nu/wp-content/uploads/2018/10/ZMW_NL_2018_jongere.pdf.

Interviewgids

In dit document volgen eerst een aantal praktische zaken met betrekking tot de serie van drie gesprekken waaruit het interview is opgebouwd. Daarna volgt een hypothetische weergave van de gesprekken, met daarbij bedachte vragen.

Voor de start van het interview:

- Vooraf nog even kort met de coach of meest betrokken staflid van de patiënt bespreken of er iets is dat beter niet besproken kan worden en hoe communicatief vaardig hij is.
- Voor zover mogelijk enkele belangrijke sociodemografische gegevens uitwisselen of onderscheidende informatie, zoals: leeftijd, opvoedingsmilieu, (on)gehuwd, één of meer kinderen, behandelmilieu, therapieblokken, geloofsontwikkeling.
- Opnameapparatuur en benodigde formulieren meenemen; informatiebrief, informed consent en blanco papier of kaartjes voor kernwoorden of associatietekeningen.
- Vergoeding / tegoedbon voor de winkel meenemen (in afstemming met het management).
- Afstemmen welke locatie gekozen wordt en wie er bij het interview aanwezig zijn; een betrokken staflid of coach.
- Contact en kennis maken met de respondent en eventuele begeleider, met aandacht voor de persoon, diens afdeling, de interviewruimte en de opstelling[6] (ca. 5 min). NB: Voor het winnen van vertrouwen bij mensen met een lvb zijn de eerste 5 minuten erg belangrijk.

Tijdens het interview:

- In verband met de korte spanningsboog is het zaak het (door)vragen kort en gestructureerd te houden met de focus op het domein wat aan de beurt is.
- Er worden drie gesprekken gepland om alle topics die bedacht zijn te bespreken. Aan het begin en einde van elk gesprek worden alle drie benoemd met de plek ervan in de reeks.
- Als de tijd echt te kort blijkt te zijn om de topics te bespreken, dan kan in overleg met staflid en patiënt de interviewer mogelijk op een later tijdstip terugkomen.
- Wanneer de patiënt aangeeft een onderwerp niet te willen bespreken, dan kan het interview voorgezet worden over een ander onderwerp. De interviewer dient hierin flexibel te zijn.
- De (sub)vragen – zie de weergave hierna - zijn afhankelijk van het gespreksverloop. Het betreffen vooral alternatieve vragen wanneer de hoofd- of beginvraag – hierna vetgedrukt - niet van toepassing is of wanneer hij moeite heeft met een bepaalde vraag. De interviewer kan voorbeelden aanreiken, maar zal dat zo globaal mogelijk doen vanwege het risico dat patiënten dit makkelijk kunnen overnemen.
- Tijdens het gesprek wordt het tbs vocabulaire gebruikt zoals de coach en patiënt dat doen.

[6] Bij de start in de gesprekskamer is de opstelling van de onderzoeker met patiënt zo mogelijk in een hoek van 90 gr. en de patiënt het dichtst bij de deur. De patiënt kan dan wegkijken en desnoods opstaan en weglopen. In de eigen kamer van de patiënt blijft de deur open en dan zit de onderzoeker het dichtst bij de deur.

Hypothetische weergave en strekking van het interview:

Inleiding (10 min.):
Voorstellen: Fijn dat je mee wil werken aan dit onderzoek.
Mijn naam is Kees de Bruijn en ik ben geestelijk verzorger in opleiding.
Zullen we gewoon jij en jou zeggen en elkaar bij de voornaam noemen?
Zoals je misschien nog weet heb ik hier eerder een half jaar stage gelopen bij Marius.
Ik ben geen dokter, hulpverlener of behandelaar en kom hier nu dus als onderzoeker voor mijn studie.

- Voor we beginnen: heb je zelf nog vragen vooraf?

  Dit is het 1e / 2e / 3e gesprek.
  De vorige keer bespraken we….. De volgende keer bespreken we….

Doel: Zoals je in de informatiebrief hebt kunnen lezen of van je coach hebt gehoord, wil ik onderzoek doen naar zingeving in tbs. Dus: wat vindt iemand in tbs belangrijk in zijn leven. Om je leven in tbs goed in te delen. Hier en nu, maar ook straks. Dat is een belangrijk onderwerp. Tegelijk weten we eigenlijk niet goed wat patiënten er zelf nou van vinden.

Alleen bij het 1e gesprek:
- Om te beginnen wil ik vragen: Op welke afdeling zit je nu? Past die afdeling bij jou? Wat is het verschil met de andere afdeling?

(Deze vraag tast af welke verwachtingen de respondenten van de behandeling hebben en zich bewust zijn van facetten -lichamelijk, psychisch of sociaal welzijn- die van belang zijn. Hierbij kunnen eventueel ook demografische gegevens nagevraagd worden; zie de alinea hierna.)

