



rijksuniversiteit
groningen



Vergrijzing in de tbs

Mixed-methods casestudy naar de invloed van patiëntenvergrijzing op het dagelijks handelen van sociotherapeuten in de tbs-zorg binnen de Mesdag

Marissa Wetsema
Rijksuniversiteit Groningen
Begeleider
Referent
Datum:

S3619974
MSc Sociologie: Gezondheid, Welzijn & Zorg
Dr. M. Spreen
Prof. Dr. N. Steverink
25 maart 2026

Vergrijzing in de tbs

Mixed-methods casestudy naar de invloed van patiëntenvergrijzing op het dagelijks handelen van sociotherapeuten in de tbs-zorg binnen de Mesdag

A mixed-methods case study into the influence of an aging patient population on the daily professional practice of sociotherapists in forensic psychiatric care at the Mesdag.

Master:	Sociologie, masterroute Gezondheid, Welzijn & Zorg Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit voor Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Student:	Marissa Wetsema
Studentnummer:	S3619974
Datum afronding:	maart 2026
Onderzoeksvraag:	Hoe ervaren sociotherapeuten de vergrijzing van tbs-patiënten en op welke manieren beïnvloedt dit hun dagelijks handelen?
Scriptiebegeleider:	Dr. M. Spreen
Referent:	Prof. Dr. N. Steverink

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterscriptie, geschreven ter afronding van de opleiding Sociologie met de route Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Deze scriptie is tot stand gekomen in samenwerking met de Mesdag, waar ik onderzoek heb gedaan naar de impact van vergrijzing op de dagelijkse praktijk van sociotherapeuten.

Allereerst wil ik de participanten bedanken die hebben deelgenomen aan mijn onderzoek. In het bijzonder wil ik de sociotherapeuten binnen de Mesdag bedanken voor de openheid en het vertrouwen waarmee zij hun ervaringen hebben gedeeld tijdens de interviews en de survey. Daarnaast ben ik erg dankbaar voor de waardevolle begeleiding, het geduld en de expertise van mijn begeleider, dr. Marinus Spreen. Ook wil ik mijn referent, prof. dr. Nardi Steverink, bedanken voor haar constructieve feedback die dit onderzoek naar een hoger niveau heeft getild.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun gedurende het schrijven van mijn masterscriptie. Ik hoop dat dit onderzoek bijdraagt aan de bewustwording rondom de invloed van de vergrijzing binnen de tbs-zorg. Ik wens u veel leesplezier toe.

Marissa Wetsema

Groningen, maart 2026

Samenvatting

Forensische zorginstellingen worden in toenemende mate geconfronteerd met een vergrijzende patiëntenpopulatie. Ook in de Mesdag te Groningen neemt het aandeel oudere patiënten toe, wat leidt tot een groeiende frictie tussen de forensische behandelkaders en de somatische zorgbehoefte. Dit onderzoek analyseert hoe sociotherapeuten deze vergrijzing ervaren en op welke wijze dit hun dagelijks handelen beïnvloedt. Theoretisch is het onderzoek ingebed in de literatuur over Street-Level Bureaucracy, Roltheorie, de Totale Institutie en het Risk Need Responsitivity model (RNR-model).

Er is gebruikgemaakt van een *mixed-methods* design, bestaande uit zes semigestructureerde diepte-interviews met sociotherapeuten van zowel de Transmurale Voorziening (TMV) als intramurale afdelingen, aangevuld met een contextuele survey ($N=57$). De resultaten tonen aan dat vergrijzing niet slechts een demografisch gegeven is, maar leidt tot een fundamentele verstoring van de beroepspraktijk. Er is sprake van informele taakverbreding, waarbij sociotherapeuten structureel verpleegkundige Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (zoals wassen en aankleden) overnemen vanuit morele noodzaak. Dit veroorzaakt rolspanning tussen de identiteit als forensisch behandelaar (gericht op veiligheid en risicomanagement) en de realiteit als verzorger. Daarnaast vormen infrastructurele barrières, met name in monumentale panden, en een gebrek aan geriatrische expertise obstakels voor adequate zorgverlening.

Geconcludeerd wordt dat sociotherapeuten, door een gebrek aan formele facilitering, fungeren als ‘gatenvullers’ om de kloof tussen forensische veiligheidseisen en somatische zorgbehoeften van patiënten te dichten. De studie beveelt aan om zorgtaken te formaliseren in functieprofielen, te investeren in scholing omtrent geriatrische responsiviteit en de huisvesting strategisch aan te passen aan de verminderde mobiliteit van oudere patiënten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 <i>Aanleiding</i>	7
1.2 <i>Bestaande Inzichten</i>	10
1.2.1 <i>Beleidskaders en de Dagelijkse Praktijk</i>	10
1.2.2 <i>Internationale Inzichten en de Kenniskloof</i>	11
1.3 <i>Onderzoeksvraag</i>	11
1.4 <i>Wetenschappelijke en Maatschappelijke Relevantie</i>	12
1.5 <i>Leeswijzer</i>	13
2. Theorie	14
2.1 <i>Conceptuele Afbakening</i>	15
2.1.1 <i>Vergrijzing</i>	15
2.1.2 <i>Dagelijks Handelen</i>	15
2.2 <i>Theoretische Bouwstenen</i>	16
2.2.1 <i>Besluitvorming bij gebrek aan kaders: Street-Level Bureaucracy</i>	17
2.2.2 <i>De frictie tussen behandelen en verzorgen: Roltheorie</i>	17
2.2.3 <i>De beperkingen van de fysieke omgeving: De Totale Institutie</i>	18
2.2.4 <i>De mismatch in behandelmethodiek: Risk-Need-Responsivity</i>	18
2.3 <i>Slotsom</i>	18
3. Methode	21
3.1 <i>Beschrijving instrumenten</i>	21
3.2 <i>Operationalisatie naar deelvragen</i>	22
3.3 <i>Procedure en steekproef</i>	24
3.4 <i>Data-analyse</i>	27
3.5 <i>Wetenschappelijke nauwkeurigheid (Trustworthiness)</i>	28
3.6 <i>Ethiek</i>	29
4. Resultaten	30
4.1 <i>Kenmerken van de onderzoekspopulatie</i>	31
4.2 <i>Veranderingen in dagelijkse taken en routines (Deelvraag 1)</i>	33
4.3 <i>Rolspanningen en rolgrenzen (Deelvraag 2)</i>	35
4.4 <i>Omgaan met ontoereikende richtlijnen en protocollen (Deelvraag 3)</i>	36
4.5 <i>De invloed van de institutionele context (Deelvraag 4)</i>	37
4.6 <i>Aanpassing van interventies en relatie tot het RNR-model (Deelvraag 5)</i>	39
5. Conclusie en Discussie	42
5.1 <i>Conclusie</i>	42
5.2 <i>Discussie</i>	43
5.3 <i>Beperkingen van het onderzoek</i>	46
5.4 <i>Aanbevelingen</i>	48
5.4.1 <i>Praktijkaanbevelingen voor de Mesdag</i>	48
5.4.2 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	49
Literatuurlijst	51
BIJLAGE I - Informed-consent formulier	54

BIJLAGE II - Vragenlijst voor sociotherapeuten (Semi-structured)	56
BIJLAGE III - Survey voor sociotherapeuten binnen de Mesdag	59
BIJLAGE IV - Codeboek	61
BIJLAGE V – Statistische verantwoording	66
VI – Gebruik van AI Software	76

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de afgelopen jaren klinkt in beleid, praktijk en onderzoek steeds vaker het signaal dat de forensische zorg te maken krijgt met een structureel ouder wordende populatie (Di Lorito et al., 2018). Dit beeld is ook zichtbaar in een tbs-kliniek als de Mesdag te Groningen. In deze hoogbeveiligde kliniek, waar patiënten met een tbs-maatregel worden behandeld met als doel een veilige terugkeer in de samenleving, verdubbelde het aandeel patiënten van 60 jaar en ouder van 4% in 2015 naar 8% in 2024 (interne dataset 2015–2024). Deze lokale ontwikkeling past in een bredere internationale trend: in veel westerse landen groeit het aandeel oudere patiënten in forensische instellingen. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door de algemene demografische vergrijzing en een striktere strafrechtelijke aanpak, maar ook door de toegenomen vervolging van zeden- of geweldsmisdrijven die decennia geleden zijn gepleegd (zogenaamde ‘historische delicten’). Hierdoor stromen patiënten pas op reeds gevorderde leeftijd het tbs-traject binnen (Di Lorito et al., 2019; Moll, 2013).

Om de impact van deze vergrijzing te begrijpen, is het essentieel om de aard van de tbs-maatregel te kaderen. De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ, 2020) definieert de maatregel als volgt:

“De terbeschikkingstelling met dwangverpleging is een justitiële maatregel. De rechter kan deze maatregel opleggen aan een verdachte die veroordeeld wordt voor het plegen van een ernstig delict en die ten tijde van het delict leed aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, waarbij de kans op herhaling aanwezig wordt geacht. De doelstelling van de tbs-maatregel is tweeledig: beveiliging van de maatschappij én veilige resocialisatie en terugkeer in de samenleving.”

De uitvoering van deze complexe opdracht ligt mede in handen van de sociotherapeut. Deze professional bevindt zich dagelijks in het spanningsveld tussen behandeling en beveiliging en is samen met het team verantwoordelijk voor het creëren van een veilig behandel- en leefklimaat op de unit. De kern van de functie bestaat uit het begeleiden van patiënten bij het oefenen van sociale vaardigheden en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), passend bij de

specifieke behandelfase van de patiënt. Naast deze directe begeleiding levert de sociotherapeut een essentiële bijdrage aan rapportages, observaties en multidisciplinaire overlegvormen.

Om de doelstellingen van de tbs te bereiken, vormt het Risk-Need-Responsivity (RNR) model het leidende theoretische kader binnen de forensische zorg (Andrews & Bonta, 2007). Dit model stelt dat de intensiteit van de interventie moet aansluiten bij het risico op recidive (Risk), gericht moet zijn op delictgerelateerde factoren (Need) en bovenal moet zijn afgestemd op de specifieke vermogens en leerstijl van de patiënt (Responsivity).

Achter de hiervoor genoemde cijfers over vergrijzing en instroomleeftijd gaan concrete verschuivingen schuil die het leef- en behandelklimaat fundamenteel beïnvloeden. Waar de tbs-omgeving historisch is ingericht op relatief vitale, jongere mannen, zorgt veroudering nu voor een veranderende dynamiek op de afdelingen. Dat de focus op een jonge doelgroep niet toevallig is, wordt ondersteund door cijfers van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC, 2025): de gemiddelde instroomleeftijd in de tbs ligt rond de 33 jaar. Dit bevestigt dat de huidige voorzieningen, dagprogramma's en professionele werkwijzen primair zijn ontworpen voor een populatie in de kracht van hun leven.

De veroudering van de tbs-populatie zorgt voor een veranderende dynamiek op de afdelingen die schuurt met dit ontwerp. Het tempo van patiënten vertraagt en de fysieke mobiliteit neemt af. Daarnaast spelen cognitieve klachten, zoals problemen met het geheugen, de aandacht en executieve functies, vaker een rol in de interactie tussen patiënten en sociotherapeuten. Deze fysieke en mentale achteruitgang vraagt om andere vormen van begeleiding dan de reguliere forensische psychiatrie doorgaans biedt (Tomlin et al., 2023). De kern van de frictie ligt in het feit dat de tbs-praktijk functioneert binnen strakke organisatorische kaders die primair ingericht zijn op beveiliging en controle. Een patiënt die door traagheid en vergeetachtigheid niet meer past in het vaste ritme van de kliniek, dwingt de professional tot aanpassingen waar het systeem niet altijd op is berekend.

De tbs-praktijk vereist voortdurend maatwerk, maar dit staat haaks op de constante institutionele eisen rondom veiligheid, verantwoording en een strakke planning (RSJ, 2022). De overgangs- en controlemomenten, denk aan het in- en uitchecken bij verlof of strikte medicatie- en rapportagemomenten, creëren op de werkvloer een voortdurende spanning tussen het uniforme

ritme van de organisatie en de uiteenlopende, leeftijdsgebonden behoeften van patiënten. In die spanning moet de sociotherapeut dagelijks prioriteiten stellen: wat krijgt nu voorrang, wanneer en voor wie? Hierbij rijst onvermijdelijk de vraag in hoeverre deze handelingen nog aansluiten bij de formele verantwoordelijkheden van de sociotherapeut. De cruciale vraag rijst: wat hoort nog bij sociotherapie en wat is eerder somatische of verpleegkundige zorg?

Daarnaast laten signalen uit het reguliere gevangeniswezen en de bredere forensische psychiatrie zien dat het systeem nog onvoldoende is toegerust op deze doelgroep (Tomlin et al., 2023). Detentieadviezen signaleren twee tekortkomingen. Ten eerste sluit de infrastructuur vaak slecht aan op mensen met beperkte mobiliteit; monumentale panden of standaard celinrichtingen bevatten drempels en niet-aangepast sanitair, en hulpmiddelen zijn vaak niet voorhanden. Ten tweede is er binnen de teams een tekort aan specifieke geriatrische expertise. Omdat ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) niet structureel is geregeld, valt deze zorg in de praktijk vaak ongepland toe aan de sociotherapeut (Penal Reform International, 2021; RSJ, 2022).

Deze context vormt de directe aanleiding voor dit onderzoek naar de wijze waarop sociotherapeuten betekenis geven aan deze vergrijzing in hun dagelijks, discretionair handelen. Het gaat daarbij niet alleen om formele protocollen, maar om de praktijk zoals die zich op de werkvloer vormt: de keuzes en afwegingen die professionals maken wanneer de behoeften van oudere patiënten schuren met de institutionele kaders. Door juist dat handelingsniveau in beeld te brengen, wordt zichtbaar waar de organisatie faciliteert en waar frictie ontstaat, welke rolspanningen optreden bij taakverbreding richting ADL-zorg, en welke aanpassingen feitelijk nodig zijn om effectief en menswaardig te blijven werken. Hoewel er in Nederland veel bekend is over reguliere ouderenzorg (RIVM, 2023), ontbreekt het nog aan systematisch onderzoek binnen de specifieke context van de forensische psychiatrie. Terwijl binnen de Mesdag een pilot loopt naar de inzet van ADL-medewerkers, biedt dit onderzoek een ondersteunende onderbouwing: het brengt de impact van vergrijzing op de professionele identiteit en het dagelijks handelen wetenschappelijk in kaart om de noodzaak van dergelijke beleidsaanpassingen te staven.

1.2 Bestaande Inzichten

1.2.1 Beleidskaders en de Dagelijkse Praktijk

De noodzaak tot aanpassing wordt onderstreept in beleidsadviezen. In het advies *Vergrijzing in Detentie* schetst de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2022) dat de veroudering in het gevangeniswezen vraagt om aanpassingen in zowel infrastructuur als zorgorganisatie. De raad wijst op de noodzaak van fysiek toegankelijke voorzieningen (aangepast sanitair, bredere doorgangen) en de structurele beschikbaarheid van geriatrische expertise en ADL-ondersteuning. Ook worden periodieke toetsing van detentiegeschiktheid en meer leeftijdsadequate dagbesteding aanbevolen. Internationale richtlijnen sluiten hierop aan: Penal Reform International (2021) benoemt concrete eisen voor leeftijdsbestendige detentieomgevingen, waaronder valpreventie en scholing van personeel in ouderenzorg. Deze kaders bieden een zinvolle referentie voor andere gesloten settings, waaronder tbs-klinieken, waar langdurig verblijf en veiligheidseisen eveneens de dagelijkse organisatie bepalen.

Over hoe sociotherapeuten in tbs-klinieken omgaan met de toegenomen complexiteit door vergrijzing is nog weinig empirische kennis beschikbaar. Interne signalen vanuit de Mesdag wijzen erop dat sociotherapeuten steeds vaker ADL-zorg dichtbij uitvoeren (bijvoorbeeld ondersteunen bij douchen, aankleden en transfers (het verplaatsen van patiënten, bijvoorbeeld van bed naar rolstoel)). De vaste controle- en overdrachtmomenten (zoals in- en uitchecken bij verlof, medicatiemomenten) blijven het dagritme bepalen. Externe ondersteuning blijkt binnen beveiligings- en arbo-kaders niet altijd beschikbaar of alleen op vaste, schaarse tijdstippen. In de praktijk komt fysieke zorg daardoor vaker bij interne teams te liggen, met gevolgen voor werkdruk en voor keuzes rond veilige mobiliteit en het gebruik van hulpmiddelen. Deze verschuivingen brengen vragen met zich mee over taakverdeling, rolopvatting en samenwerking tussen sociotherapie, somatiek en beveiliging.