Opzet: Dit onderzoek gaat over de mensen van de afdeling Onyx. Graag wil ik daarvan mensen interviewen over hun ervaringen in tbs. Hoe men de behandeling beleeft, het samenleven met anderen en de tijd voor jezelf. We zullen helaas geen tijd hebben voor jou complete 'levensverhaal' en daar gaat het ook niet om. We gaan in gesprek over je verblijf tot nu toe in tbs; wat jij daarin belangrijk vindt of wat het voor jou de moeite waard maakt.

Duur: We hebben in totaal drie gesprekken; het gesprek zal straks ongeveer 10 – 15 minuten duren. Dan hoeft het ook niet zwaar voor je te zijn, toch? Je kan altijd stoppen of pauzeren als dat nodig is. Als je wilt kunnen we een vervolgafspraak maken en als ik vragen stel waarop je geen antwoord wil geven, zeg dat dan gerust.

Audio opname en codering: Het interview zal ik opnemen, zodat ik het later kan uittypen en verwerken. Jouw naam of namen van anderen zullen er dan niet in terug komen. Ik ga die informatie ook niet doorgeven aan anderen. Jouw naam krijgt in de computer een code met een wachtwoord en alleen ik weet straks welke tbs-er welke code heeft. Het interview is helemaal vertrouwelijk en je gegevens zijn veilig. Van alle informatie uit het onderzoek wordt een rapport of een artikel gemaakt. Dan kan de code van iemand daarin vermeld worden, maar namen dus niet. Of iets anders wat naar iemand herleid kan worden.

Aantekeningen maken: Misschien schrijf ik straks iets op, zodat ik daar later in het gesprek op terug kan komen. Je kan geen goede of foute antwoorden geven; dus daar heeft het niets mee te maken. En als het nodig is kan je zelf ook op papier iets uittekenen.

Informed consent: Ben je nu goed geïnformeerd over het onderzoek? Veel dingen heb je al eerder met je coach besproken denk ik. Begrijp je de bedoeling? Dan gaan we eerst de papieren tekenen dat je mee wil doen en toestemming geeft om je gegevens te gebruiken. *Laten we dat doen.* Heb je nog meer vragen voordat we beginnen?

1. INTRODUCTIE Wil je iets vertellen over jezelf?

Laten we het hebben over de situatie van hier en nu; je verblijf in tbs. Daarbij gaan we de eerste keer in op de behandeling en hoe jij dat ervaart. En dan ook je dagprogramma of je weekrooster.

Middendeel (3 x 10 min.):

2. BEHANDELING In welke mate geven patiënten zin aan de behandeling in tbs.

a) **Hoe is het voor jou om tbs te hebben?** Leg eens uit? Want? Wat betekent de behandeling nu in tbs voor je? Wat is de bedoeling van tbs voor je? Vind je dat belangrijk voor jezelf? Hoe hou je het leven hier vol? Waardoor? Wat vind je wel / niet nodig / goed voor je?

b) Je hebt hier een behandeling, blokken met therapie en werk. **Welke vormen van therapie of welk blokken vind jij goed voor jou?** Hoe belangrijk is dat voor je? waar heb je het meeste zin in om te doen? Of juist niet? Waar word je het meest blij van?

Afsluiting 1e gesprek: We hebben het nu gehad over hoe je de - *bedoeling* van - tbs ervaart en hoe je de verschillende therapieën - *werkvormen* – beleeft. Bij het volgende gesprek ben ik benieuwd hoe je in tbs de contacten ervaart met andere mensen om je heen. OK?

Introductie 2e gesprek: Bij het vorige gesprek hebben we gesproken over de behandeling in tbs. Bij dit tweede gesprek ben ik benieuwd hoe je in tbs de contact ervaart met andere mensen om je heen. Ik wil het nu met je hebben over het omgaan met elkaar buiten de blokken, zoals op de afdeling, met staf of behandelaars en eventueel bij bezoek.

3. BEJEGENING In welke mate zijn contacten met anderen belangrijk.

a) Je leeft in tbs samen met andere mensen op de afdeling. **Hoe vind jij jou medepatiënten?** Kun je dat uitleggen? Wat betekenen je medepatiënten voor je? Hoe vind je het dat je gesloten zit met de anderen? Hoe belangrijk zijn andere mensen om je heen? Hoe voel je je daarbij?

b) Buiten de behandeling ga je ook om met medewerkers. Ik denk aan staf, therapeuten, psychiater, GV e.d. **Hoe is het contact met anderen?** Hoe beleef je het contact met staf of andere zorgverleners? Hoe vind je dat deze mensen in tbs met je omgaan? Hoe voel je je daarbij? Zijn er andere mensen waar je veel contact mee hebt, die ik nu niet noem?

c) Er zijn ook bezoekregelingen in tbs. **Heb je bezoek? Wat vind je daarvan dat je dat wel/niet hebt?** Hoe belangrijk is bezoek voor je in tbs? Wat betekent het voor je om (geen) bezoek te hebben? Waarom benoem je het zo?

Is iemand (staflid, medepatiënt, ander persoon) het meest belangrijk voor je? Zo ja; wat doet hij of zij? Zo nee; zou je dat graag willen? Met wie (medepatiënt, hulpverlener, bezoek) heb je het liefst, vaakst contact. Welke van de drie 'groepen' is het meest belangrijk voor je?

Afsluiting 2e gesprek: We hebben nu gesproken over je omgaan met anderen in tbs; de *medepatiënten*, de medewerkers – *zorgverleners* - en je *bezoek*. Bij het volgende gesprek wil ik graag ingaan op de tijd dat je alleen bent; je eigen tijd. OK?

Introductie 3e gesprek: We hebben de vorige keer gesproken over je omgaan met anderen in tbs. Deze keer wil ik ingaan op de tijd dat je alleen bent. Het gaat dan dus om je eigen tijd. Hoe je de tijden beleeft als je ingesloten wordt. Waar denk je bijvoorbeeld veel aan of wat doe je als je alleen bent.

4. EIGEN TIJD <u>In welke mate geven patiënten betekenis aan bezinning.</u>

a) In tbs heb je soms ook tijd voor jezelf of je wordt ingesloten. **Waar denk je over als je alleen bent?** Is deze tijd belangrijk voor je? Zijn er dingen waar je over nadenkt? Denk je wel eens terug aan je delict? Of een bepaalde (oude) verslaving? Wat geeft dat voor gedachten? Is hoeverre is je verleden of toekomst belangrijk voor je?

b) Je hebt dan ook wel tijd voor ontspanning, (uit)rusten of slaap; **Wat geeft jou rust?** Waardoor word je rustig? Waar vind jij je rust in? Hoe probeer je moeilijke dingen te verwerken? Kun je makkelijk in slaap komen? Spelen middelen / medicijnen nog een belangrijke rol? Waar haal je nieuwe kracht of energie uit?

We hebben het nu gehad over tijden wanneer je alleen bent; je eigen tijd. Waar je dan aan denkt – *zelfreflectie* - en hoe jij tot (of aan) je *rust* komt. Dit was ons laatste gesprek en daarmee zijn we ook aan het einde van dit onderzoek gekomen.

Afsluiting (5 min.):

Ik wil je hartelijk bedanken voor je openheid tot nu toe en het gesprek dat we zo mogen hebben. Als allerlaatste ben ik eigenlijk nog wel benieuwd hoe je je toekomst ziet.

5. VERANDERWENSEN <u>Heb je nog bepaalde wensen of dromen voor de toekomst?</u>

Hoe belangrijk is dat voor je? Waar geloof je in waar vertrouw je op? Hoe zie je het voor je om terug te gaan naar de maatschappij? Wat zou je hier meer kracht, energie geven? Hoe kijkt een goede relatie of familielid aan tegen jouw leven? Ben ik nog iets vergeten, wat je graag nog kwijt wilt?

Afronden van het interview: Dit was de laatste vraag. Nogmaals; fijn dat je wilde meewerken. Hoe voel je je nu?
Ik ga dit nu verder allemaal uitwerken en dat duurt wel een poosje. De staf of je coach zal daarna het eindrapport kunnen lezen. Misschien heb je al veel eerder met je coach nog een terugblik op dit gesprek.

Checken: Wil je een uitwerking van dit gesprek ontvangen en op de hoogte blijven? Zijn er dingen die niet aan bod zijn gekomen en die je nog zou willen toevoegen?

Bedanken: Mijn naam en bereikbaarheid staat op de informatiebrief die je hebt gekregen. Mocht je nog terug willen komen op dit gesprek dat kun je – via je coach - contact met me opnemen. Ik wil je heel hartelijk bedanken voor je medewerking. Daarvoor wil ik je ook deze tegoedbon aanbieden; die kun je besteden bij de winkel. Ik hoop verder dat je het hier volhoudt en dat het goed met je gaat. En wie weet tot ziens?!