1.2.2 Internationale Inzichten en de Kenniskloof

Uit internationaal onderzoek blijkt dat de combinatie van psychische, lichamelijke en cognitieve achteruitgang onder oudere forensisch psychiatrische patiënten leidt tot structurele uitdagingen. Tomlin et al. (2023) tonen aan dat patiënten van vijftig jaar en ouder vaak kampen met multimorbiditeit (bijvoorbeeld diabetes, mobiliteitsproblemen, geheugenstoornissen en

dementie) in combinatie met complexe psychiatrische voorgeschiedenissen. De bevindingen van Verhulsdonk et al. (2023) laten zien dat ongeveer 65% van de forensische patiënten van 60 jaar en ouder duidelijke cognitieve beperkingen vertoont. Deze worden in de klinische praktijk vaak niet tijdig herkend of geïntegreerd in de behandeling, wat vragen oproept over de geschiktheid van bestaande behandelprogramma's. Di Lorito et al. (2018) concluderen dat medewerkers in forensische zorginstellingen barrières ervaren door een niet-aangepaste fysieke infrastructuur en een gebrek aan specifieke zorgprogramma's.

Hoewel deze internationale inzichten de urgentie onderstrepen, is er in Nederland nog sprake van een leemte in de wetenschappelijke kennis. Er is weinig systematisch zicht op hoe zorgmedewerkers binnen de specifieke Nederlandse tbs-context omgaan met de dagelijkse consequenties van vergrijzing. Dit geldt zowel voor de praktische uitvoering van zorgtaken als voor de morele dilemma's en rolspanningen die hierbij optreden. De hierboven besproken studies maken duidelijk dat er behoefte is aan onderzoek naar de invloed van deze demografische verandering op het professioneel handelen. Dit onderzoek vult die kloof door in te zoomen op het microniveau van de sociotherapeutische praktijk.

1.3 Onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag van dit scriptie onderzoek luidt: *“Hoe ervaren sociotherapeuten de vergrijzing van tbs-patiënten en op welke manieren beïnvloedt dit hun dagelijks handelen?”*

Om deze vraag te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke veranderingen ervaren sociotherapeuten in hun dagelijkse taken en routines door de toename van oudere tbs-patiënten?
- Welke rolspanningen en rolgrenzen ervaren sociotherapeuten in het werken met oudere patiënten?
- Hoe gaan sociotherapeuten om met situaties waarin bestaande richtlijnen of protocollen onvoldoende aansluiten bij de behoeften van oudere patiënten?
- Hoe beïnvloedt de institutionele context van de tbs-kliniek (zoals veiligheid, infrastructuur en organisatie) de manier waarop sociotherapeuten met oudere patiënten werken?

- In welke mate passen sociotherapeuten interventies of benaderingen aan om rekening te houden met cognitieve en lichamelijke veranderingen bij oudere patiënten, en hoe verhoudt dit zich tot het RNR-model?

1.4 Wetenschappelijke en Maatschappelijke Relevantie

Ten eerste draagt dit onderzoek bij aan de wetenschappelijke kennis over de keuzes, afwegingen en taakgrenzen van professionals binnen een tbs-context. Internationale literatuur beschrijft vooral het profiel en de zorgbehoeften van oudere forensische patiënten, maar veel minder de doorwerking op het professionele handelen (Di Lorito et al., 2018; Tomlin et al., 2023). Dit onderzoek adresseert die lacune door de focus te leggen op het microniveau, ingebed in een samenhangend theoretisch kader. Door street level bureaucracy, roltheorie, het perspectief van de semi-totale institutie en het RNR-model te combineren, wordt zichtbaar hoe schaarste, rolspanning, routine en responsiviteit het handelen van sociotherapeuten sturen (Andrews & Bonta, 2007; Goode, 1960; Goffman, 1961; Lipsky, 2010). Daarmee sluit de studie aan bij sociologische literatuur over professionaliteit, organisaties en implementatie in gesloten zorgomgevingen.

Ten tweede is het onderzoek sociologisch relevant omdat het de mechanismen blootlegt waarmee een macrotrend (vergrijzing) doorwerkt op zowel het mesoniveau van organisaties als het microniveau van interacties. Concreet wordt zichtbaar hoe sociotherapeuten balanceren tussen veiligheid en zorg, tussen uniforme routines en individuele aanpassing, en hoe teams telkens opnieuw afspreken en aanscherpen waar ieders rol en grenzen liggen. De resultaten geven zo inhoud aan begrippen als rolspanning, discretionaire ruimte en institutionele routine in een gesloten of semi-totale voorziening, en laten zien onder welke voorwaarden maatwerk voor oudere en kwetsbare patiënten praktisch haalbaar is.

Ten slotte heeft het onderzoek maatschappelijke relevantie. Beleidsadviezen in het detentie domein signaleren knelpunten in infrastructuur, geriatrische expertise en ADL-zorg (RSJ, 2022). De bevindingen bieden werkvloerperspectieven voor beslissingen over taakafbakening, scholing en de inzet van op ADL gerichte medewerkers, en voor aanpassingen in dagprogramma's en de fysieke omgeving. Zo kan de studie bijdragen aan veilige en menswaardige zorg, aan doelmatiger gebruik van schaarse personele capaciteit en aan een responsieve behandelpraktijk

die past bij cognitieve en somatische kenmerken van oudere patiënten. De uitkomsten kunnen bovendien directe input leveren voor de lopende pilot rond interne ADL-ondersteuning binnen de Mesdag.

1.5 Leeswijzer

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader uiteengezet en in hoofdstuk 3 wordt de gehanteerde mixed-methods methodologie toegelicht. De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd in hoofdstuk 4. De scriptie sluit in hoofdstuk 5 af met de conclusie, een kritische discussie van de bevindingen en concrete aanbevelingen voor de praktijk.

2. Theorie

Het theoretisch kader vormt de basis van dit onderzoek. Om de probleemstelling “Hoe ervaren sociotherapeuten de vergrijzing van tbs-patiënten en op welke manieren beïnvloedt dit hun dagelijks handelen?” theoretisch uit te werken, wordt de spanning die in de praktijk ontstaat geanalyseerd vanuit de frictie tussen twee logica’s: de forensische behandel- en veiligheidslogica en de zorg- en verpleegkundige logica.

Hiertoe worden vier complementaire theoretische invalshoeken ingezet die samen het micro- (handelen) en mesoniveau (organisatie) adresseren. Deze theorieën worden ingezet om te verklaren hoe de sociotherapeut navigeert tussen behandeldoelen en somatische noodzaak, en waarom dit leidt tot rolspanning en discretionair handelen:

- Street-level bureaucracy (Lipsky, 2010): Focus op discretionaire ruimte, coping onder schaarste en beleidsambigüiteit.
- Roltheorie (Goode, 1960): Analyseren van rolset, rolambigüiteit en rolconflict bij onvoorziene taakverbreding.
- (Semi)totale institutie (Goffman, 1961): Contextualisering van de beperkte handelingsruimte door routine-dominantie, hiërarchie en de mate van geslotenheid.
- Risk-Need-Responsivity (RNR) (Andrews & Bonta, 2007): Duiden van de effectiviteit van interventies door het principe van Responsiviteit in relatie tot cognitieve en fysieke kenmerken.

Gezamenlijk vormen deze perspectieven het analytisch kompas dat zichtbaar maakt (a) hoe de instellingscontext handelingsruimte creëert of frictie oproept, (b) welke rolspanning dit bij sociotherapeuten genereert, en (c) waarom de behandelinhoudelijke logica om een fundamentele herziening van maatwerk vraagt.

2.1 Conceptuele Afbakening

2.1.1 Vergrijzing

In deze studie wordt vergrijzing gebruikt als verzamelterm voor de toename van het aantal tbs-patiënten die óf ouder zijn qua kalenderleeftijd, óf kenmerken van functionele veroudering vertonen (somatisch en cognitief) die merkbaar doorwerken in het dagelijkse leven op de afdeling (Di Lorito et al., 2018). Deze functionele achteruitgang manifesteert zich door een toename van lichamelijke aandoeningen, waaronder hartziekten, hypertensie en dementie, en een mogelijke verergering of complexiteit van bestaande psychiatrische stoornissen (Coid et al., 2002; Di Lorito et al., 2019). Deze kenmerken beïnvloeden de deelname van patiënten aan (psycho)therapeutische programmaonderdelen negatief en vragen om responsieve, op maat gesneden begeleiding (Di Lorito et al., 2018; Verhülsonk et al., 2023). Vergrijzing is daarmee niet louter een demografisch verschijnsel; het herstructureert werkprocessen en veiligheidsafwegingen en brengt nieuwe, niet-forensische zorgvragen binnen het team (Di Lorito et al., 2018; RSJ, 2022).

In lijn met forensisch-psychiatrische literatuur wordt in deze studie 50 jaar als praktische ondergrens voor ‘oudere’ tbs-patiënten gehanteerd. Dit wordt verdedigd door de bevinding dat in gesloten settings functionele veroudering gemiddeld circa tien jaar eerder optreedt, waardoor 50+ een verdedigbare proxy vormt voor leeftijdsgebonden kwetsbaarheden die het dagelijks handelen direct raken (Di Lorito et al., 2018; Lightbody et al., 2010; Tomlin et al., 2023).

2.1.2 Dagelijks Handelen

In dit onderzoek verwijst ‘dagelijks handelen’ naar de wijze waarop sociotherapeuten in de klinische praktijk uitvoering geven aan hun taken en de professionele beslissingen die zij daarbij nemen. Dit handelen kan worden gezien als de noodzakelijke vertaling van formele kliniekprotocollen naar de concrete interactie met de patiënt op de afdeling. Vooral bij een vergrijzende populatie vraagt dit om een voortdurende afweging tussen de institutionele veiligheidseisen van de tbs en de specifieke, vaak kwetsbare zorgbehoeften van de oudere patiënt. Om dit proces systematisch te analyseren, wordt het handelen in deze studie benaderd via vijf samenhangende dimensies.

Allereerst wordt het handelen gevormd door de vaste routines en taken die de dagelijkse structuur en veiligheid op de afdeling bewaken. In lijn met de theorie van Goffman (1961) gaat het hier om werkzaamheden zoals het leiden van de ochtendoverdracht, het begeleiden van gezamenlijke maaltijden en het schrijven van dagrapportages. Naast deze vaste structuur is er echter ook sprake van discretionaire ruimte, ofwel de keuzevrijheid die een sociotherapeut heeft om in specifieke situaties af te wijken van de standaardregels (Lipsky, 2010). Een concreet voorbeeld hiervan is de microbeslissing om een vermoeide oudere patiënt toe te staan een verplicht programmaonderdeel over te slaan, of het inruimen van extra tijd tijdens de medicatieronde wanneer een patiënt fysiek trager is geworden.

Deze keuzes raken direct aan de rolopvatting en taakgrenzen van de professional. Zoals Goode (1960) beschrijft, kan er spanning ontstaan wanneer de professionele identiteit verschuift door een verandering in het takenpakket. In de praktijk van de Mesdag uit zich dit bijvoorbeeld in de afweging of een sociotherapeut zelf ondersteuning biedt bij de persoonlijke verzorging (ADL) bij afwezigheid van verpleegkundigen, en hoe deze zorgtaak zich verhoudt tot de primaire therapeutische rol. Dit handelen vindt echter altijd plaats binnen de institutionele inbedding van de tbs-kliniek. De dwingende kaders van de beveiliging en de strikte dagplanningen beperken de handelingsruimte; medewerkers moeten bijvoorbeeld insluitingstijden handhaven of kamercontroles uitvoeren, ook wanneer de fysieke kwetsbaarheid of verwardheid van een oudere patiënt eigenlijk om meer flexibiliteit zou vragen.

Ten slotte is responsiviteit een essentieel onderdeel van het dagelijks handelen. Dit betreft de professionele aanpassingen die worden gedaan om de bejegening en de omgeving te laten aansluiten bij de veranderde vermogens van de patiënt (Andrews & Bonta, 2007). In de dagelijkse praktijk uit zich dit in heel concrete handelingen, zoals het vertragen van het spreektempo bij patiënten met cognitieve achteruitgang, het visueel aanbieden van instructies aan patiënten met geheugenproblemen of het verplaatsen van gesprekken naar een prikkelarme ruimte om tegemoet te komen aan zintuiglijke beperkingen. Door deze vijf dimensies in samenhang te bekijken, wordt zichtbaar hoe de uiteindelijke uitkomst van de zorg niet alleen door beleid wordt bepaald, maar door de professional op de werkvloer.

2.2 Theoretische Bouwstenen

De vergrijzing binnen de tbs-sector brengt uitdagingen met zich mee die verder gaan dan logistieke aanpassingen; het raakt de kern van de sociotherapeutische praktijk. Om deze problematiek te duiden, worden vier theoretische perspectieven gehanteerd die elk een specifiek knelpunt in de klinische werkelijkheid verklaren.

2.2.1 Besluitvorming bij gebrek aan kaders: Street-Level Bureaucracy

In de dagelijkse praktijk worden sociotherapeuten geconfronteerd met een groeiende kloof tussen de formele behandelopdracht en de feitelijke zorgvraag van ouderen. Waar specifieke geriatrische richtlijnen ontbreken, ontstaat een situatie waarin de medewerker voortdurend moet improviseren om het werk uitvoerbaar te houden.

Dit proces van *muddling through* kan theoretisch worden verklaard middels de theorie van street-level bureaucracy (Lipsky, 2010). Lipsky stelt dat professionals in direct contact met cliënten het feitelijke beleid vormgeven door het gebruik van hun discretionaire ruimte. Onder druk van schaarste (zoals tijd of adequate infrastructuur) en doelambigüiteit nemen sociotherapeuten beslissingen die bepalend zijn voor de feitelijke koers van de behandeling. Vanuit dit perspectief wordt zichtbaar hoe de afwezigheid van centrale kaders de verantwoordelijkheid voor complexe zorgkeuzes volledig bij de professional op de werkvloer neerlegt.

2.2.2 De frictie tussen behandelen en verzorgen: Roltheorie

Een tweede knelpunt is de toenemende rolspanning bij sociotherapeuten. De traditionele focus op behandeling en beveiliging botst met de noodzaak tot intensieve lichamelijke zorg. Deze verschuiving wordt door medewerkers vaak niet ervaren als een uitbreiding, maar als een bedreiging van hun professionele identiteit.

De Roltheorie van Goode (1960) biedt een essentieel kader om deze frictie te begrijpen. Goode introduceert het concept role strain, waarbij de medewerker moeite heeft om aan uiteenlopende verwachtingen te voldoen. Er is sprake van een rolconflict wanneer de eisen van de verzorgende rol haaks staan op de forensische identiteit. Omdat mechanismen om deze spanning te verminderen, zoals het delegeren van taken, binnen de klinische muren vaak niet mogelijk zijn, ontstaat een structurele overbelasting van de professionele rol.

2.2.3 De beperkingen van de fysieke omgeving: De Totale Institutie

Naast de professionele rol vormt de fysieke omgeving een fundamentele barrière. De architectuur van tbs-instellingen is historisch ontworpen op controle over fysiek vitale individuen. Bij patiënten met mobiliteitsbeperkingen of incontinentie blijkt deze omgeving vaak onbuigzaam.

Dit conflict kan worden geduid met Goffmans concept van de Totale Institutie (1961). De tbs-kliniek kenmerkt zich door een strikt regime en fysieke afscheiding, gericht op veiligheid. De vergrijzing dwingt echter tot een herdefinitie van deze ruimte; waar de institutie voorheen gericht was op opsluiting, wordt zij nu geconfronteerd met zorgbehoeften die flexibiliteit vereisen. Goffmans kader helpt te begrijpen waarom infrastructurele aanpassingen vaak traag verlopen: zij botsen met de primaire kerndoelstelling van de institutie.

2.2.4 De mismatch in behandelmethodiek: Risk-Need-Responsivity

Tot slot manifesteert de problematiek zich in de effectiviteit van de behandeling. Forensische interventies zijn doorgaans ontwikkeld voor een vitale doelgroep. Bij oudere patiënten met afnemende vermogens slaan deze interventies vaak niet aan, wat de resocialisatiedoelstelling onder druk zet.

Dit raakt direct aan het Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Andrews & Bonta, 2007). Centraal staat het principe van (Specifieke) Responsiviteit: een interventie is alleen effectief als deze is afgestemd op de leerstijl en de vermogens van de patiënt. Wanneer cognitieve achteruitgang de leerbaarheid beperkt, is het aanpassen van de methodiek een voorwaarde voor succes. Zonder deze aanpassingen verliest het RNR-model zijn kracht, waardoor de tbs-maatregel dreigt te verschuiven van actieve behandeling naar louter beheersing.

2.3 Slotsom

Dit theoretisch kader onderbouwt waarom vergrijzing niet slechts een demografische trend is, maar een structurele contextverandering die het dagelijks handelen van sociotherapeuten fundamenteel ordent en begrenst. Deze theorieën bieden gezamenlijk de complementaire bouwstenen voor het analyseren van de problematiek. Elk perspectief belicht een essentieel theoretisch aspect van de ervaringen van sociotherapeuten (Figuur 1):

Analytisch Niveau	Theoretisch Perspectief	Wat het verklaart
Micro-niveau (Handelen)	Lipsky (Street-Level)	Hoe discretionaire microbeslissingen genomen worden onder schaarste aan middelen en expertise (tijd, ADL-hulp, infrastructuur), resulterend in coping en ad hoc oplossingen.
Micro-Meso-niveau (Rol)	Goode (Roltheorie)	Hoe de onvoorziene taakverbreding richting ADL-gerelateerde zorg zorgt voor rolconflict en rolambiguïteit, waarbij teamleden onderling en met andere disciplines de grenzen van hun professionaliteit voortdurend heronderhandelen.
Meso-niveau (Context)	Goffman (Institutie)	Hoe de focus op routine en veiligheid, kenmerkend voor de (semi)totale institutie, de handelingsruimte voor individueel maatwerk beperkt, en hoe dit leidt tot fricties met de aanwezige infrastructuur (bv. badkamers).
Inhoudelijk Niveau (Behandeling)	RNR (Responsiviteit)	Hoe cognitieve en somatische beperkingen de leerbaarheid raken, waardoor aanpassingen in bejegening en omgeving essentieel zijn om de effectiviteit van de forensische behandeling te waarborgen.