Bijlage 3: Codeboek

Bijlage 3: Codeboek

Code	Comment
acceptatie, begrip	uitspraken die begrip opbrengen voor veroorzakende omstandigheden en de gevolgen accepteren
achtergrond	uitspraken over persoonlijke achtergrond, -afkomst; ook herinneringen aan specifieke (jeugd)ervaringen uit de periode vóór de tbs
andere afdeling	uitspraken met een mening over gang van zaken op de andere afdeling(en)
andere kliniek	uitspraken met meningen over bepaalde ervaringen in een andere tbs kliniek op een andere lokatie
anderen analyse	bespiegelende uitspraken over anderen of de omgang daarmee, die als een voorbeeld worden beschouwd of juist niet, om de houding van anderen realistisch en zo objectief mogelijk in te schatten
attitude irt behandeling	uitspraken over een overwegend positieve houding in relatie tot de behandeling in tbs
attitude irt bejegening	uitspraken over een overwegend positieve houding in relatie tot de interne contacten, ook met medepatiënten, en de bejegening in tbs
attitude irt eigen tijd	uitspraken over een overwegend positieve houding in relatie tot de eigen tijdsbesteding; ook sociaal contact met medepatiënten
attitude tav tbs	kritische uitspraken over de tbs-situatie, het krijgen en hebben van de maatregel, de context (verschil binnen-buiten), beleidskeuzes (maatregelen, restricties e.d.), het omgaan met elkaar (zowel patiënten als personeel) e.d.; de kritiek kan zich richten op het systeem, personeel (kwaliteit/empathie), beleid, (dwang)medicatie, regiem, bejegening en uit zich in negatieve emoties als onbegrip, verwarring, boosheid, gevoel van onrecht e.d.
begeleiding	uitspraken over hulp in praktische zaken of samen dingen doen buiten of naast de behandeling; ook medewerking aan het onderzoek, geestelijke verzorging e.d.
bescherming	uitspraken over bescherming die nodig is of gewenst in situaties voor zichzelf of voor derden (ook beveiliging vanwege een bepaalde persoonlijkheid of ziektebeeld)
bezoek van buiten	uitspraken over bezoek van buiten en het omgaan daarmee
communicatie	uitspraken over algemene communicatie, zowel onderling patiënten als met personeel of personeel onderling
contacten	uitspraken over allerlei contacten waar men mee te maken heeft; zowel binnen als buiten tbs
controle	uitspraken in relatie tot gerichte controle, met name UDS
crises	uitspraken over bepaalde maatregelen of beperkingen binnen tbs uitspraken over bijzonder (delictverwante) omstandigheden buiten tbs
cultuur verschillen	uitspraken gerelateerd aan verschillen in cultuur, afkomst of nationaliteit