Figuur 1: Theoretisch raamwerk en hun verklaringsniveau in de tbs-context

Kortom, dit theoretisch kader vormt het fundament voor de operationalisering van het onderzoek en dient als analytisch kompas voor de interpretatie van de bevindingen. De geselecteerde theorieën hebben direct bijgedragen aan de vorming van de topics in het interviewschema,

waardoor de onderzoeksvragen gericht en theoretisch ingebed kunnen worden beantwoord. Dit kader stelt ons in staat om te analyseren waar en hoe sociotherapeuten vanuit de dagelijkse noodzaak prioritering aanbrengen tussen routine en maatwerk (Goffman, 1961; Lipsky, 2010), op welke manieren zij de ervaren rolspanning adresseren in de samenwerking met somatiek en beveiliging (Goode, 1960), en in welke mate responsieve aanpassingen praktisch én organisatorisch worden gefaciliteerd om de effectiviteit van de behandeling te borgen (RNR).

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methodologische verantwoording van het onderzoek uiteengezet. Er is gekozen voor een mixed-methods benadering, waarbij een kwantitatieve survey ($N=57$) en zes semigestructureerde diepte-interviews binnen de Mesdag elkaar aanvullen. Deze methoden zijn zo gekozen dat ze elkaar versterken in het beantwoorden van de deelvragen: waar de survey de algemene trends en knelpunten binnen de kliniek signaleert, bieden de interviews de noodzakelijke diepgang om de achterliggende ervaringen van de sociotherapeuten te kunnen duiden en verklaren. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: eerst worden de instrumenten beschreven, gevolgd door de koppeling aan de deelvragen, de wervingsprocedure en de analysemethoden. Het hoofdstuk sluit af met de wetenschappelijke kwaliteit en de ethische waarborgen.

3.1 Beschrijving instrumenten

Om een compleet beeld te krijgen van de impact van vergrijzing binnen de forensische psychiatrische zorg, hanteert dit onderzoek, zoals eerder benoemd, een mixed-methods design waarbij de kwantitatieve survey en de kwalitatieve interviews elkaar aanvullen. De survey biedt hierbij de cijfermatige basis over de breedte van de kliniek, terwijl de interviews worden ingezet voor een diepgaande duiding van deze resultaten. Deze vorm is gekozen om de ervaringen, betekenisaders en afwegingen van sociotherapeuten rond de vergrijzing van tbs-patiënten nauwkeurig te kunnen reconstrueren (Hennink et al., 2020). De volledige interviewleidraad is opgenomen in Bijlage II. De interviews bieden de flexibiliteit om door te vragen op specifieke situaties, terwijl de kernthema's vaststaan. Dit sluit aan bij het interpretatieve perspectief: het doel is begrijpen hoe professionals hun praktijk duiden, niet het toetsen van causale verbanden.

Dit kwalitatieve deel wordt ondersteund door een kwantitatieve survey, afgenomen via Qualtrics (zie bijlage III voor de volledige vragenlijst). De survey dient ter contextualisering en resonantie. De thema's die uit de interviews naar voren kwamen, zijn vertaald naar stellingen om te toetsen in hoeverre deze specifieke ervaringen resoneren bij een grotere groep collega's binnen de Mesdag. Hiermee wordt voorkomen dat de conclusies enkel leunen op de beleving van een kleine groep participanten ($N=6$). De survey fungeert als een 'check' op de herkenbaarheid van

de kwalitatieve bevindingen en maakt het mogelijk om te exploreren of percepties variëren op basis van achtergrondkenmerken zoals werkervaring.

3.2 Operationalisatie naar deelvragen

De vertaling van de onderzoeksvragen naar de instrumenten is essentieel voor de rode draad tussen de probleemstelling de theorie en de empirische dataverzameling. De ontwikkeling van de instrumenten was een iteratief proces. Voorafgaand aan de definitieve dataverzameling is een pilot gesprek gevoerd met een ervaren sociotherapeut. Dit leidde tot het aanscherpen van de formuleringen in de interviewleidraad; zo bleken bepaalde theoretische termen te abstract en zijn deze vervangen door begrippen uit de dagelijkse praktijk van de tbs-kliniek. Ook de survey is vooraf voorgelegd aan twee testpersonen om de begrijpelijkheid en de invultijd te toetsen. Deze stappen zorgden ervoor dat de instrumenten nauwer aansloten bij de belevingswereld van de respondenten en verhoogden de validiteit van de verkregen data.

Concreet bleek uit de eerste fase dat de grens van 50 jaar voor 'veroudering' in de literatuur breed gedragen wordt, maar in de praktijk van de tbs-kliniek vaak tot discussie leidt. Dit inzicht is gebruikt om in de definitieve interviewleidraad (Topic 2) expliciet te vragen naar de aansluiting van deze grens bij de eigen ervaring van de therapeut. Daarnaast kwam in de beginfase naar voren dat de belasting niet alleen in 'meer werk' zat, maar specifiek in de frictie tussen somatische zorgbehoeften en de fysieke infrastructuur van de kliniek (zoals de inrichting van badkamers en de mogelijkheid voor transfers). Hierdoor is de interviewleidraad in Topic 3 en Topic 6 aangescherpt om specifiek door te vragen naar fysieke handelingen zoals douchen en het gebruik van hulpmiddelen in een hoogbeveiligde omgeving. Door deze aanpassingen verschoof de focus van algemene vergrijzing naar de specifieke, dagelijkse frictiepunten, wat de interne validiteit van het onderzoek versterkte.

De interviewleidraad (Bijlage II) volgt een logische trechtersvorm: na een inleidende fase, waarin de kaders van het interview zijn toegelicht en de specifieke werksituatie en ervaring van de sociotherapeut in kaart zijn gebracht (Topic 1), volgen kernvragen die direct gekoppeld zijn aan de eerste vier deelvragen. Hiermee zijn de interviewvragen stevig verankerd in de theoretische bouwstenen uit hoofdstuk 2 (zoals discretionaire ruimte, rolspanning en institutionele routine), waardoor de theoretische inkadering direct wordt vertaald naar de empirische praktijk. Er wordt

ingezoomd op veranderingen in routines (deelvraag 1: veranderingen in taken en routines), rolspanningen (deelvraag 2: ervaren rolspanningen en rolgrenzen) en de omgang met richtlijnen die niet langer aansluiten bij de behoeften van oudere patiënten (deelvraag 3: frictie tussen protocollen en zorgbehoefte). Ook de invloed van de institutionele context, zoals de fysieke infrastructuur en veiligheidseisen, komt uitgebreid aan bod (deelvraag 4: invloed van de institutionele context).

Om de theoretische concepten uit hoofdstuk 2, zoals de discretionaire ruimte van Lipsky en de rolspanning van Goode, te operationaliseren naar de praktijk, is in de interviews gebruikgemaakt van de Critical Incident Technique (CIT). Een 'kritisch moment' wordt hierbij gedefinieerd als een specifieke, gedenkwaardige gebeurtenis in de dagelijkse werkpraktijk waarin de sociotherapeut een duidelijke afweging moest maken of een frictie ervoer tussen de verschillende logica's (zorg versus veiligheid). De reden voor deze insteek is dat respondenten hiermee worden uitgenodigd om voorbij algemene meningen te gaan en concrete situaties te duiden die een kantelpunt in hun professionele handelen markeerden. Dit biedt dieper inzicht in hoe theoretische spanningen in de realiteit van de tbs-kliniek worden opgelost.

De ontwikkeling van de survey-items (Bijlage III) volgde direct op de eerste fase van het onderzoek. Dit betekent dat de vragenlijst is gebaseerd op een combinatie van theorie en praktijk: de items zijn deels afgeleid van het theoretisch kader (deductief) en deels gevormd door de eerste inzichten uit de diepte-interviews. De vragenlijst bevat stellingen die direct aansluiten op de theoretische bouwstenen uit het theoretisch kader (hoofdstuk 2), zoals rolspanning en taakverbreding (Goode, 1960), de discretionaire ruimte (Lipsky, 2010) en institutionele frictie (Goffman, 1961). Dit instrument is leidend voor het beantwoorden van deelvraag 5 (aanpassing van interventies en het RNR-model), waarbij wordt onderzocht in welke mate sociotherapeuten hun interventies aanpassen aan cognitieve en lichamelijke veranderingen van hun oudere patiënten en hoe dit zich verhoudt tot de kaders van het RNR-model. In alle instrumenten wordt 50+ gehanteerd als werkdefinitie van 'oudere patiënt'.

3.3 Procedure en steekproef

De werving van participanten vond plaats binnen de Mesdag via doelgerichte steekproeftrekking (*purposive sampling*). Dit hield in dat er specifiek is geselecteerd op sociotherapeuten die dagelijks werken met patiënten van 50 jaar en ouder, omdat zij de benodigde ervaring hebben met de frictie tussen veiligheid en somatische zorg. Daarnaast is binnen deze steekproef bewust gezocht naar een spreiding tussen professionals van de Transmurale Voorziening (TMV) en de intramurale afdelingen. Op deze manier zijn verschillende contexten van beveiliging en zorgintensiteit in de data vertegenwoordigd.

Voor de interviews zijn zes participanten geselecteerd ($N=6$): vier werkzaam op de Transmurale Voorziening (TMV) en twee op de intramurale afdelingen. De werving liep via het directe professionele netwerk op de werkvloer en de sneeuwbal methode. Inclusiecriteria waren minimaal zes maanden werkervaring en directe ervaring met de oudere patiëntenpopulatie. De diepte-interviews zijn persoonlijk afgenomen door de onderzoeker. Deze gesprekken vonden plaats op de werkplek binnen de Mesdag, waarbij gebruik is gemaakt van een rustige, afgeschermdede ruimte om de privacy en vertrouwelijkheid van de respondenten te waarborgen. De interviews hadden een duur van 30 tot 60 minuten. Voorafgaand aan de start van elk interview is de onderzoeksopzet mondeling toegelicht, is de anonimiteit gegarandeerd en is expliciet toestemming verkregen voor de audio-opname. Door de gesprekken op de afdelingen te voeren, kon de onderzoeker de door de respondenten beschreven werkwijzen direct relateren aan de fysieke omgeving. Dit stelde de onderzoeker in staat om specifieke routines, zoals de logistiek rondom ADL-zorg in krappe sanitaire ruimtes of de invloed van zware beveiligingsdeuren op het tempo van de dagbesteding, beter te begrijpen en te interpreteren in de context van de totale institutie. De onderzoeker kon hierdoor de frictie tussen de zorgbehoefte en de fysieke infrastructuur, zoals die door de therapeuten werd benoemd, in de analyse nauwkeuriger duiden. Hoewel de steekproefomvang beperkt bleef tot zes interviews, werd bij de laatste gesprekken het punt van theoretische saturatie bereikt. Het onderzoek volgde een iteratieve aanpak, waarbij na elk interview een eerste reflectie op de data plaatsvond. Hierdoor werden al na de eerste vier gesprekken voorlopige thema's zichtbaar, zoals de frictie tussen ADL-zorg en veiligheidseisen. De laatste twee interviews leverden geen wezenlijk nieuwe inzichten of afwijkende perspectieven meer op, maar dienden als bevestiging van deze eerder waargenomen rode draden.

Gegeven de specifieke focus van dit onderzoek en de homogeniteit van de onderzoeksgroep (professionals binnen één kliniek), boden deze zes gesprekken een voldoende rijke basis voor de beantwoording van de deelvragen.

Voor de survey bestond de onderzoekspopulatie uit sociotherapeuten binnen de Mesdag die direct verantwoordelijk zijn voor het leef- en behandelklimaat. De distributie van de digitale vragenlijst kende een tweeledig verloop. Aanvankelijk was de intentie om een landelijk beeld te verkrijgen, waarbij de survey voor korte tijd is opengesteld voor meerdere Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) in Nederland. Gedurende dit proces is echter besloten de scope van het onderzoek scherper af te bakenen tot uitsluitend de Mesdag. Deze beslissing is genomen op basis van methodologische en praktische overwegingen: door de focus te beperken tot één kliniek, kon de interne validiteit worden gewaarborgd en bleven de kwantitatieve resultaten direct vergelijkbaar met de kwalitatieve inzichten uit de interviews. Om die reden zijn tijdens de opschoning alle respondenten van externe locaties consequent verwijderd uit de dataset. Hierdoor is een zuivere steekproef ontstaan die specifiek de werkpraktijk binnen de Mesdag reflecteert.

De uitnodiging met de link naar de online survey werd uiteindelijk verspreid door de teamleiders van de afdelingen binnen de Mesdag via interne communicatiekanalen (intranet). Hiervoor is gekozen om de institutionele steun voor het onderzoek te benadrukken en het bereik onder de sociotherapeuten te maximaliseren. In de e-mail werd het onderzoek geïntroduceerd als een studie naar de uitdagingen en benodigde ondersteuning bij de zorg voor een ouder wordende tbs-populatie. Dit resulteerde in een ruwe respons van 122 ingediende vragenlijsten; dit zijn alle professionals die de enquête hebben geopend en zijn gestart met invullen.

Bij het openen van de digitale link kwamen respondenten direct op een introductiepagina waar de informed consent procedure plaatsvond. Hier werden de deelnemers geïnformeerd over:

- De vrijwilligheid van deelname en het recht om op elk moment te stoppen.
 - De volledige anonimiteit van de gegevens (data wordt niet herleidbaar tot personen of specifieke teams gerapporteerd).
 - Het doel van het onderzoek en het gebruik van de resultaten voor de masterscriptie.
- Actieve informed consent werd verkregen via een verplicht selectievakje ('Ik heb

bovenstaande informatie gelezen en ga akkoord') dat aangevinkt moest worden voordat de vragenlijst startte.

De vragenlijst bestond uit 11 items, verdeeld over vier logische blokken:

- Achtergrond en populatie (Q1-Q3): vragen naar werkervaring, type afdeling en een kwantitatieve inschatting van het aantal patiënten ouder dan 50 jaar op de afdeling.
- Ervaren invloed op het dagelijks handelen (Q4-Q5): Een blok met 10 stellingen op een 5-punts Likert-schaal (variërend van 'Helemaal mee oneens' tot 'Helemaal mee eens'). Hierbij werd gevraagd naar de impact op ADL-zorg, somatiek, bejegening, veiligheidsaltruïteit en de fysieke infrastructuur (zoals looproutes en hulpmiddelen).
- Bekwaamheid en scholing (Q6-Q8): Een zelfbeoordeling van de mate waarin men zich toegerust voelt (via een visuele balk/schaal) en een inventarisatie van specifieke scholingsbehoeften (o.a. cognitie, mobiliteit en levenswijze).
- Kwalitatieve verdieping (Q9-Q11): drie open vragen waarin respondenten hun grootste uitdagingen konden beschrijven en konden reflecteren op de vraag of ouderenzorg-taken volgens hen bij het beroep van sociotherapeut horen.

Het invullen van de volledige vragenlijst nam gemiddeld 10 tot 15 minuten in beslag. Gedurende de looptijd zijn er via dezelfde kanalen (teamleiders en intranet) twee herinneringen verstuurd om de respons te bevorderen.

Na een systematische opschoning, waarbij respondenten van externe locaties en incomplete vragenlijsten werden verwijderd, bleef een definitieve steekproef van 57 respondenten over ($N=57$). Op de introductiepagina van de survey werden het onderzoeksdoel en de rechten van deelnemers toegelicht, waarna actieve *informed consent* (zie Bijlage I) werd verkregen.

3.4 Data-analyse

De analyse van de verzamelde data vond plaats in twee complementaire trajecten. De kwalitatieve interviewdata zijn geanalyseerd middels thematische analyse volgens de codeboekbenadering (Braun & Clarke, 2023). Het onderzoek vertrekt vanuit een kritisch-realistisch perspectief: de uitspraken van participanten worden gezien als een toegangspoort tot hun ervaren realiteit, maar deze werkelijkheid wordt geduid via theoretische concepten. In

ATLAS.ti zijn de transcripten herhaaldelijk gelezen en voorzien van codes via een hybride strategie met zowel deductieve als inductieve codes. Dit proces leidde tot overkoepelende thema's die de spanning tussen de zorgbehoeften en de forensische kaders verklaren.

De kwantitatieve surveydata zijn geanalyseerd met IBM SPSS Statistics (versie 31). De analyse startte met een systematische data-opschoning, gevolgd door de definitie van de variabelen op basis van de survey-items. Deze zijn gegroepeerd rondom de volgende thema's en schalen:

- Achtergrondkenmerken: zoals werkervaring in jaren (Q1) en het type afdeling (Q2).
- Impact van vergrijzing op het dagelijks werk: tien stellingen gemeten op een 5-punts Likert-schaal (Q5), variërend van 'Helemaal mee oneens' tot 'Helemaal mee eens'.
- Professionele bekwaamheid: de mate waarin men zich toegerust voelt, gemeten via een visuele schaal van 0 tot 100 (Q6).
- Inhoudelijke thema's: de tien stellingen over de impact van vergrijzing op het dagelijks werk (Q5) en de mate waarin men zich toegerust voelt (Q6).
- Ondersteuningsbehoefte: De behoefte aan scholing (binair: ja/nee, Q7) en de voorkeur voor specifieke onderwerpen (Q8).

Allereerst zijn beschrijvende statistieken ingezet om een algemeen beeld te krijgen van de populatie en de ervaren knelpunten. Hierbij is gebruikgemaakt van percentages en gemiddelden om bijvoorbeeld de prevalentie van specifieke zorgtaken te duiden. Vervolgens is een exploratieve verdiepingsslag gemaakt met kruistabellen om verbanden te zoeken tussen de achtergrondkenmerken (zoals werkervaring uit Q1 of afdelingstype uit Q2) en de perceptie van taakveranderingen (Q5). Om te bepalen of de verschillen tussen groepen statistisch relevant waren, is de Chi-kwadraattoets gebruikt ($p < 0,05$). De kwalitatieve inzichten uit de interviews zijn gebruikt om de kwantitatieve trends en patronen uit de survey nader te verklaren en te illustreren.

3.5 Wetenschappelijke nauwkeurigheid (Trustworthiness)

De kwaliteit van dit onderzoek is gewaarborgd aan de hand van het concept *trustworthiness* (Lincoln & Guba, 1986). De geloofwaardigheid (*credibility*) is versterkt door methodologische triangulatie, waarbij inzichten uit de interviews zijn gespiegeld aan de survey data. Ook is gebruikgemaakt van member checking, waarbij participanten de mogelijkheid kregen hun transcript te controleren op feitelijke juistheid. Hoewel de resultaten niet direct statistisch te vertalen zijn naar de gehele forensische zorg in Nederland, is de overdraagbaarheid (*transferability*) vergroot door een *thick description*. Dit houdt in dat de onderzoekscontext van de Mesdag en de doelgroep zeer gedetailleerd zijn beschreven, wat lezers in staat stelt de resultaten naar de eigen praktijk te vertalen. De afhankelijkheid (*dependability*) is geborgd via een *audit trail* waarin elke stap in de software transparant is vastgelegd. Tot slot is de controleerbaarheid (*confirmability*) bewaakt door een reflexieve houding (*bracketing*) van de onderzoeker om eigen aannames en voorkennis bewust te parkeren en de verhalen van de participanten centraal te stellen.

3.6 Ethiek

In dit onderzoek zijn de ethische richtlijnen voor sociaalwetenschappelijk onderzoek strikt gevolgd (Hennink et al., 2020), waarbij de kernprincipes van het Belmont Report (1979), zoals respect voor personen, weldoen en rechtvaardigheid, als leidraad dienden. In de praktijk is dit vormgegeven door participanten vooraf volledig te informeren over het onderzoeksdoel en de vrijwilligheid van deelname, wat vervolgens schriftelijk of digitaal is vastgelegd via *informed consent*. Om de privacy binnen de forensische setting van de Mesdag te waarborgen, zijn alle data gepseudonimiseerd (P1-P6) en zijn herleidbare details in de rapportage verwijderd of op groepsniveau geaggregeerd. De opslag van audio-opnamen, transcripten en surveydata vond plaats op een beveiligde serveromgeving van de universiteit, waarbij audiobestanden na verificatie van de transcripten direct zijn vernietigd. Toegang tot deze ruwe, identificeerbare data was strikt en exclusief voorbehouden aan de hoofdonderzoeker. De begeleiders vanuit de universiteit hadden uitsluitend toegang tot de gepseudonimiseerde transcripten en de geaggregeerde survey-resultaten voor analysedoeleinden. Cruciaal hierbij is dat medewerkers, teamleiders of de directie van de Mesdag op geen enkel moment toegang hebben gehad tot de individuele survey-responsen of de audio-opnamen, waardoor de onafhankelijkheid van het

onderzoek en de veiligheid van de participanten gewaarborgd bleven. De audiobestanden zijn na verificatie van de transcripten direct vernietigd. Hiermee is een verantwoorde balans gevonden tussen de wetenschappelijke meerwaarde van het onderzoek en de bescherming van de integriteit en anonimiteit van alle betrokken professionals.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd van het onderzoek naar de impact van vergrijzing binnen de Mesdag. Om een zo breed mogelijk beeld te schetsen van de situatie binnen de gehele kliniek, vormen de kwantitatieve resultaten uit de survey ($N=57$) de rode draad in de presentatie van de data. De interviews worden hierbij ingezet voor de noodzakelijke verdieping en duiding. Deze combinatie is essentieel: waar de survey de trends en knelpunten over de volle breedte signaleert, bieden de interviews de verklaring voor het 'waarom' achter deze cijfers. De volledige statistische verantwoording hiervan, inclusief de significantietoetsen en frequentietabellen, is opgenomen in Bijlage V. De resultaten laten zien hoe de vergrijzing doorwerkt in verschillende facetten van de sociotherapeutische praktijk en zijn gestructureerd aan de hand van de vijf centrale deelvragen. Voorafgaand aan de beantwoording hiervan worden de kenmerken van de survey-deelnemers en de interview-deelnemers beschreven om de resultaten in de juiste context te plaatsen.

4.1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie

Voor het kwalitatieve deel van dit onderzoek zijn zes sociotherapeuten geïnterviewd ($N=6$) met uiteenlopende werkervaring binnen de forensische zorg, variërend van 1,5 tot 29 jaar. De groep participanten bestond uit twee mannen en vier vrouwen. Wat de afdelingsverdeling betreft, waren twee participanten werkzaam op een intramurale afdeling en vier participanten op de Transmurale Voorziening (TMV). Conform de inclusiecriteria beschikten alle participanten over directe en dagelijkse werkervaring met patiënten van 50 jaar en ouder. De duur van deze specifieke ervaring met de oudere populatie loopt voor de meeste participanten nagenoeg gelijk op met hun totale dienstjaren binnen de Mesdag, aangezien zij gedurende hun gehele loopbaan op afdelingen hebben gewerkt waar deze doelgroep vertegenwoordigd is. Deze participanten, afkomstig vanuit de directe werkvloer, hebben de praktijkervaringen verschaft die de surveyresultaten van de nodige verdieping en context voorzien in de navolgende beantwoording van de deelvragen.

De kwantitatieve resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op een respons van 57 sociotherapeuten ($N=57$). In Tabel 4.1 worden de belangrijkste kenmerken van deze

onderzoekspopulatie weergegeven. De kenmerken van deze groep zijn cruciaal voor het bepalen van de context en het beoordelen van de representativiteit voor de organisatiebrede perceptie van de vergrijzingsproblematiek.

Tabel 4.1: Kenmerken van de respondenten (N=57)

Kenmerk	Subcategorie	Aantal (N)	Percentage (%)
Werkervaring	0-5 jaar	23	40%
	5-10 jaar	10	18%
	10 jaar of meer	24	42%
Werkt met 50+	Ja	46	81%

De steekproef toont een duidelijke tweedeling wat betreft werkervaring. De grootste groep respondenten (42%, $N=24$) beschikt over tien jaar of meer ervaring, terwijl een bijna even grote groep (40%, $N=23$) vijf jaar of minder ervaring heeft. De middengroep (5-10 jaar) is met 18% ($N=10$) het minst vertegenwoordigd. Deze verdeling zorgt ervoor dat de resultaten zowel het perspectief van een ervaren kern als dat van relatieve nieuwkomers binnen de kliniek weerspiegelen.

Een belangrijk gegeven is dat 81% ($N=46$) van de deelnemers dagelijks met 50-plussers werkt. Hoewel de werving op deze groep gericht was, zijn ook de sociotherapeuten zonder 50-plusser in hun huidige caseload (19%, $N=11$) meegenomen. Dit is een bewuste keuze, omdat deze kleine groep dient als vergelijkingsmateriaal. Door hun antwoorden naast die van de directe zorgverleners te leggen, kan worden getoetst of knelpunten, zoals de ervaren mate van toerusting, echt door de vergrijzing komen of dat dit bredere problemen zijn die in de hele kliniek spelen. Bovendien krijgt elke medewerker in de Mesdag te maken met de gevolgen van de vergrijzing, bijvoorbeeld door aanpassingen in de gebouwen of een verandering in de sfeer op de afdeling.

4.2 Veranderingen in dagelijkse taken en routines (Deelvraag 1)

De eerste deelvraag richt zich op de veranderingen die sociotherapeuten ervaren in hun dagelijkse taken en routines. De resultaten bevestigen dat de patiëntenpopulatie zichtbaar en voelbaar veroudert, waarbij de biologische leeftijd vaak hoger ligt dan de kalenderleeftijd door jarenlang middelengebruik, medicatie en een ongezonde levensstijl.

De sociotherapeutische praktijk is hierdoor sluipenderwijs uitgebreid met intensieve zorgtaken die de reguliere forensische zorgvraag overstijgen. Zoals weergegeven in Tabel 4.2, is een ruime meerderheid van de respondenten (85%) het erover eens dat oudere patiënten meer somatische zorg vragen. Wanneer dit percentage wordt afgezet tegen de groep die daadwerkelijk dagelijks met deze doelgroep werkt (81%), wordt duidelijk dat de instemming onder de direct betrokkenen nagenoeg unaniem is. Zelfs een deel van de sociotherapeuten zonder 50-plussers in de huidige caseload herkent dit beeld, wat de zichtbaarheid van de problematiek op de afdelingen onderstreept.

Tabel 4.2: *Ervaren taakverschuiving en zorgzwaarte door toename oudere patiënten (N=57)*

Stelling uit de survey	% (helemaal) eens
Oudere patiënten vragen meer somatische zorg (bv. medicatie, wondzorg, fysiotherapie)	85%
Oudere patiënten vragen andere ADL/verpleegzorg	79%
De dagelijkse werkzaamheden veranderen door de toename van oudere patiënten	51%
Door de toename van oudere patiënten pas ik mijn dienstplanning vaker aan.	44%
Benodigde hulpmiddelen (bijv. rolstoel, rollator, tillift) zijn beschikbaar én inzetbaar binnen onze veiligheids- en arbo kaders.	42%

Op fysiek vlak worden sociotherapeuten geconfronteerd met chronische ziekten zoals COPD, Parkinson en in toenemende mate incontinentie. Dit laatste punt wordt door vrijwel alle zes participanten van de diepte-interviews gemarkeerd als een kritiek punt dat de dagelijkse routine verstoort. Zij beschrijven incidenten waarbij patiënten het toilet niet tijdig bereiken, wat sociotherapeuten dwingt tot directe verzorgende handelingen:

"Als ik dan ook nog thuiszorgmevrouw moet gaan spelen, doe ik helemaal niks aan behandeling. Ik ben hier om mensen te helpen met een behandeling." (Participant 1)

Naast de fysieke zorg duiden de participanten cognitieve verandering aan, waaronder psychomotorische vertraging (het trager worden van denken en handelen) en vergeetachtigheid. In de praktijk leidt dit tot een aanpassing van de routines; taken zoals koken of schoonmaken worden niet langer aangeleerd als onderdeel van de resocialisatie, maar structureel overgenomen omdat de patiënt dit fysiek of cognitief niet meer kan opbrengen. De focus verschuift hierbij van 'behandelen' naar 'overnemen'.

4.3 Rolspanningen en rolgrenzen (Deelvraag 2)

De tweede deelvraag onderzoekt welke rolspanningen en rolgrenzen sociotherapeuten ervaren. Terwijl in alle zes de interviews een duidelijke verschuiving in de professionele rol naar voren kwam, toont de survey een meer verdeeld beeld: 51% van de respondenten ervaart dat hun dagelijkse werkzaamheden fundamenteel veranderen. Dit percentage geeft echter een vertekend beeld, omdat hierin ook de sociotherapeuten zijn meegenomen die momenteel niet met 50-plussers werken. Wanneer enkel wordt gekeken naar de professionals die dagelijks met de doelgroep te maken hebben, stijgt het aandeel dat een breuk met de professionele identiteit ervaart.

Zowel de participanten van de diepte-interviews als de respondenten van de survey ervaren een mismatch met hun oorspronkelijke beroepskeuze. Zij voelen zich een "thuiszorgmevrouw", wat leidt tot frustratie over de invulling van hun functie. Zoals een van de respondenten bij een open vraag van de survey scherp verwoordt:

"Ik persoonlijk ben hier niet voor geschoold en wil dit in de toekomst ook niet gaan doen. Het is niet een taak die in het pakket van een sociotherapeut zit." (Respondent 11)

Deze weerstand komt doordat sociotherapeuten zich niet goed voorbereid voelen op deze nieuwe zorgtaken en het idee hebben dat zij hun eigenlijke werk, de methodische begeleiding en het werken aan behandeldoelen, uit het oog verliezen. Voor veel sociotherapeuten behoort de intensieve lichamelijke zorg, zoals het opruimen van ontlasting of het fysiek de trap op helpen van patiënten, simpelweg "echt niet" bij hun vak (Respondent 14 & 21).

Bovendien botst de intieme zorg (wassen, verschonen) met de in de forensische zorg cruciale balans tussen afstand en nabijheid. Het naakt zien van een patiënt doorbreekt de professionele afstand die nodig is voor een veilig behandelklimaat, zeker bij patiënten met een zedenachtergrond. Ondanks deze grote tegenzin voeren sociotherapeuten deze taken toch uit vanuit een diepgevoelde zorgplicht; men kan een patiënt uit menselijke waardigheid niet in een onhygiënische toestand achterlaten. De rolgrens wordt hierbij noodgedwongen opgerekt.

4.4 Omgaan met ontoereikende richtlijnen en protocollen (Deelvraag 3)

De derde deelvraag richt zich op de manier waarop sociotherapeuten omgaan met situaties waarin bestaande richtlijnen onvoldoende aansluiten. Bij gebrek aan duidelijke richtlijnen vanuit de organisatie, moeten teams vaak zelf manieren vinden om het werk vol te houden en ad hoc oplossingen bedenken.

In de dagelijkse praktijk improviseren sociotherapeuten veel; vier van de zes participanten beschreven hoe zij bijvoorbeeld matrassen op de grond leggen om te voorkomen dat patiënten uit bed vallen, of sterke collega's vragen voor zwaar tilwerk bij gebrek aan een tillift. Hierbij komt een gevoel van professionele eenzaamheid naar voren. Sociotherapeuten hebben het gevoel dat zij er alleen voor staan bij medische taken waar zij niet voor zijn opgeleid. Dit gebrek aan steun wordt pijnlijk duidelijk wanneer de samenwerking met de medische dienst stroef verloopt. Een participant vertelt hierover:

“Zij zeggen: wij zijn geen thuiszorg. Ik kom niet om jou te laten zien hoe je een luiert om moet leggen. Hier heb je een filmpje.” (Participant 3)

Een belangrijke uitkomst van de gesprekken is de diepe weerzin en soms zelfs walging die sociotherapeuten ervaren bij de nieuwe zorgtaken. De confrontatie met bijvoorbeeld ontlasting en incontinentie wordt door de participanten niet gezien als een klein onderdeel van hun werk, maar als een ingrijpende ervaring waar zij zich niet op hebben kunnen voorbereiden. Deze gevoelens van afkeer zorgen voor een zware mentale druk. Dit wordt versterkt door de eerder genoemde eenzaamheid: het gevoel er alleen voor te staan met deze 'vieze' taken, zonder hulp van experts, maakt de ervaring nog zwaarder. Om deze momenten van weerzin een plek te geven en het werk vol te houden, is humor op de werkvloer onmisbaar. Ook het 'ongegeneerd ventileren' bij directe collega's fungeert als een noodzakelijke uitlaatklep in een omgeving die nog niet klaar is voor deze nieuwe realiteit.

4.5 De invloed van de institutionele context (Deelvraag 4)

De vierde deelvraag bekijkt hoe de fysieke omgeving van de tbs-kliniek de zorg beïnvloedt. De resultaten leggen een mismatch bloot tussen de status van de kliniek als monumentaal pand en de moderne zorgbehoeften. Omdat het hoofdgebouw een Rijksmonument is, zijn er strikte beperkingen aan verbouwingen; muren kunnen niet zomaar worden verplaatst en gangen niet worden verbreed om ruimte te maken voor moderne hulpmiddelen. Deze problematiek wordt gedeeld door bijna de helft van het personeel; 44% van de respondenten vindt de infrastructuur ongeschikt voor patiënten met beperkte mobiliteit (Tabel 4.3). De monumentale kenmerken, zoals de vele trappen en smalle, zware deuren, maken het gebruik van hulpmiddelen zoals rollators en tilliften in grote delen van het gebouw nagenoeg onmogelijk.