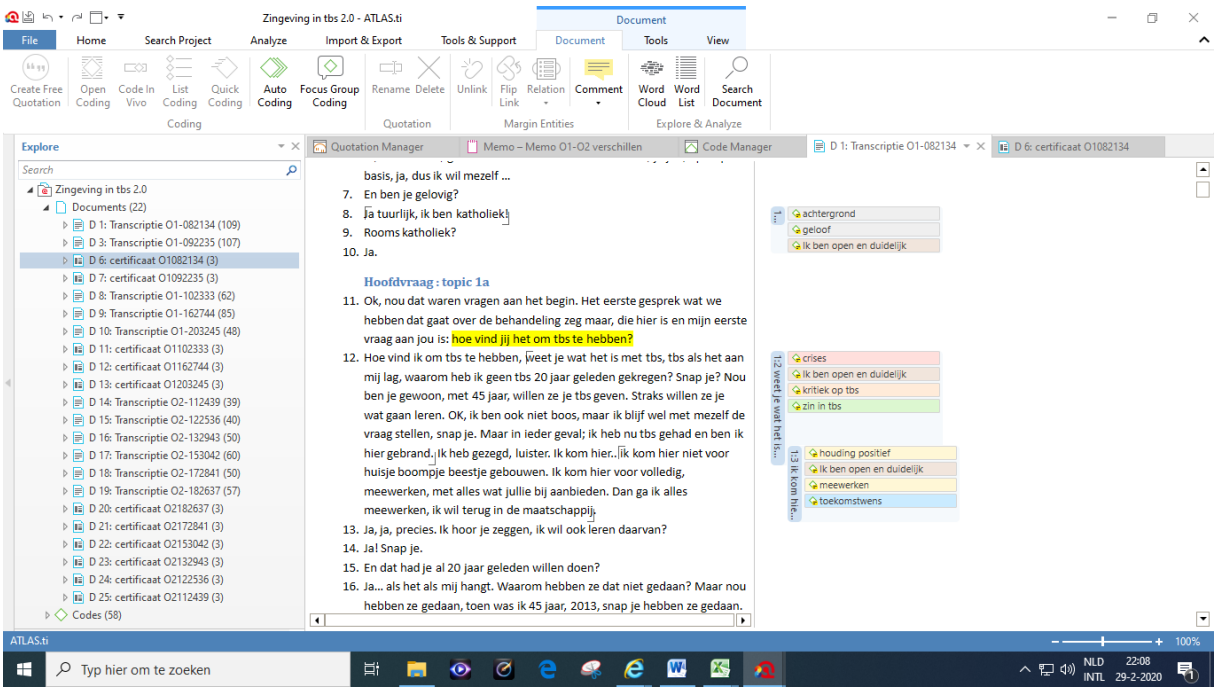
demoralisatie	uitspraken over het niet goed (meer) in de hand hebben van wensen of verlangens (bijv. door verslaving, prikkels) en daarmee onvermogen om een bepaald gewenst doel te bereiken of in stand te houden; ook iets dierbaars kwijt zijn (uit zich in gelatenheid, moeheid, krachteloos zijn, uitgeput e.d. en houdt verband met persoonlijkheid)
denken aan delict	uitspraken over het denken aan een zelf gepleegd delict; vooral het indexdelict voor tbs
desoriëntatie	uitspraken over het spoor bijster zijn door bepaalde omstandigheden of veranderingen (bijvoorbeeld na plotselinge personele wisseling) en daarmee iets van wanhoop, verlies van overzicht of perspectief (vaak gerelateerd aan crises, onrecht, verschil in behandeling en daardoor onbegrip, verwarring e.d.)
doelgericht	uitspraken over (een aangenomen) houding of karakter van doelgerichtheid, focus en vasthoudende intentie in situaties; ook in crises vanwege maatregelen of onvoorziene omstandigheden
geen voortgang	uitspraken over vertraging, langdurigheid, langzaam gaan; geen voortgang zien in tbs-behandeling (kan ook een korte termijn perspectief zijn zoals langdurige insluiting)
geloof	uitspraken over persoonlijke geloofsbeleving, -beoefening, -onderwijs of spirituele ervaringen
houding positief	uitspraken over een positieve houding van zichzelf ten opzichte van de tbs-situatie
houding van anderen, negatief	uitspraken over houding van anderen die als negatief wordt ervaren en/of die als onveilig voor anderen wordt beschouwd
kwalificatie	uitspraken over een oordeel (vormen), keuzes maken, voorkeuren geven, scoren; daarmee ook het berekenen van zin, nut, betekenis, of voordeel in of van een situatie
leren	uitspraken over (het ervaren van) leermomenten in of vanwege de tbs-context
medicatie	uitspraken over nodige en gerichte medicatie om zich te beheersen, rustig te blijven, persoonlijkheid / stoornissen onder controle te houden
meewerken	uitspraken over het (al of niet gedwongen) meewerken aan de behandeling
metafoor	uitspraken die een vergelijking betreffen tussen een tbs situatie en een dag-dagelijks ervaring daarbuiten; bepaalde beeldspraak
netwerk	uitspraken over een persoonlijk netwerk van direct betrokkenen op de persoon
oefenen	uitspraken over (steeds opnieuw) proberen, inslijpen, oefenen, proefdraaien e.d. in de tbs situatie
(over)leven	uitspraken over het - desondanks - in leven willen blijven, levenswens voorop stellen; ook beeldspraak om een bepaalde zware tijd door te komen
persoonlijkheid	uitspraken over eigen persoonlijke kenmerken of een bepaalde karaktertrek, stoornis, overheersende emotie e.d.; geven blijk van zelfkennis en / of behoefte aan een bepaalde bejegening of behandeling
praktische wijsheid	uitspraken over een bepaalde wijsheid die zelf is opgedaan in de tbs-praktijk of daarbuiten en een wijsheid die anderen hebben meegegeven voor bepaalde situaties; deze wijsheid wil men bijv. leidend laten zijn in houding, intentie of training en gebruiken bij iets uitproberen of beoefenen.

regels volgen	uitspraken over het - al of niet vrijwillig - (op)volgen van bepaalde regels
resocialisatie	uitspraken over resocialisatie vooruitzichten; toekomstperspectieven, wensen, doelen op relatief korte termijn
risico nemen	uitspraken over het bewust opzoeken van een bepaalde grens, iets uitproberen; hoeft niet alleen met een negatieve lading (iets kan misgaan, men heeft pech of krijgt een sanctie) maar ook in een meer positief opzicht keuzes maken (op zoek naar iets beters (QoL), meer geluk e.d.)
ritme / ritueel / routine	uitspraken over een bepaalde dagindeling of routine, dagritme, rituelen of specifieke gewoontes om een (dag)periode door te komen
toekomstwens	uitspraken in relatie tot wensen voor de toekomst na tbs; perspectief op langere termijn
verbeterdingen	uitspraken over dingen en zaken in tbs die beter kunnen en gewenst worden; perspectief op korte termijn of een verbetering voor het dagelijkse leven
vergeving	uitspraken in relatie tot vergeving van iets of bepaald gedrag
vertrouwen	uitspraken die duiden op een vertrouwen in bepaalde personen, instanties of situaties die zich (al of niet meer) voordoen of nog gaan voordoen
wantrouwen	uitspraken over een situatie waarin wantrouwen is ontstaan of waar argwanend tegen aan gekeken wordt
zelf analyse	uitspraken over -voortschrijdend- zelfinzicht en zelfreflectie; vaak om in het vervolg iets anders te doen of moeten willen, beter geneigd te zijn, een -meer- realistische basishouding te ontwikkelen of andere plannen te maken
zelfzorg	uitspraken in verband met zorgen voor zichzelf of de eigen positie ergens in; de nodige dagdagelijkse verzorging (huishouding; positief), soms in onderscheid van anderen (positief of negatief egoïsme) zowel lichamelijk (persoonlijke hygiëne) als geestelijk (meditatie, egodocumenten, ontspanning)
zin in tbs	uitspraken over betekenis geven aan het tbs systeem of de tbs context in het algemeen; overwegend neutraal of positief

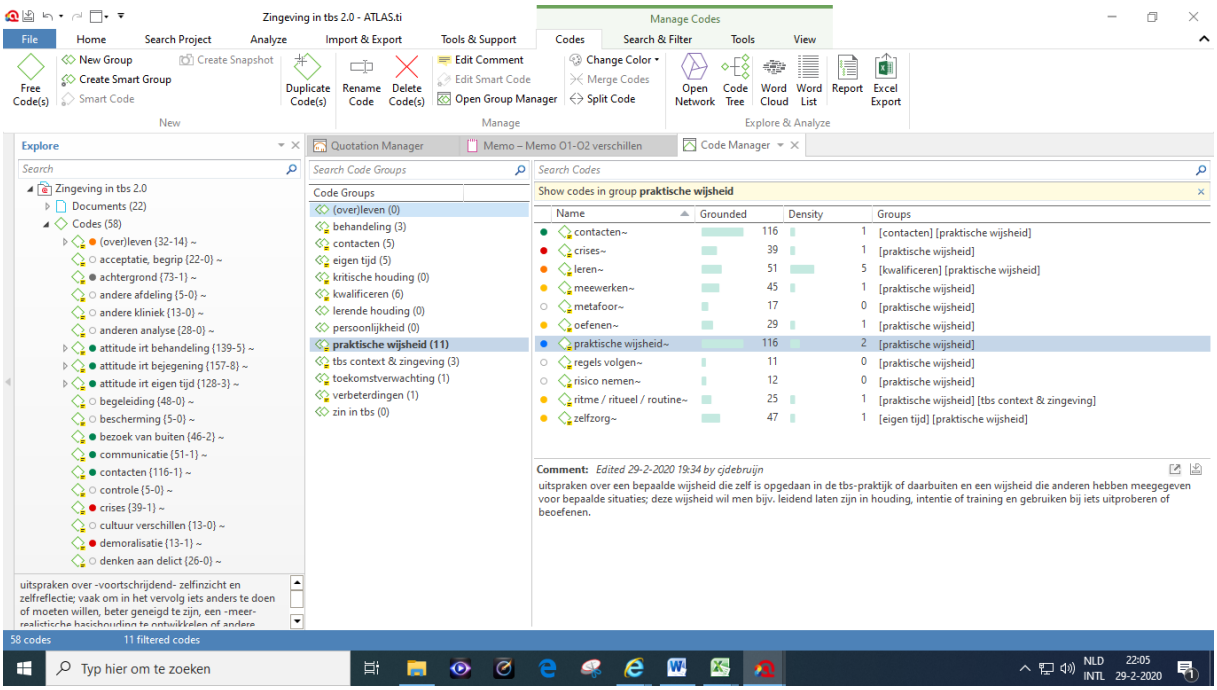
Bijlage 4: Project overzicht Atlas.ti

Bijlage 4: Project overzicht Atlas.ti 'Zingeving in tbs 2.0'

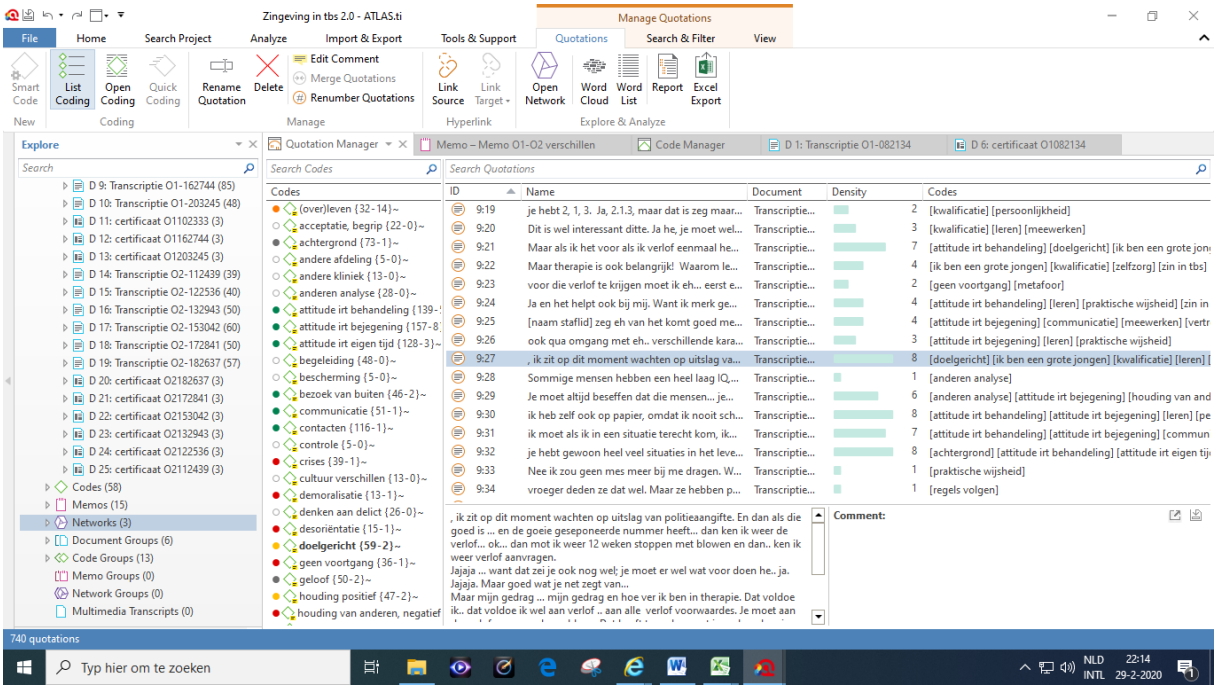
Voorbeeld schermknipsel: Document manager.