Tabel 4.3: *Ervaren barrières in de fysieke omgeving en organisatie (N=57)*

Stelling uit de survey	% (Helemaal) oneens
Looproutes, deuren en liften op de afdeling zijn geschikt voor patiënten met beperkte mobiliteit	44%
Benodigde hulpmiddelen (bijv. rolstoel, tillift) zijn beschikbaar en inzetbaar binnen de veiligheidskaders	33%
De samenwerking met somatiek/geriatrie (huisarts, SO, fysio) is goed geregeld	37%

Noot. De percentages tonen het aandeel respondenten dat de huidige situatie als onvoldoende of ongeschikt beoordeelt.

In de praktijk is dit goed te zien in de badkamers. Deze zijn soms zo krap dat zorgverleners over het toilet heen moeten stappen om hulp te kunnen bieden. Dit zorgt voor onveilige situaties bij het tillen en verplaatsen van patiënten. Omdat de ruimtes simpelweg te klein zijn voor grote hulpmiddelen zoals tilliften, worden deze vaak niet aangeschaft, ook al is de behoefte eraan groot. De vergrijzing zorgt er ook voor dat sociotherapeuten anders naar veiligheid moeten kijken. Naast de alertheid op agressie ontstaat er een focus op medische veiligheid, zoals valgevaar en verslikkingsgevaar. Veel oudere patiënten hebben door hun leeftijd en het langdurig gebruik van zware medicatie (zoals antipsychotica) meer moeite met slikken. Sociotherapeuten moeten hierdoor constant alert zijn of een patiënt niet stikt in zijn eten of medicatie.

Toch verslapt de waakzaamheid wat betreft agressie niet; 83% van de sociotherapeuten geeft aan bij 50-plussers nog steeds net zo alert te zijn als bij jongere patiënten. In noodsituaties, zoals bij brand, wordt echter duidelijk dat de tbs-kliniek haare grens bereikt. Een kliniek is ingericht op mensen die bij een alarm zelfstandig naar buiten kunnen lopen, maar voor een patiënt die bedlegerig is, biedt deze omgeving geen veilige oplossing. Een participant verwoordt dit als volgt:

*“Als het brandalarm afgaat, moet je in principe zelfstandig beneden kunnen komen.
Als iemand alleen op bed ligt en er niet af kan, dan kan dat gewoon niet.”*

(Participant 5)

4.6 Aanpassing van interventies en relatie tot het RNR-model (Deelvraag 5)

De laatste deelvraag analyseert hoe interventies worden aangepast aan de ouder wordende patiënt en hoe dit zich verhoudt tot het RNR-model. Vooral het principe van Responsiviteit staat hierbij centraal: dit houdt in dat de manier van werken moet aansluiten bij de vermogens en de leerstijl van de patiënt. Omdat oudere patiënten vaak minder makkelijk nieuwe dingen leren of onthouden, dwingt dit sociotherapeuten om hun interventies fundamenteel aan te passen.

Interventies zijn niet langer uitsluitend gericht op gedragsverandering, maar worden afgestemd op de afnemende vermogens. De focus verschuift van ‘behandelen en veranderen’ (gericht op herstel) naar ‘beheersen en stabiliseren’. In de survey geeft 77% van de sociotherapeuten aan dat deze andere benadering noodzakelijk is. Wanneer enkel wordt gekeken naar de professionals die dagelijks met deze doelgroep werken, ligt dit aandeel waarschijnlijk nog hoger. Uit de cijfers blijkt bovendien een duidelijk verband met werkervaring ($r = 0,45$): hoe langer een sociotherapeut in het vak zit, hoe vaker hij of zij inziet dat de standaard tbs-benadering bij ouderen niet meer werkt. De 'klinische blik' voor wat een oudere patiënt nodig heeft, groeit dus met de jaren.

Een groot knelpunt bij deze aanpassing is het herkennen van ouderdomsproblemen. Zonder geriatrische kennis wordt ouderdomsgedrag (zoals koppigheid door beginnende dementie) vaak onterecht gezien als ‘onwil’ of als onderdeel van de persoonlijkheidsstoornis. Een participant zegt hierover:

“Als iemand hier koppig is, dan is ie voor ons eerder vervelend in plaats van oud.

Terwijl eigenlijk je vanuit de ouderen problematiek moet benaderen.” (Participant 5)

Deze behoefte aan expertise vertaalt zich in een grote vraag naar scholing, met name op het gebied van cognitie en dementie (81%), zoals te zien in Tabel 4.4.

Tabel 4.4: Gevraagde onderwerpen voor scholing (N=64)

Onderwerp van scholing	% van de respondenten*
Cognitie & verwardheid / dementie	81%
Veiligheid & mobiliteit	46%
Lichamelijke zorg & medicijnen	39%
Zelfzorg/ADL & activiteiten	39%
Levensende/comfortzorg	35%
Geen behoefte	4%

**Percentages tellen op tot boven de 100% omdat respondenten meerdere antwoorden konden selecteren.*

Omdat veel van deze patiënten niet meer zullen terugkeren in de maatschappij, verandert het werk voor de oudste groep in begeleiding in de laatste levensfase. Het doel is dan niet langer uitstroom, maar een menswaardig verblijf tot aan het overlijden. Participanten vrezen dat patiënten zonder deze specifieke zorg 'verpieteren' op hun kamer:

“Dat wil je eigenlijk helemaal niet, zo'n koele, koude setting met alleen een bed en geen eigen spulletjes. Daar lig je dan te wachten tot je dood gaat.” (Participant 6)

5. Conclusie en Discussie

In dit onderzoek stond de vraag centraal: *“Hoe ervaren sociotherapeuten de vergrijzing van tbs-patiënten en op welke manieren beïnvloedt dit hun dagelijks handelen?”*. Door middel van zes kwalitatieve diepte-interviews, aangevuld met een survey onder 57 sociotherapeuten, is in kaart gebracht hoe de demografische en functionele veroudering van de tbs-populatie doorwerkt op de werkvloer van de Mesdag. In dit slothoofdstuk worden de bevindingen samengebracht in een conclusie, waarna deze worden geduid in het licht van het theoretisch kader. Vervolgens wordt gereflecteerd op de limitaties van het onderzoek en worden aanbevelingen gedaan voor praktijk- en vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

De resultaten tonen aan dat sociotherapeuten de vergrijzing niet slechts ervaren als een demografisch gegeven, maar als een fundamentele verstoring van hun professionele praktijk. De invloed op hun dagelijks handelen komt op drie manieren naar voren: in de taken die zij uitvoeren, de rol die zij innemen en de beperkingen van het gebouw.

Ten eerste dwingt de veroudering van patiënten tot een informele taakverbreding.

Sociotherapeuten nemen structureel verpleegkundige en verzorgende taken over, zoals wassen, aankleden en hulp bij incontinentiezorg. Dit valt buiten hun officiële functieomschrijving en wordt niet gestuurd door beleid, maar door morele noodzaak: er is op dat moment simpelweg niemand anders om deze zorg te bieden. Om dit vol te houden, gebruiken teams informele strategieën, zoals het 'ongegeneerd ventileren' van frustraties en het ter plekke van elkaar leren hoe je deze zorg uitvoert.

Ten tweede leidt de vergrijzing tot structurele rolspanning. Sociotherapeuten ervaren een botsing tussen hun professionele identiteit als behandelaar (gericht op veiligheid, risicomanagement en gedragsverandering) en de dagelijkse realiteit als verzorger. Deze frictie wordt versterkt doordat de standaard forensische bejegening niet aansluit bij de cognitieve achteruitgang van oudere patiënten. Dit zorgt voor een gevoel van onbekwaamheid, waarbij symptomen van bijvoorbeeld dementie soms onterecht worden aangezien voor onwil of forensisch probleemgedrag.

Ten derde wordt het dagelijks handelen van de sociotherapeut begrensd door infrastructurele en organisatorische barrières. De fysieke omgeving (met name de monumentale setting van de TMV en de functionele inrichting van de kliniek) en het ontbreken van structurele samenwerking met de medische dienst, dwingen sociotherapeuten tot improvisatie (*muddling through*) ten koste van Arbo-richtlijnen en de eigen fysieke veiligheid.

Concluderend kan worden gesteld dat de vergrijzing sociotherapeuten dwingt om continu te navigeren tussen de logica van beveiliging en de logica van zorg. Zonder formele facilitering resulteert dit in een praktijk waarin de sociotherapeut fungeert als 'gatenvuller' van een zorgsysteem dat niet is ingericht op de specifieke behoeften van de ouder wordende tbs-patiënt.

5.2 Discussie

De empirische bevindingen van dit onderzoek tonen aan dat de sociotherapeut in de Mesdag opereert in voortdurend spanningsveld, waar de grenzen tussen forensische scherpste en geriatrische zorg vervagen. Wanneer deze resultaten worden afgezet tegen de bestaande literatuur uit hoofdstuk 1, valt op dat de algemene trends die door de RSJ (2022) werden gesignaleerd, in de Mesdag een heel specifiek en menselijk gezicht krijgen. Waar landelijke rapportages vooral spreken over logistieke tekortkomingen en een gebrek aan passende plekken voor ouderen in detentie, voegt dit onderzoek een essentieel nieuw perspectief toe: de impact op de professionele identiteit van de medewerker. De 'mismatch' die in de literatuur vaak als een cijfermatig of huisvestingsprobleem wordt beschreven, blijkt op de werkvloer van de Mesdag een dagelijkse strijd te zijn met de fysieke en institutionele context. De infrastructurele barrières, zoals de krappe badkamers en de monumentale status van het gebouw, illustreren treffend Goffmans (1961) concept van de Totale Institutie. De inrichting is ontworpen op controle en opsluiting van fysiek vitale mannen, niet op de zorgbehoeften van ouderen. De vergrijzing botst hier letterlijk op de muren van de institutie. Waar het regime in een totale institutie doorgaans allesbepalend is, dwingt de fysieke noodzaak van de patiënt, zoals incontinentie of valgevaar, de sociotherapeut om van dit regime af te wijken. Hierdoor krijgt het begrip veiligheid een tweeledige invulling; het gaat niet langer uitsluitend om beveiliging, maar ook om fysieke bescherming. De survey-bevinding dat 83% van de respondenten onverminderd alert blijft op agressie, onderstreept bovendien dat de 'onschuldige oudere' een mythe is; de therapeut moet

continu schakelen tussen de patiënt als hulpbehoevende oudere en de patiënt als risicovolle tbs'er.

Deze noodzaak tot schakelen tussen uitersten vormt de kern van een dieperliggend professioneel conflict dat verder gaat dan wat de huidige literatuur beschrijft. De ervaren frictie tussen behandelen en verzorgen kan worden verklaard door de Roltheorie van Goode (1960). Er is sprake van zowel rolambigüiteit als een acuut rolconflict: de opdracht om te beveiligen en te behandelen botst met de dagelijkse praktijk van verzorgende handelingen. Opvallend is dat de mechanismen om deze spanning te verminderen, zoals het delegeren van taken, in de praktijk falen. Omdat externe zorgpartijen of de medische dienst de zorgtaken niet overnemen, blijft de sociotherapeut achter met een *role overload*. Dit verklaart de gevoelens van incompetentie en de frustratie over de transformatie naar "thuiszorgmevrouw". Dat vooral ervaren sociotherapeuten deze verandering scherp waarnemen, suggereert bovendien dat hun professionele identiteit sterker verankerd is in het klassieke forensische model, waardoor de afwijking daarvan als pijnlijker wordt ervaren.

Het uitblijven van structurele delegatie of helder beleid, een probleem dat de RSJ (2022) al landelijk aankaartte, dwingt de professionals in de Mesdag tot een hoge mate van eigen initiatief. De bevinding dat sociotherapeuten zelfstandig en vaak ad hoc besluiten om zorgtaken op zich te nemen, sluit naadloos aan bij Lipsky's (2010) theorie van de Street-Level Bureaucracy. Lipsky voorspelt dat professionals onder omstandigheden van schaarste en beleidsambigüiteit hun discretionaire ruimte, oftewel hun eigen beslissingsruimte, benutten om het werk uitvoerbaar te houden. In de Mesdag zien we dit terug in de informele copingstrategieën, zoals het zelf tillen van patiënten ondanks Arbo-regels. Waar Lipsky dit handelen vaak beschrijft als een manier om efficiënt te werken, toont dit onderzoek aan dat de sociotherapeuten hun ruimte juist gebruiken om de menswaardigheid en hun 'zorgplicht' te waarborgen. De keerzijde hiervan is echter dat deze informele oplossingen de organisatie ontslaan van de noodzaak om structureel beleid te maken; zolang de sociotherapeut het ad hoc oplost, blijft het systeem immers draaien. Hiermee levert dit onderzoek een belangrijke bijdrage aan de stand van kennis door te laten zien dat de 'professionele eenzaamheid' van de medewerker een direct gevolg is van dit gebrek aan beleid.

Uiteindelijk heeft deze pragmatische overlevingsstand op de werkvloer gevolgen voor de behandelinhoudelijke kwaliteit en de toepassing van het Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Waar de literatuur in hoofdstuk 1 het RNR-model als de gouden standaard presenteert, laat dit onderzoek zien dat dit fundament onder druk staat. Het principe van responsiviteit vereist dat interventies aansluiten bij de capaciteiten van de patiënt, maar de resultaten laten zien dat cognitieve achteruitgang vaak wordt gemist of verkeerd wordt geïnterpreteerd als forensische 'onwil'. Doordat sociotherapeuten niet specifiek geschoold zijn in geriatrie, ontbreekt de 'specifieke responsiviteit' die nodig is voor een effectieve tbs-behandeling. Zonder deze expertise dreigt de interventie te verschuiven van actieve behandeling naar louter beheersing ("wachten tot je doodgaat"), wat haaks staat op de wettelijke resocialisatie doelstelling van de tbs-maatregel. De bijdrage van dit onderzoek is dan ook de vaststelling dat de vergrijzing niet slechts een logistiek probleem is, zoals vaak in beleidsstukken gesuggereerd wordt, maar de fundamente van de forensische identiteit en methodiek raakt. De cirkel naar de beginvraag is hiermee rond: de vergrijzing dwingt de sociotherapeut in een rol die hij niet wil, in een gebouw dat het niet kan, met een methodiek die niet meer past.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Bij de interpretatie van de resultaten en de vertaalslag naar de bredere forensische praktijk dient rekening te worden gehouden met enkele methodologische kanttekeningen. Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd binnen één specifieke instelling. Hoewel de problematiek van vergrijzing sectorbreed speelt (RSJ, 2022), zijn de bevindingen over de fysieke omgeving, met name die binnen de monumentale panden van de TMV, niet zomaar te vertalen naar modernere tbs-klinieken.

Ten tweede vraagt de rolverdeling tussen de survey en de interviews om verduidelijking. Hoewel een respons van 57 deelnemers statistische analyses toelaat, fungeert de survey in dit onderzoek primair als de structurerende rode draad, wat verklaart waarom de survey-resultaten de opbouw van het resultatenhoofdstuk bepalen. De survey was niet bedoeld om statistische oorzaak-gevolgrelaties aan te tonen, maar om de breedte van de problematiek in kaart te brengen. Deze interviews vormen hierbij de verklarende kern: zij bieden de noodzakelijke verdieping op de

gebieden waar de cijfers ophouden, zoals de achterliggende emoties en de professionele identiteit van de sociotherapeut.

Ten derde vraagt de samenstelling van de surveygroep om een scherpe verantwoording. Binnen de survey gaf 20% van de respondenten aan geen directe werkervaring te hebben met patiënten van 50 jaar en ouder. Hoewel dit de resultaten over de dagelijkse praktijkervaring kan hebben afgevlakt, is er bewust voor gekozen deze groep niet te verwijderen. De vergrijzing is namelijk geen losstaand probleem dat zich beperkt tot enkele afdelingen. Het perspectief van deze sociotherapeuten is essentieel om te bepalen in hoeverre de urgentie van de problematiek ook buiten de direct betrokken teams wordt gevoeld. Bovendien maakte de inclusie van deze groep een vergelijking mogelijk tussen de percepties van sociotherapeuten met en zonder directe ervaring. Om de validiteit van de praktijkervaringen echter te waarborgen, zijn voor de interviews uitsluitend sociotherapeuten geselecteerd die dagelijks met deze doelgroep werken.

Tot slot is er sprake van mogelijke zelfselectie-bias. Sociotherapeuten die de vergrijzing als problematisch ervaren, waren mogelijk eerder geneigd deel te nemen aan dit onderzoek. Dit zou kunnen leiden tot een uitvergroting van de urgentie. Echter, de snelle verzadiging in de interviews, waarbij na een aantal gesprekken geen wezenlijk nieuwe informatie meer naar voren kwam, suggereert dat de gevonden knelpunten breed worden gedeeld. Bovendien sluiten de praktijkverhalen uit dit onderzoek nauw aan bij het landelijke beeld dat de RSJ (2022) schetst voor de bredere detentiecontext. Hoewel dit rapport zich primair richt op het gevangeniswezen, beschrijft de RSJ een structurele mismatch dat ook in de Mesdag naar voren komt: een beveiligde omgeving die fysiek en organisatorisch niet is ontworpen voor de zorgbehoeften van ouderen. Omdat de medewerkers in dit onderzoek datzelfde spanningsveld beschrijven, waarbij de zorgvraag van de patiënt botst met de bestaande veiligheidsprotocollen, versterkt dit het beeld dat de gevonden problemen geen incidenten zijn, maar onderdeel van een breder structureel vraagstuk binnen de forensische zorg. De resultaten lijken dan ook voort te komen uit de structurele inrichting van de forensische zorg, in plaats van uit incidentele situaties op de werkvloer.