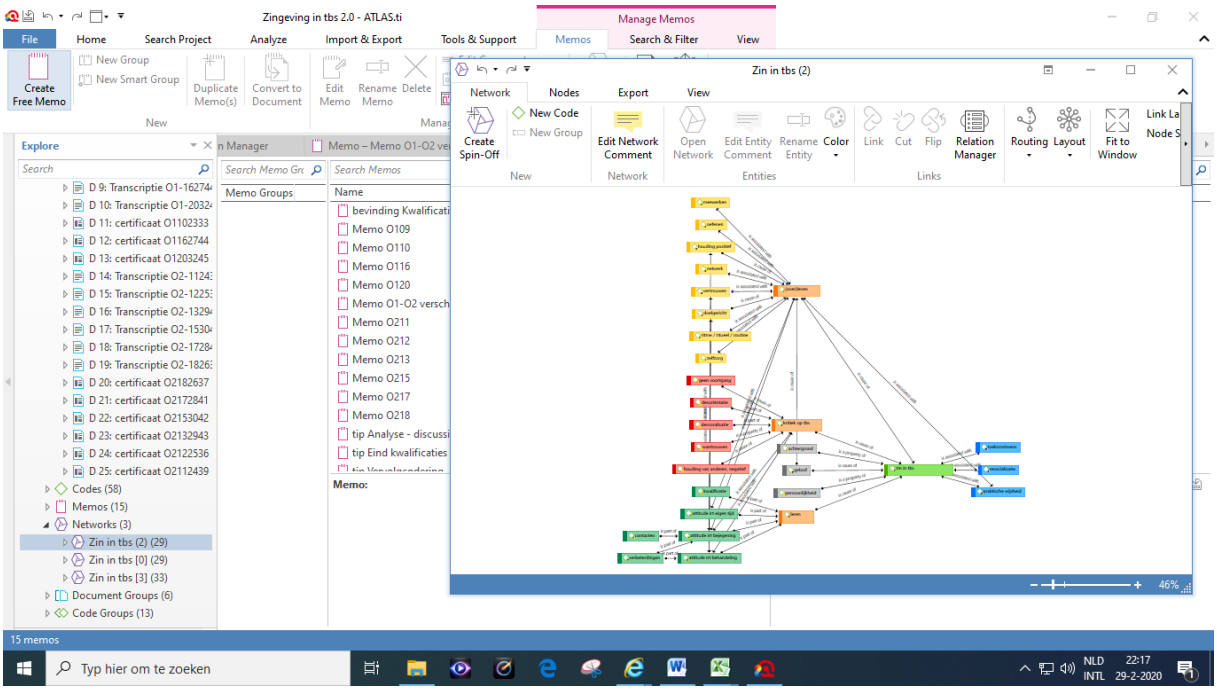
Voorbeeld schermknipsel: Code manager.



Voorbeeld schermknipsel: Quotation manager.