5.4 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies worden de volgende aanbevelingen geformuleerd voor beleid en vervolgonderzoek.

5.4.1 Praktijkaanbevelingen voor de Mesdag

Allereerst is het belangrijk dat de organisatie erkent dat ADL-zorg een vast onderdeel van het dagelijks werk is geworden. Omdat dit nu vaak informeel en ad hoc wordt opgelost, is een structurele aanpassing nodig. Het advies is om de functieprofielen te herzien of om gespecialiseerde functies, zoals een Verzorgende IG, toe te voegen aan de teams. Op die manier worden sociotherapeuten ontlast van taken waarvoor zij niet zijn opgeleid en kan de kwaliteit van de lichamelijke zorg beter worden gewaarborgd.

Daarnaast moet er geïnvesteerd worden in scholing. Uit de survey blijkt dat er een duidelijke behoefte is aan kennis over cognitie en mobiliteit, vooral om het onderscheid te kunnen maken tussen forensisch probleemgedrag en symptomen van ouderdom (zoals dementie). Door deze kennis te vergroten, kunnen teams beter aansluiten bij de mogelijkheden van de patiënt (conform het RNR-model), wat de effectiviteit van de begeleiding ten goede komt.

Tot slot vraagt de fysieke veiligheid om aanpassingen in het gebouw. Op korte termijn zijn praktische oplossingen nodig voor de knelpunten in de sanitaire voorzieningen en op de trappen van de TMV, om de fysieke belasting voor sociotherapeuten direct te verminderen. Voor de lange termijn is het noodzakelijk om het huisvestingsbeleid aan te passen, waarbij minder mobiele patiënten bij voorkeur geconcentreerd worden geplaatst op gelijkvloerse afdelingen die beter zijn ingericht op intensieve zorg.

5.4.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Naast aanbevelingen voor de praktijk, geeft dit onderzoek ook aanleiding tot suggesties voor de wetenschap. Een eerste aanbeveling is om vergelijkbaar onderzoek te doen in andere FPC's, bij voorkeur in instellingen met moderne (uitstroom)voorzieningen. Dit zou helpen om te bepalen welke knelpunten universeel zijn voor de forensische zorg (zoals de rolspanning) en welke problemen specifiek voortkomen uit de huisvesting van de TMV.

Daarnaast is nader onderzoek gewenst naar de effectiviteit van de huidige behandelinterventies bij oudere tbs-patiënten. Het is relevant om te toetsen in hoeverre het RNR-principe in de praktijk onder druk staat door cognitieve veroudering en of aangepaste werkvormen daadwerkelijk tot betere resultaten leiden.

Tot slot zou een grootschalig kwantitatief onderzoek binnen de gehele forensische sector waardevol zijn. Hiermee kan de samenhang tussen werkervaring, opleiding en de ervaren bekwaamheid verder worden getoetst en gevalideerd, wat meer inzicht geeft in de landelijke opleidingsbehoeften.

Literatuurlijst

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2007). *The risk-need-responsivity model of offender rehabilitation: Research summary 2007–06* (User Report No. 2007–06). Public Safety Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-en.aspx>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology: Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health, 24*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity, 56*(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Di Lorito, C., Völlm, B., & Dening, T. (2018). Ageing patients in forensic psychiatric settings: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(12), 1548–1555. <https://doi.org/10.1002/gps.4981>
- Di Lorito, C., Völlm, B., & Dening, T. (2019). The characteristics and needs of older forensic psychiatric patients: A cross-sectional study in secure units within one UK regional service. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 30*(6), 975–992. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1659390>
- Coid, J., Fazel, S., & Kahtan, N. (2002). Elderly patients admitted to secure forensic psychiatry services. *The Journal of Forensic Psychiatry, 13*(2), 416–427. <https://doi.org/10.1080/09585180210154470>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
- Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review, 25*(4), 483–496.
- Hennink, A., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods* (2nd ed.). SAGE Publishing Inc.
- Lightbody, E., Gow, R. L., & Gibb, R. (2010). A survey of older adult patients in special secure psychiatric care in Scotland from 1998 to 2007. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21*(6), 966–974. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.504858>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation, 1986*(30), 73–84.

<https://doi.org/10.1002/ev.1427>

- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Maschi, T., Sutfin, S. L., & O'Connell, B. (2012). Aging, mental health, and the criminal justice system: A content analysis of the literature. *Journal of Forensic Social Work*, 2(2–3), 162–185. <https://doi.org/10.1080/1936928X.2012.750254>
- Minister voor Rechtsbescherming. (2023, 26 januari). *Kamerbrief met reactie op RSJ-advies 'Vergrijzing in detentie'* [Kamerbrief]. Ministerie van Justitie en Veiligheid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/01/26/tk-reactie-op-advies-rsj-vergrijzing-in-detentie>
- Moll, A. (2013). *Losing track of time: Dementia and the ageing prison population*. Mental Health Foundation. <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/losing-track-of-time-2013.pdf?view=Standard>
- Natarajan, M., & Mulvana, S. (2017). New horizons: Forensic mental health services for older people. *BJPsych Advances*, 23(1), 44–53. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.012021>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- Nowell, L., Norris, J. M., White, D. L., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Penal Reform International. (2021). *Older persons in detention: A framework for preventive monitoring*. https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2021/06/PRI_DMT-Older-persons_WEB.pdf
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2020). *Advies langdurige tbs*. <https://www.rsj.nl/documenten/publicaties/2020/06/08/advies-langdurige-tbs>
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2022). *Vergrijzing in detentie*. <https://www.rsj.nl/documenten/rapporten/2022/12/20/advies-vergrijzing-in-detentie>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023, januari 17). *Effecten van vergrijzing steeds beter zichtbaar in uitgaven gezondheidszorg*. <https://www.rivm.nl/nieuws/effecten-van-vergrijzing-steeds-beter-zichtbaar-in-uitgaven-gezondheidszorg>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Impact van de vergrijzing*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. <https://www.vtv2018.nl/node/591>
- Shah, A. (2006). An audit of a specialist old age psychiatry liaison service to a medium and a

- high secure forensic psychiatry unit. *Medicine, Science and the Law*, 46, 99–104. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.46.2.99>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201> (Original work published 2004)
- Tomlin, J., Walker, K., Yates, J., Dening, T., Goethals, K., Völlm, B., & Griffiths, C. (2023). Care for older forensic mental health patients: A consensus guidance document. *European Psychiatry*, 66(1), e44. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2413>
- Verhülndonk, S., Folkerts, A. K., Hufnagel, S., Bohn, C., Hoeft, B., Supprian, T., & Kalbe, E. (2023). Frequency of cognitive impairment in older forensic inpatients: Results of a pilot cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 34(1), 37–55. <https://doi.org/10.1080/14789949.2023.2168206>
- Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum. (2025). *Inzicht in toezicht: Tbs-gestelden langdurig(er) voorwaardelijk vrij*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/06/30/tk-bijlage-6-vi-wodc-rapport-inzicht-in-toezicht-tbsgestelden-langduriger-voorwaardelijk-vrij>
- Wilson, V., & McCormack, B. (2006). Critical realism as emancipatory action: The case for realistic evaluation in practice development. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 7(1), 45–57. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00248.x>

BIJLAGE I - Informed-consent formulier

Mijn naam is Marissa Wetsema en ik loop momenteel stage bij de Van Mesdagkliniek. Ik ben masterstudent Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. In het kader van mijn masterscriptie doe ik onderzoek naar hoe sociotherapeuten de vergrijzing van tbs-patiënten ervaren en hoe dit hun dagelijks handelen beïnvloedt.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop sociotherapeuten omgaan met ouder wordende patiënten binnen de tbs-context, en welke gevolgen dit heeft voor hun werkpraktijk.

Tijdens het interview hoop ik meer te leren over uw ervaringen in het werken met oudere tbs-patiënten. Het gesprek zal ongeveer 45 tot 60 minuten duren en wordt opgenomen. Na afloop wordt de opname beluisterd en uitgeschreven. Alle gegevens worden volledig geanonimiseerd, zodat uw uitspraken niet herleidbaar zijn tot u.

Titel van het onderzoek:

De invloed van vergrijzing op het dagelijks handelen van sociotherapeuten in een tbs-kliniek

Onderzoeker:

Marissa Wetsema

Masterstudent Sociologie – Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider universiteit:

Marinus Spreen

Wat houdt deelname in?

- Deelname bestaat uit één interview van maximaal zestig minuten.
- Het interview wordt (met toestemming) opgenomen voor transcriptie.
- Alle gegevens worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.
- Uw naam of herkenbare details zullen niet in het verslag voorkomen.

Vrijwilligheid:

Deelname is vrijwillig. U mag op elk moment stoppen met het interview of vragen overslaan, zonder opgaaf van reden.

Vertrouwelijkheid en gegevensopslag:

De opnames en transcripties worden veilig opgeslagen en zijn alleen toegankelijk voor de onderzoeker. Na afronding van het onderzoek worden ze verwijderd.

Toestemmingsverklaring:

- Ik heb de informatie hierboven gelezen en begrepen.
- Ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview.
- Ik begrijp dat mijn gegevens anoniem worden verwerkt en ik het interview op elk moment mag beëindigen.

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Datum:

Naam onderzoeker:

Handtekening onderzoeker:

BIJLAGE II - Vragenlijst voor sociotherapeuten (Semi-structured)

Onderzoeksvraag:

“Hoe ervaren sociotherapeuten de vergrijzing van tbs-patiënten en op welke manieren beïnvloedt dit hun dagelijks handelen?”

Interviewleidraad – Sociotherapeuten & vergrijzing in de tbs

Introductie op interview	<ul style="list-style-type: none">· Bedanken voor deelname· Introductie van mezelf· Uitleg over onderzoek· Uitleg vertrouwelijkheid en anonimiteit gegevens· Uitleg audio opname· Duur van het interview benoemen· Heeft u vragen voorafgaand aan het interview· Pas na akkoord starten van audio opname
KERN VAN HET INTERVIEW	
Topic 1	Werksituatie in kaart brengen <ul style="list-style-type: none">- Kunt u kort iets vertellen over uw functie en werkervaring binnen de tbs-kliniek?- Hoe lang werkt u al met tbs-patiënten? Probe: team/afdeling, type patiënten waarmee u het vaakst werkt

Topic 2	Vergrijzing van de tbs-patiënten <ul style="list-style-type: none">- Merkt u dat de populatie vergrijst? Waar merkt u dat aan in uw dagelijkse werk?- Wat vindt u van het hanteren van 50 jaar als grens voor ‘oudere patiënten’ binnen de tbs? Sluit dat aan bij uw eigen ervaring?- Op welke manieren ziet u dit terug in de praktijk (bijv. tempo, dagindeling, bewegen, medicatie, geheugen)?
Topic 3	Verpleegzorgtaken van sociotherapeuten <ul style="list-style-type: none">- In hoeverre heeft de vergrijzing invloed op de zorg en begeleiding die u geeft?- Zijn er taken bijgekomen sinds u meer met oudere patiënten werkt? Kunt u voorbeelden geven?- Welke lichamelijke/verzorgende handelingen doet u in uw werk (bijv. helpen met douchen, aankleden, lopen, transfers, hulpmiddelen, medicatie-momenten)?- Hoe ervaart u deze verschuiving in taken (meer verzorgend/lichamelijk werk)?- In hoeverre vindt u dat deze taken passen bij uw rol als sociotherapeut
Topic 4	Ervaren belasting in het werk <ul style="list-style-type: none">- Hoe is het werken met oudere patiënten vergeleken met jongere, qua zwaarte/belasting?- Welke situaties of handelingen vindt u extra belastend? Kunt u een voorbeeld geven?- Heeft lichamelijke of geheugen-/concentratie-problematiek van oudere patiënten effect op hoe intensief uw werkdag is?

Topic 5	Ethische dilemma's en professionele afwegingen <ul style="list-style-type: none">- Komt u weleens in situaties waarin u twijfelt of iets wel/niet bij uw functie hoort? Hoe gaat u daarmee om (collega's/leidinggevende)?- Hoe gaat u om met situaties waarin zorgbehoefte en veiligheid met elkaar botsen?- Zijn er momenten waarop u zich afvraagt wat binnen uw professionele verantwoordelijkheid valt? Wat voor momenten?
Topic 6	Ondersteuning en organisatie <ul style="list-style-type: none">- Voelt u zich voldoende ondersteund door team en organisatie bij het werken met oudere/kwetsbare patiënten? Probe: op wat voor manier?- Is er scholing of training beschikbaar (bijv. omgaan met geheugenproblemen, valpreventie, transfers)? Waar heeft u behoefte aan?- Zijn er aanpassingen gedaan in beleid, bezetting of infrastructuur (ruimtes, hulpmiddelen, douches) om beter aan te sluiten bij deze groep oudere tbs-patiënten?- Wat heeft u concreet nodig om uw werk goed en veilig te doen?
Afsluiting	<ul style="list-style-type: none">- Is er nog iets belangrijks dat we niet hebben besproken over het werken met oudere tbs-patiënten?- Bedanken en opname stoppen

BIJLAGE III - Survey voor sociotherapeuten binnen de Mesdag

1. Achtergrond

Q1: Hoeveel jaar werkt u als sociotherapeut in de forensische zorg?

- 0-1
- 2-5
- 5-10
- 10 of meer

Q2: Op welke type afdeling werkt u het meest?

- Instroom - Observatie/diagnostiek/intake
- Doorstroom - Behandelafdeling (regulier)
- Intensieve zorg / beheersafdeling (bijv. IBO/IBA/HIC)
- Uitstroom - Resocialisatie / Transmurale voorziening (TMV)
- LFPZ (Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg)
- Wisselend tussen afdelingstypen / invalpoule
- Anders, namelijk:

Q3: Hoeveel patiënten verblijven er op de afdeling waar u werkt?

Q3b: Hoeveel patiënten hiervan zijn ouder dan 50 jaar?

2. Ervaren vergrijzing

Q4: Ik merk dat het aandeel oudere patiënten (50+) op mijn afdeling is toegenomen
Helemaal mee oneens - Oneens - Neutraal - Eens - Helemaal mee eens - Weet ik niet

3. Dagelijks handelen

Q5: Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen:

- Mijn dagelijkse werkzaamheden veranderen door de toename van oudere patiënten.
- Oudere patiënten vragen andere ADL/verpleegzorg.
- Oudere patiënten vragen meer somatische zorg (bv. medicatie, wondzorg, fysiotherapie).
- Oudere patiënten vragen andere bejegening/communicatie (tempo, prikkelverwerking).
- Bij patiënten van 50 jaar of ouder hoef ik minder alert te zijn wat betreft agressie.
- Dagbesteding/activiteiten moeten vaker aangepast worden bij oudere patiënten.
- Door de toename van oudere patiënten pas ik mijn dienstplanning vaker aan (tempo, volgorde, benodigde ondersteuning)
- Looproutes, deuren en liften op mijn afdeling zijn geschikt voor patiënten met beperkte mobiliteit.
- Benodigde hulpmiddelen (bijv. rolstoel, rollator, tillift) zijn beschikbaar én inzetbaar binnen onze veiligheids- en arbo kaders.
- Samenwerking met somatiek/geriatrie (huisarts, SO, fysio) is goed geregeld.

4. Scholing

De volgende vragen gaan over hoe toegerust u zich voelt en welke scholing u eventueel nodig heeft bij het werken met oudere tbs-patiënten.

Geef op de onderstaande balk weer in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stelling.

Q6: Ik voel me voldoende toegerust om met oudere tbs-patiënten te werken.

Helemaal mee oneens - Oneens - Neutraal - Eens - Helemaal mee eens - N.v.t. - Weet ik niet

Q7: Heeft u behoefte aan meer scholing?

- Ja
- Nee (Sla de volgende vraag over)

Q8: Waarover zou u (meer) scholing of ondersteuning willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Cognitie & verwardheid
- Veiligheid & mobiliteit
- Lichamelijke zorg & medicijnen
- Zelfzorg/ADL & activiteiten
- Levensende/comfortzorg
- Anders, namelijk:
- Geen behoefte

5. Open vragen (optioneel)

Q9: Kunt u aangeven wat voor u de grootste uitdaging is in het werken met oudere tbs-patiënten?

Q10: Vindt u dat zorgtaken die typisch zijn voor ouderen bij uw beroep horen?

Q11: Zijn er nog zaken die u niet kwijt kon in deze vragenlijst?

BIJLAGE IV - Codeboek

Thema	Subthema	code	Type	Omschrijving	Voorbeeld
1. Vergrijzing zichtbaar	Lichamelijke signalen	SIG_LICH	Deductief	Signalen van ouder worden in het lijf (minder kracht, sneller moe, wankel, valgevaar).	<i>“En dus hebben we te maken met rollators, met mensen die van ouderdom uh bedlegerig worden en uh uh nou ja, doodgaan of dood dreigen te gaan”</i>
	Cognitieve signalen	SIG_COG	Deductief	Problemen met geheugen, aandacht, traag verwerken van informatie of onrust door prikkels.	<i>“We hebben maar te maken met iemand met dementie.”</i>
	Houding & leerbaarheid	SIG_WEERST	Inductief	Weerstand van oudere tbs-patiënten richting behandeling en medewerkers	<i>“Er zit veel weerstand over het algemeen dat dit het is niet dat dit iets makkelijk is voor ons.”</i>
	Perceptie leeftijdsgrens 50+	SIG_GRENS50	Inductief	Uitspraken over de perceptie van de 50+-grens als ‘oudere’ in (forensische) zorg. Waarneming/duiding van ‘oud’ zijn.	<i>“Ja, maar ik vind die psychiatrie, die groep. Deze groep verouderd echt eerder.”</i>
2. Aanpassingen in handelen	ADL & Lichamelijke zorg	ADL_HELP	Deductief	Hulp bij douchen, aankleden, lopen/transfers, toilet; extra lichamelijke zorg door de sociotherapeut.	<i>“dat heeft eigenlijk niks meer te maken met uh nou ja, handelingen uitvoeren als sociotherapeut. Dan ben je opeens een uh eigenlijk een thuiszorg mevrouw geworden.”</i>
	Structuur & planning	PLAN_AANP	Inductief	Taken opdelen, extra tijd inplannen, rustmomenten toevoegen; tempo aanpassen.	<i>“En daar stel je je plan wel weer op bij,”</i>

<p>3. Zorg-veiligheid afwegingen</p>	<p>Botsing zorg vs. regels/veiligheid</p>	<p>BOTSING</p>	<p>Inductief</p>	<p>Situaties waar zorgbehoefte botst met beveiligingsregels; beschrijving en gemaakte keuze.</p>	<p><i>“He, er is ook een patiënt, die troffen we een keertje op de grond aan, ook in zijn eigen urine. Uhm ja, je laat iemand niet op de grond liggen. Maar of het nou heel goed is wat we doen met met grepen omhoog tillen.”</i></p>
	<p>Risico-mitigatie</p>	<p>RISICO</p>	<p>Inductief</p>	<p>Maatregelen om risico's te verlagen zonder zorg te schrappen</p>	<p><i>“Stel dat iemand op de grond ligt, maar hij ligt daar de hele tijd te trappen. Dan blijf ik wel op afstand te staan.”</i></p>
<p>4. Discretionaire strategieën</p>	<p>Prioriteren & tijdsmanagement</p>	<p>PRIOR</p>	<p>Inductief</p>	<p>Keuzes maken wat eerst/later kan; tijd en aandacht slim verdelen onder druk.</p>	<p><i>“Dat is eigenlijk de veiligheid die ik die voor mij bovenaan staat.”</i></p>
	<p>Oplossingen</p>	<p>OPLOSSING</p>	<p>Inductief</p>	<p>Eigen bedachte oplossingen om toch iets voor elkaar te krijgen.</p>	<p><i>“We hebben ooit geprobeerd een helling te krijgen bij die trappen. Uiteindelijk hadden ze een een uh iets van een uh een een plaat gemaakt, maar die was zo steil dat hij werd afgekeurd.”</i></p>
<p>5. Rolopvatting & grenzen</p>	<p>Taakverbreding richting zorg</p>	<p>ROL_TAKEN</p>	<p>Deductief</p>	<p>Ervaren verschuiving naar meer verzorgende taken binnen de rol van sociotherapeut.</p>	
	<p>Professionele verantwoordelijkheid</p>	<p>ROL_VERANT</p>	<p>Deductief</p>	<p>Twijfel/bespreking wat wel/niet bij de rol hoort; verantwoorden naar team/leiding.</p>	<p><i>“Ja, ja, tuurlijk kom je dat wel tegen. Alleen op het moment dat je er voor staat. Je kan niet zomaar weglopen. Dus de eerste handelingen doe je vaak toch wel waarvan je achteraf denkt van ja, hier horen andere professionals te komen,”</i></p>
	<p>Morele stress</p>	<p>ROL_MORSTRESS</p>	<p>Inductief</p>	<p>Spanning of het ‘goed’ voelt; botsing tussen zorgzaam zijn en veiligheidsregels.</p>	<p><i>“want die kan je niet gewoon maar de hele dag laten liggen in nou een volle luier, dat kan niet. Dus je gaat taken doen waar je eigenlijk helemaal niet geschikt voor bent, waarvan je</i></p>

					<i>niet weet hoe het moet.”</i>
6. Organisatie & infrastructuur	Bezetting en roostering	ORG_BEZ	Deductief	Invloed van personeelsbezetting en diensten op het handelen.	<i>“dan hadden collega's daar wel moeite mee en dan werd er sneller iemand geroepen met een verpleegkundige achtergrond, want die hadden we er gelukkig op dat moment wel tussen zitten. Maar je hebt natuurlijk ook momenten dat hun er niet zijn en dat het wel even is van nou wie gaat het doen, weet je wel.”</i>
	Scholing & training	ORG_SCHOL	Deductief	Aanbod of behoefte aan training voor werken met oudere/kwetsbare patiënten.	<i>“Dus ik vind dat we sowieso wel meer gespecialiseerd mogen worden in doelgroepen en zorg die we hier hebben.”</i>
	Hulpmiddelen & materialen	ORG_HULP	Deductief	Beschikbaarheid en bruikbaarheid van hulpmiddelen en materialen.	<i>“En er werd vanuit de medische dienst uhm veel aangeleverd gekregen van die mint neus dingetjes. Dus dat tegen de stank.”</i>
	Ruimtes & inrichting	ORG_RUIM	Deductief	Geschiktheid van kamers, badkamers en looproutes voor oudere patiënten.	<i>“Ga jij maar eens proberen iemand op een toilet te zetten daar. Dan moet je eerst over het toilet heenstappen om die man daar op te manoeuvreren en dan moet je over die man heen stappen om daar weer weg te komen,”</i>

	Beleid & protocol	ORG_BEPRO	Deductief	Regels en protocollen die helpen of hinderen; eventuele aanpassingen daarin.	<i>“Maar als ze in de war zijn en dus die monitoring nodig hebben, dan worden ze hier geplaatst. En als ze lichamelijk heel slecht zijn en ze vallen uit bed en ze kunnen niet meer lopen, worden ze ook hier geplaatst.”</i>
	Samenwerking disciplines	ORG_SAM	Deductief	Samenwerking en afstemming met andere zorg- en behandelteams (intern/extern) om zorg, veiligheid of plaatsing goed te regelen.	<i>“nou ja, we krijgen een beetje hulp van de medische dienst. Die komt langs, die legt ons dingen uit. Er waren mensen van de TMV die ook in de ouderenzorg werkten, die kwamen dan langs. TMV kwam ook wel langs om te kijken hoe het met hem ging. Dat is toch zijn team dan. Maar voor de rest, ja, moeten wij t rocken.”</i>
	Ondersteuning / responsiviteit organisatie	ORG_STEUN	Deductief	Ervaren mate van ondersteuning en responsiviteit van organisatie/leiding/medische dienst.	<i>“Nou, uiteindelijk, als het erop aankomt dan krijg je wel ondersteuning die je nodig hebt, maar het is allemaal ad hoc.”</i>
	Plaatsingspassendheid	ORG_ROL_PASS END	Inductief	Oordelen/meningen van sociotherapeuten over of oudere tbs-patiënten wel/niet thuishoren in de kliniek/afdeling; met redenen of gewenste alternatieve setting.	<i>“Ja maar echt wat ouderen nodig hebben dat, ja dat kan ik niet. Nee daar is deze instelling niet op ingericht.”</i>
7. Belasting & welbevinden	Fysieke belasting	BEL_FYS	Deductief	Lichamelijke zwaarte van het werk (tillen, bukken, vermoeidheid).	<i>“als ik iemand uit bed moet helpen en ik ben. Ik heb geen flauw idee, dan wordt het opeens lichamelijk zwaar zeg maar.”</i>
	Mentale/emotionele belasting	BEL_MENT	Deductief	Stress, zorgen of emotionele impact van het werk met oudere patiënten.	<i>“Ze proberen je gewoon pijn te doen op een mentale manier.”</i>

	Teamsteun & coping	BEL_TEAM	Inductief	Steun van collega's, napraten, samen oplossingen bedenken, humor.	<i>“En uiteindelijk hebben we het met z'n allen ook wel gedaan. Alleen ja, de één had er wel wat meer moeite mee dan de ander, zeg maar.”</i>
8. Documentatie & overdracht	Informatie-gaten	DOC_GATEN	Inductief	Missende of tegenstrijdige informatie die handelen belemmert.	<i>“De data die we hier door schade en schande! Uiteindelijk komen we wel ergens. Maar waar? Dat is nergens planklaar wat je daarmee kan doen.”</i>
9. Wat werkt	Werkzame aanpak (meso)	WERK_MESO	Inductief	Wijzigingen in roosters, afspraken, inrichting of beleid op team/afdeling.	<i>“Nou, dat je dan onderling een soort van meer kenniscentrum hebt. En dan niet alleen een kenniscentrum waar ik en mijn collega bij betrokken zijn, maar waar een heel team eigenlijk een soort van kennisbank vormt, dat lijkt mij heel mooi,”</i>

BIJLAGE V – Statistische verantwoording

In deze bijlage wordt verantwoording afgelegd over de statistische bewerkingen die zijn uitgevoerd op de ruwe data uit de survey ($N=57$). Voor elke stap worden de oorspronkelijke variabelen, de bewerkingen (syntax) en de uiteindelijke variabelen die in de analyses zijn gebruikt weergegeven.

1a. Selectie en opschoning van de steekproef

Om de validiteit van het onderzoek binnen de Mesdag te waarborgen, is een filter toegepast op de oorspronkelijke variabele Q2 (Instelling) om uitsluitend sociotherapeuten uit de Mesdag mee te nemen.

- Oorspronkelijke variabele: Q2 (In welke instelling werkt u op dit moment?)
- Bewerking: Filteren op waarde 4 (Mesdag) en verwijderen van testcases.

Syntax

*Selecteren van sociotherapeuten binnen de Mesdag.

```
SELECT IF (Q2 = 4).  
EXECUTE.
```

Output

Hoeveel jaar werkt u als sociotherapeut in de forensische zorg?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	23	40.4	40.4	40.4
	5-10	10	17.5	17.5	57.9
	10 of meer	24	42.1	42.1	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

1b. Verdeling over de afdelingen

Om inzicht te krijgen in de spreiding van de respondenten over de kliniek, zijn de variabelen met betrekking tot de werkplek opgeschoond. Dit is van belang voor de representativiteit van zowel de TMV als de overige afdelingen.

- Oorspronkelijke variabelen: Q3_1 t/m Q3_9 (Op welke afdeling werkt u het meest?)
- Bewerking: System missings zijn omgezet naar 0 (niet geselecteerd) om een zuivere berekening van de frequenties per afdelingstype mogelijk te maken.
- Definitieve variabele: Afdelingsverdeling (gepresenteerd in de tekst als onderscheid tussen TMV en overig).

Syntax

*Ontbrekende waarden voor afdelingskeuzes op 0 zetten.
 RECODE Q3_1 Q3_2 Q3_3 Q3_4 Q3_7 Q3_8 Q3_9 (SYSMIS=0).
 EXECUTE.

Output

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice Instroom – Observatie/diagnostiek/in take	57	0	1	.14	.350
Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice Doorstroom – Behandelafdeling (regulier)	57	0	1	.54	.503
Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice Intensieve zorg / beheersafdeling (bijv. IBO/IBA/HIC)	57	0	1	.09	.285
▶ Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice Uitstroom – Resocialisatie / Transmurale voorziening (TMV)	57	0	1	.32	.469
Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice LFPZ (Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg)	57	0	0	.00	.000
Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice Wisselend tussen afdelingstypen / invalpoule	57	0	0	.00	.000
Op welke type afdeling werkt u het meest? – Selected Choice Anders, namelijk:	57	0	1	.04	.186
Valid N (listwise)	57				

2. Categorisering van werkervaring

De variabele Q1 is bewerkt om een zinvolle vergelijking te kunnen maken tussen ervaringsgroepen (zoals gebruikt in Tabel 4.1).

- Oorspronkelijke variabele: Q1 (Hoeveel jaar werkt u als sociotherapeut?)
- Bewerking: Samenvoegen van categorieën en aanpassen van labels.
- Definitieve variabele: Q1 (Gecategoriseerd: 0-5 jaar, 5-10 jaar, 10 jaar of meer).

Syntax

```
RECODE Q1 (1=2).  
EXECUTE.  
VARIABLE LEVEL Q1(ORDINAL).  
VALUE LABELS Q1  
  2 '0-5'  
  3 '5-10'  
  4 '10 of meer'.  
EXECUTE.
```

Output

Hoeveel jaar werkt u als sociotherapeut in de forensische zorg?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	23	40.4	40.4	40.4
	5-10	10	17.5	17.5	57.9
	10 of meer	24	42.1	42.1	100.0
Total		57	100.0	100.0	

3. Constructie variabele 'Werken met 50+'

De variabele Q4b vroeg respondenten naar het exacte aantal patiënten ouder dan 50 jaar op hun afdeling. Om de onderzoeksvraag over de ervaren invloed van deze doelgroep te beantwoorden, is deze numerieke invoer omgezet naar een binaire variabele die aangeeft of een sociotherapeut momenteel wel of niet met 50-plussers werkt. Hierbij is handmatig gecorrigeerd voor tekstuele invoer zoals 'Geen'.

- Oorspronkelijke variabele: Q4b (Hoeveel patiënten hiervan zijn ouder dan 50 jaar?)

- **Bewerking:** De invoer is gencodeerd naar 1 (Ja), tenzij er '0', 'Geen' of niets is ingevuld; in die gevallen is de waarde 0 (Nee) toegekend.
- **Definitieve variabele:** Q4b_new (Patiënten ouder dan 50 jaar: Ja/Nee).

Syntax

```
RECODE Q4b ('0'=0) (ELSE=1) INTO Q4b_new.  
VARIABLE LABELS Q4b_new 'Patiënten ouder dan 50 jaar'.  
EXECUTE.
```

```
DO IF (Q4b = 'Geen').  
RECODE Q4b_new (1=0).  
END IF.  
EXECUTE.
```

```
DO IF (Q4b = "").  
RECODE Q4b_new (1=0).  
END IF.  
EXECUTE.
```

```
FORMATS Q4b_new(F8.0).  
VALUE LABELS Q4b_new  
  0 'Nee'  
  1 'Ja'.  
EXECUTE.
```

Output

Patiënten ouder dan 50 jaar					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	11	19.3	19.3	19.3
	Ja	46	80.7	80.7	100.0
Total		57	100.0	100.0	

4. Top-2-Box hercodering van stellingen over de invloed van vergrijzing

De kern van de kwantitatieve analyse bestaat uit tien stellingen over de ervaren invloed van vergrijzing op de dagelijkse praktijk (\$Q6_1 t/m Q6_10). Om een helder beeld te krijgen van de mate van instemming, is gekozen voor een 'Top-2-Box' hercodering. Hierdoor kunnen resultaten worden gerapporteerd in percentages (meestal 'eens' versus 'oneens'), wat de leesbaarheid van de resultaten vergroot.

- Oorspronkelijke variabelen: Q6_1 t/m Q6_10 (5-punts Likert-schaal: 1 = Helemaal oneens, 2 = Oneens, 3 = Eens, 4 = Helemaal eens. Daarnaast opties voor 'Weet niet' en 'Niet van toepassing').
- Bewerking: De positieve antwoorden (3 en 4) zijn samengevoegd tot de waarde 1 ('Eens'). De negatieve antwoorden (1 en 2) zijn samengevoegd tot de waarde 0 ('Oneens'). De antwoordopties 5 en 6 zijn als *system missing* gedefinieerd om de berekening niet te vervuilen.
- Definitieve variabelen: Q6_1_top2 t/m Q6_10_top2.