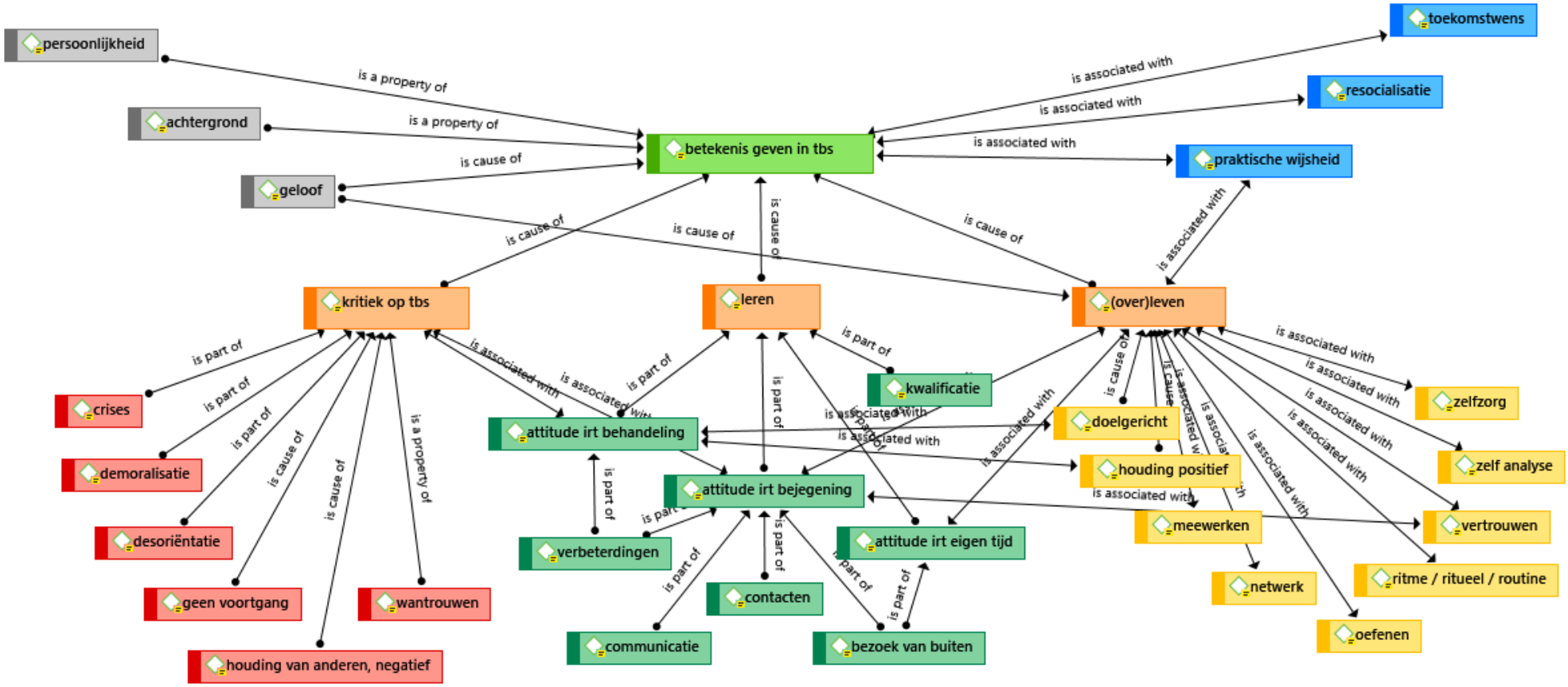


Voorbeeld schermknipsel: Network manager.



Bijlage 5: Semantisch netwerk ‘zin in tbs’

Bijlage 5: Semantisch netwerk ‘zin in tbs’



Bijlage 6: Schema kenmerken van zingeving belangen en dimensies in tbs

Bijlage 6: Schema dimensies zingeving & belangen in tbs

Schematische weergave met kenmerken van zingeving, waarin vier dimensies van zingeving zijn afgezet tegen drie zorgbelangen van de tbs-instelling.

	Behandeling	Begeleiding	Beveiliging
Existentiële dimensie	persoonlijke groei onderwijs, training therapie (PMT, CGT) medicatie Onderwijs Therapie	persoonlijke ondersteuning (regie) behandelaars staf, psycholoog, medische dienst Psychiater Therapeut / Psycholoog	persoonlijke verzorging facilitaire dienst / ANW hoofd afdelingscorvee / huishouden medicatie / separatie Dokter Koken / Corvee
Esthetische dimensie	gepaste vorm drama / beeldend hout / tuin / metaal onderling contact Begeleider WLS / DAC Werken / Tuin	ontspannen omgang ontspanning sporten verlofbegeleiding Kletsen met elkaar (spel, gesprekken) Sport Verlof	veilige omgang verblijf in (woon)kamer stilte buiten / patio gebruik inrichting DAC Hobby / dieren crea / Muziek DVD/ bibliotheek DAC / sport Huishouden, was / strijk Patio moment / buiten
Ethische dimensie	goed behandelplan controles - UDS analyse / behandelplan Zelfzorg (uiterlijk, stijl kennis over jezelf) Medepatiënten	constructieve houding groepstherapie/-trainingen (schaduw) coach / contact staf kliniekbrede sessies / activiteiten Staf Coach	respect kamer / verlofcontrole - UDS bezoek / netwerkregels afdelingsmaatregel Controles / UC
Spirituele dimensie	geloofsvertrouwen Verlof	empathie individueel gesprek groepsgesprekken rituelen / vieringen Bezoek GV-er Religie / geloof	privacy alleen zijn / meditatie bezoek ontvangen vrijplaats Alleen op kamer, rust, stilte Bezoek