Syntax

* Hercoderen van 5-punts schaal naar binaire score (Top-2: Eens/Oneens).

```
RECODE Q6_1 TO Q6_10 (1=0) (2=0) (3=1) (4=1) (5=SYSMIS) (6=SYSMIS) INTO Q6_1_top2 TO Q6_10_top2.  
EXECUTE.
```

* Instellen van meetniveau en labels voor de nieuwe variabelen.

```
VARIABLE LEVEL Q6_1_Top2 TO Q6_10_Top2(NOMINAL).  
FORMATS Q6_1_Top2 TO Q6_10_Top2(F8.0).  
VALUE LABELS Q6_1_Top2 TO Q6_10_Top2 0 'Oneens' 1 'Eens'.  
EXECUTE.
```

* Toewijzen van specifieke labels op basis van de survey-vragen.

```
VARIABLE LABELS Q6_1_Top2 'Dagelijkse werkzaamheden veranderen door toename oudere patiënten'.  
VARIABLE LABELS Q6_2_Top2 'Oudere patiënten vragen andere ADL/verpleegzorg'.  
VARIABLE LABELS Q6_3_Top2 'Oudere patiënten vragen meer somatische zorg'.  
VARIABLE LABELS Q6_4_Top2 'Oudere patiënten vragen andere bejegening/communicatie'.  
VARIABLE LABELS Q6_5_Top2 'Minder alertheid wat betreft agressie bij 50+'.  
VARIABLE LABELS Q6_6_Top2 'Dagbesteding/activiteiten vaker aanpassen bij oudere patiënten'.  
VARIABLE LABELS Q6_7_Top2 'Dienstplanning vaker aanpassen door toename oudere patiënten'.  
VARIABLE LABELS Q6_8_Top2 'Infrastructuur (routes, deuren, liften) geschikt voor beperkte mobiliteit'.  
VARIABLE LABELS Q6_9_Top2 'Hulpmiddelen beschikbaar én inzetbaar binnen veiligheids- en arbo kaders'.  
VARIABLE LABELS Q6_10_Top2 'Samenwerking met somatiek/geriatrie goed geregeld'.  
EXECUTE.
```

* Berekenen van de gemiddelde instemming (Mean) per stelling, gesorteerd op score.

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=Q6_1_top2 TO Q6_10_top2 /STATISTICS=MEAN /SORT=MEAN (D).
```

Output

Descriptive Statistics		
	N	Mean
Oudere patiënten vragen meer somatische zorg	38	.92
Oudere patiënten vragen andere ADL/verpleegzorg	41	.83
Oudere patiënten vragen andere bejegening/communicatie	41	.80
Dagbesteding/activiteiten moeten vaker aangepast worden bij oudere patiënten	39	.67
Mijn dagelijkse werkzaamheden veranderen door de toename van oudere patiënten	38	.58
Benodigde hulpmiddelen zijn beschikbaar én inzetbaar binnen onze veiligheids- en arbo kaders	32	.56
Samenwerking met somatiek/geriatrie is goed geregeld	33	.52
Door de toename van oudere patiënten pas ik mijn dienstplanning vaker aan	38	.50
Looproutes, deuren en liften op mijn afdeling zijn geschikt voor patiënten met beperkte mobiliteit	37	.49
Bij patiënten van 50 jaar of ouder hoef ik minder alert te zijn wat betreft agressie	39	.10
Valid N (listwise)	25	

5. Analyse van de scholingsbehoefte

De variabelen met betrekking tot scholing bestaan uit een poortvraag (Q8: behoefte aan scholing ja/nee) en zeven specifieke onderwerpen (Q9_1 t/m Q9_7). Om een zuiver beeld te krijgen van de inhoudelijke scholingsvraag, is een filter toegepast zodat de percentages per onderwerp alleen gebaseerd zijn op de groep respondenten met een actuele scholingsbehoefte.

- Oorspronkelijke variabelen: Q8 (Heeft u behoefte aan meer scholing?) en Q9_1 t/m Q9_7 (Onderwerpen: cognitie, veiligheid, ADL, etc.).
- Bewerking: 1. Alle *system missing* waarden bij de onderwerpen zijn eerst op 0 gezet (niet aangevinkt).
2. Vervolgens is een DO IF-constructie toegepast: indien een respondent bij Q8 aangaf geen behoefte te hebben (waarde 2) of de vraag niet heeft ingevuld, zijn de scores op de onderwerpen Q9 alsnog op *system missing* gezet.

- Definitieve analyse: De gemiddelde score (Mean) per onderwerp onder de relevante doelgroep.

Syntax

* Stap 1: Ontbrekende waarden bij onderwerpen tijdelijk op 0 zetten.

```
RECODE Q9_1 Q9_2 Q9_3 Q9_4 Q9_5 Q9_6 Q9_7 (SYSMIS=0). EXECUTE.
```

* Stap 2: Voorwaardelijke hercodering. * Alleen respondenten met behoefte behouden; bij de rest (Q8=2 of missing) de onderwerpen op missing zetten. DO IF (Q8 = 2 | MISSING (Q8)). RECODE Q9_1 Q9_2 Q9_3 Q9_4 Q9_5 Q9_6 Q9_7 (ELSE=SYSMIS). END IF. EXECUTE.

* Stap 3: Berekenen van de definitieve gemiddelden (percentages behoefte per onderwerp). DESCRIPTIVES VARIABLES=Q9_1 Q9_2 Q9_3 Q9_4 Q9_5 Q9_6 Q9_7 /STATISTICS=MEAN.

Output

Descriptive Statistics		
	N	Mean
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Cognitie & verwardheid / dementie	26	.81
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Veiligheid & mobiliteit	26	.46
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Lichamelijke zorg & medicijnen	26	.38
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Zelfzorg/ADL & activiteiten	26	.38
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Levensende/comfortzorg	26	.35
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Anders, namelijk:	26	.04
Waarover zou u (meer) scholing of willen krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk) - Selected Choice Geen behoefte	26	.04
Valid N (listwise)	26	

6. Bivariate analyses: Verbanden en groepsvergelijkingen

Om de relatie tussen werkervaring (Q1) of de huidige patiëntenpopulatie (Q4b_new) en de ervaren invloed van vergrijzing te onderzoeken, zijn kruistabellen en correlatie-analyses uitgevoerd. Dit vormt de statistische onderbouwing voor de geobserveerde trends in Hoofdstuk 4.

- Analyses: Kruistabellen (CROSSTABS) met Chi-kwadraat toetsen en correlatiecoëfficiënten (Spearman's rho/Pearson's r).
- Doel: Bepalen of sociotherapeuten met meer ervaring de vergrijzing anders beleven dan nieuwkomers.

Syntax

* Stap: Correlaties berekenen tussen de ervaren toename (Q6) en werkervaring/doelgroep.

* Hieruit volgt onder andere de gerapporteerde $r = 0,45$.

CROSSTABS

```
/TABLES=Q6 BY Q1 Q4b_new
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ CORR
/CELLS=COUNT COLUMN
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Q6_1 Q6_2 Q6_3 Q6_4 Q6_5 Q6_6 Q6_7 Q6_8 Q6_9 Q6_10 BY Q1 Q4b_new
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ CORR
/CELLS=COUNT COLUMN
/COUNT ROUND CELL.
```

Output

Symmetric Measures

	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Interval by Interval Pearson's R	.453	.100	3.176	.003 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.457	.107	3.208	.003 ^c
N of Valid Cases	41			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

7. Toetsen van groepsverschillen in bekwaamheid (Q7_1)

Er is onderzocht of de mate waarin medewerkers zich 'toegerust voelen' (Q7_1) verschilt op basis van hun werkervaring of de mate waarin zij momenteel met 50-plussers werken.

Wetsema – Vergrijzing in de TBS

- Analyses: One-way ANOVA (ONEWAY).
- Afhankelijke variabele: Q7_1 (Toegerust voelen op een schaal van 0-100).
- Onafhankelijke variabelen: Q1(Werkervaring) en Q4b_new (Werkt met 50+).

Syntax

* Vergelijken van het gemiddelde gevoel van bekwaamheid tussen ervaringsgroepen.

```
ONEWAY Q7_1 BY Q1
/ES=OVERALL
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS
/CRITERIA=CILEVEL(0.95).
```

* Vergelijken van bekwaamheid tussen therapeuten die wel/niet met 50+ werken.

```
ONEWAY Q7_1 BY Q4b_new
/ES=OVERALL
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS
/CRITERIA=CILEVEL(0.95).
```

Output

Descriptives

Geef op de onderstaande balk weer in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stelling. – Ik voel me voldoende toegerust om met oudere tbs-patiënten te werken.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
0-5	15	45.6000	20.74608	5.35662	34.1112	57.0888	15.00	100.00
5-10	9	44.4444	21.45409	7.15136	27.9534	60.9355	10.00	70.00
10 of meer	15	48.0667	24.71109	6.38038	34.3821	61.7512	13.00	100.00
Total	39	46.2821	21.97001	3.51802	39.1602	53.4039	10.00	100.00

ANOVA

Geef op de onderstaande balk weer in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stelling. – Ik voel me voldoende toegerust om met oudere tbs-patiënten te werken.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	85.142	2	42.571	.084	.920
Within Groups	18256.756	36	507.132		
Total	18341.897	38			

Descriptives

Geef op de onderstaande balk weer in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stelling. – Ik voel me voldoende toegerust om met oudere tbs-patiënten te werken.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Nee	8	48.1250	27.29959	9.65186	25.3020	70.9480	15.00	100.00
Ja	31	45.8065	20.88926	3.75182	38.1442	53.4687	10.00	100.00
Total	39	46.2821	21.97001	3.51802	39.1602	53.4039	10.00	100.00

ANOVA

Geef op de onderstaande balk weer in hoeverre u het eens bent met de onderstaande stelling. – Ik voel me voldoende toegerust om met oudere tbs-patiënten te werken.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	34.184	1	34.184	.069	.794
Within Groups	18307.714	37	494.803		
Total	18341.897	38			

8. Geaggregeerde analyses van de ervaren invloed (Multiple Response)

Om een integraal beeld te krijgen van de thema's waarop de vergrijzing de meeste invloed heeft, zijn de afzonderlijke Top-2 variabelen (Q6_1_top2 t/m Q6_10_top2) samengevoegd in een zogenaamde 'Multiple Response Set' met de naam Invloed. Deze set maakt het mogelijk om de cumulatieve instemming op verschillende domeinen (zoals ADL, somatiek en infrastructuur) gelijktijdig weer te geven in relatie tot de patiëntenpopulatie en werkervaring.

- **Bewerking:** Constructie van de Multiple Response Set Invloed waarbij de waarde 1 ('Eens') als telwaarde is gedefinieerd voor alle tien de stellingen.
- **Analyses:** Multiple Response kruistabellen (MULT RESPONSE TABLES) waarbij de set wordt afgezet tegen de variabelen Q1 (Werkervaring) en Q4b_new (Patiënten ouder dan 50 jaar).
- **Doel:** Inzichtelijk maken welke specifieke aspecten van het werk het meest worden beïnvloed volgens de sociotherapeuten die werkzaam zijn met deze doelgroep.

Syntax

* Stap: Definiëren van de Multiple Response Set voor alle invloedsfactoren.

```
MULT RESPONSE GROUPS=$Invloed (Q6_1_Top2 Q6_2_Top2 Q6_3_Top2 Q6_4_Top2 Q6_5_Top2  
Q6_6_Top2 Q6_7_Top2 Q6_8_Top2 Q6_9_Top2 Q6_10_Top2 (1))  
/VARIABLES=Q1(2 4)  
/TABLES=$Invloed BY Q1  
/CELLS=COLUMN  
/BASE=CASES.
```

* Stap: Analyse van de invloed in relatie tot de patiëntenpopulatie ouder dan 50 jaar.

```
MULT RESPONSE GROUPS=$Invloed (Q6_1_Top2 Q6_2_Top2 Q6_3_Top2 Q6_4_Top2 Q6_5_Top2  
Q6_6_Top2 Q6_7_Top2 Q6_8_Top2 Q6_9_Top2 Q6_10_Top2 (1))  
/VARIABLES=Q4b_new(0 1)  
/TABLES=$Invloed BY Q4b_new  
/CELLS=COLUMN  
/BASE=CASES.
```

Simloed*Q4b_new Crosstabulation

		Patienten ouder dan 50 jaar		Total	
		Nee	Ja		
Simloed ^a	Mijn dagelijkse werkzaamheden veranderen door de toename van oudere patiënten	Count	2	20	22
		% within Q4b_new	28.6%	62.5%	
	Oudere patiënten vragen andere ADL/werplegzaamheden	Count	6	28	34
		% within Q4b_new	85.7%	87.5%	
	Oudere patiënten vragen meer somatische zorg	Count	6	29	35
		% within Q4b_new	85.7%	90.6%	
	Oudere patiënten vragen andere bijlegging/communicatie	Count	7	26	33
		% within Q4b_new	100.0%	81.3%	
	Bij patiënten van 50 jaar of ouder moet ik minder alert te zijn wat betreft agressie	Count	2	2	4
		% within Q4b_new	28.6%	6.3%	
	Dagbesteding/activiteiten moeten vaker aangepast worden bij oudere patiënten	Count	6	20	26
		% within Q4b_new	85.7%	62.5%	
	Door de toename van oudere patiënten pas ik mijn dienstplanning vaker aan	Count	3	16	19
		% within Q4b_new	42.9%	50.0%	
	Looproutes, deuren en liften op mijn afdeling zijn geschikt voor patiënten met beperkte mobiliteit	Count	4	14	18
		% within Q4b_new	57.1%	43.8%	
	Benodigde hulpmiddelen zijn beschikbaar en inzetbaar binnen onze veiligheids- en arbo kaders	Count	1	17	18
		% within Q4b_new	14.3%	53.1%	
	Samenwerking met somatiek/geriatrie is goed geregeld	Count	2	15	17
		% within Q4b_new	28.6%	46.9%	
Total		Count	7	32	39

Percentages and totals are based on respondents.
a. Dichotomy group tabulated at value 1.

VI – Gebruik van AI Software

Tijdens het schrijfproces heb ik soms ChatGPT gebruikt om kritisch mee te kijken naar mijn formuleringen en de tekst hier en daar wat aan te scherpen. Ook heb ik ChatGPT soms gebruikt om te vragen wat de kern was van een bepaald artikel zodat ik snel kon oordelen of ik dit artikel kon gebruiken voor mijn onderzoek. De regie over de inhoud en de opbouw van het onderzoek heb ik echter volledig zelf gehouden. De argumenten en inzichten in deze scriptie komen direct voort uit mijn eigen data-analyse en interviews.

Voorbeeld 1:

- Vraag: Ik heb een alinea geschreven over de discretionaire ruimte van Lipsky in de tbs-praktijk. De inhoud klopt, maar ik vind het nog wat stroef lezen. Kun je deze tekst herschrijven zodat de toon academischer wordt en de overgangen tussen de zinnen vloeiender zijn?
- Output: "De theorie van de *street-level bureaucracy* van Lipsky (2010) biedt een essentieel kader voor het begrijpen van de handelingsruimte van sociotherapeuten binnen de Mesdag. In de dagelijkse praktijk worden therapeuten geconfronteerd met de spanning tussen rigide protocollen en de complexe zorgbehoefte van een vergrijzende populatie.

Deze 'discretionaire ruimte' stelt hen in staat om microbeslissingen te nemen die noodzakelijk zijn voor maatwerk, hoewel dit tegelijkertijd een structurele druk legt op de professionele rolverdeling."

- Verwerking: Ik heb deze suggestie gebruikt om de inleiding van paragraaf 2.2.1 te versterken, waarbij ik de specifieke verwijzing naar de zorgbehoefte zelf heb toegevoegd.

Voorbeeld 2:

- Vraag: Kun je de kern van dit artikel vertellen? (Bijlage)
- Output: Ja 😊 Hier is de kern van het artikel "Care for older forensic mental health patients: A consensus guidance document" in heldere lijnen: Kernboodschap
Het artikel laat zien dat oudere forensisch-psychiatrische patiënten (meestal 50+) een snel groeiende, maar onderbelichte groep zijn binnen forensische instellingen. Zij hebben andere en complexere behoeften dan jongere patiënten, terwijl zorg en behandeling daar vaak nog onvoldoende op zijn aangepast.
- Verwerking: Op basis hiervan wist ik dat ik dit artikel moest lezen en waarschijnlijk kon gebruiken voor mijn onderzoek.

Voorbeeld 3:

- Vraag: In mijn discussie maak ik de stap van Goffmans 'totale institutie' naar de dagelijkse praktijk van de sociotherapeut. Kun je kijken of de overgang tussen deze twee argumenten logisch is, of moet ik hier een verduidelijkende verbindingszin tussen plaatsen?
- Output: "De overgang is inhoudelijk sterk, maar de stap van de abstracte theorie naar de fysieke beperkingen (zoals de infrastructuur) kan vloeiender. Overweeg een verbindingszin als: 'Deze theoretische inkadering van de totale institutie krijgt een tastbare vorm wanneer men kijkt naar de fysieke begrenzings van de afdelingsinfrastructuur, zoals de ontoegankelijkheid van sanitaire voorzieningen voor minder mobiele patiënten.'"
- Verwerking: Ik heb dit niet erin verwerkt want, zoals vaker het geval is, praat ChatGPT in iets te abstracte taal.

Voorbeeld 4:

- Vraag: Kun je de onderstaande paragraaf controleren op interpunctie en onnodig lange zinnen? Ik wil dat de tekst bondig en foutloos is, maar de inhoudelijke argumenten moeten exact hetzelfde blijven.
- Output: "Ik heb de paragraaf over de RNR-principes gecontroleerd. De zinsopbouw is ingekort door bijzinnen te splitsen, wat de leesbaarheid vergroot.
- Verwerking: Ik heb de taalkundige correcties direct doorgevoerd in de definitieve versie van het theoretisch kader.