
Vrijheid in gebondenheid

Ondernemerschap in de forensische zorg



Ingrid Dekker MA | April 2018

‘Vrijheid in gebondenheid’

Schilderij van NANCY VAN OVERVELDT (1930 - 2015)

Nancy werd geboren in 's-Gravenhage in 1930, studeerde aan de Koninklijke Academie voor Beeldende Kunsten en in 1952 vertrok ze naar Mexico. Daar exposeerde zij regelmatig en verwierf een grote bekendheid. In 1976 kwam Nancy terug naar Nederland en bezag met ‘buitenlandse ogen’ het Hollands landschap. Nancy werkt zeer langdurig aan haar doeken, haar productie was maximaal vier doeken per jaar. Een enorme gelaagdheid van verf vormt een structuur die een extra dimensie aan het doek geeft. Zij exposeerde naast Mexico ook in New York, Brussel, Amsterdam en Den Haag. Haar motivatie om te willen schilderen wordt mooi weergegeven in wat ze daar zelf over heeft gezegd:

“Gedreven door de wens vorm te geven aan het wonderbaarlijke begeef ik mij in de verf”

Het doek op de voorzijde heet ‘Vrijheid in gebondenheid’. Nancy was enorm geïnspireerd door de dieren, het licht en de natuur van de Oostvaardersplassen op haar fietstochten van Lelystad naar Huizen om haar kleinkinderen - mijn bonuskinderen - te bezoeken. Mijn keuze is hierop gevallen omdat dit doek een persoonlijke favoriet is. Het is een mooie metafoor voor het werken in de forensische zorg en de dilemma’s die daar bij horen:

*Leven in vrijheid, achter een hek in gebondenheid
Leven in de vrije natuur, door mensen gemaakt en beheerd
Vrijheid om voor jezelf te zorgen en in de winter als honger dreigt, worden bijgevoerd
Ondernemerschap als een galopperend paard op de vierkante meter
ook in beperking ruimte zien
nieuwe kansen zien en pakken als een vogel in de lucht
zwevend op de thermiek van het moment
op de fiets soms wind mee, soms wind tegen
alles om meer waarde te creëren voor forensische patiënten
en daarmee een meer veilige samenleving.*

Vormgeven aan de zorg van de toekomst

De gezondheidszorg heeft leiders nodig die richting kunnen geven aan vernieuwing. De MHBA sluit hier naadloos op aan. Samen met de deelnemers wordt gewerkt aan de toekomst van de zorg. In de Master of Health Business Administration leren deelnemers bedrijfskundige inzichten te vertalen naar een krachtige visie op de zorg en vergroten ze hun effectiviteit als leider.

www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl



VOORWOORD

Voorwoord

Voor u ligt mijn thesis, het verslag van het onderzoek waaraan ik de afgelopen maanden heb gewerkt. Terugkijkend was het een bijzonder leerzame tijd bij het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, het opleidingsinstituut waar ik mijn kennis over de gezondheidszorg in ons land tijdens de Master of Health Business Administration verder heb vergroot. Het is mijn passie om mijn nieuwe kennis en ervaring te combineren met mijn vroegere politie ervaring en deze in te gaan zetten voor de forensische zorg.

De betrokkenheid en de openheid van de geïnterviewde eindverantwoordelijke directeuren en bestuurders die de bereidheid hadden om tijd vrij te maken voor de interviews was verrassend groot. Ondanks de dilemma's, beperkingen en de maatschappelijke positie die de forensische zorg in ons land inneemt zijn zij zonder uitzondering gedreven in hun ambitie om het beter te maken voor de patiënt, de medewerkers en de samenleving. Ik heb een groot respect voor deze mensen en maak vanaf deze plaats een diepe buiging voor hen. Tijdens de gesprekken heb ik genoten van de inspirerende ontmoetingen en van de betrokkenheid en openheid waarmee zij hun verhalen vertelden en hun visie en beelden over ondernemerschap in de forensische tak van sport met mij deelden. Ondanks de enorme werkdruk, bleek in de gesprekken altijd de zorg voor en om de patiënt voorop te staan. De interviews boden me inzicht in hun denkkaders en dat was van grote waarde voor mijn eigen kritische en strategische blik en inzichten als onderzoeker.

Deze scriptie had niet geschreven kunnen worden zonder de input van een aantal mensen: Angela Jansen, Rogier Hoenders, fijn om voorafgaand aan het onderzoek met jullie van gedachten te wisselen over ondernemerschap en integrative psychiatrie. Esther de Wilde, Marrit de Vries en Joost Harkink: dank voor het delen van jullie persoonlijke ervaringen in het forensisch vakgebied, het speelde een waardevolle rol in mijn keuze voor dit onderwerp. Mariëtte Beekman, bedankt voor het meelesen en je oprechte interesse voor dit vakgebied bekeken door een politiebril: je bent een prima grenswerker.

Verder dr. Wilma van der Scheer en dr. Maarten Janssen, fijn om in de beginfase met jullie te sparren over ondernemerschap in de ruimste zin van het woord. En natuurlijk ook een woord van dank voor mijn begeleider Lucie Boonekamp vanwege de ruimte die zij me bood tijdens de totstandkoming van deze thesis, haar heldere adviezen, inspirerende gesprekken, motiverende vragen en stimulerende feedback. Het was een groot plezier om met haar samen te werken!

Auke en Jasmijn: dank voor jullie gewaardeerde hulp, feedback en belangstelling tijdens de totstandkoming van dit project.

Harmen, mijn grote liefde en inspirator die de vakantiespullen al aan het inpakken is: ik ben er weer voor leuke dingen!

Ik wens u veel leesplezier.

Ingrid Dekker
12 april 2018

MANAGEMENT SAMENVATTING

MANAGEMENT SUMMARY

Managementsamenvatting

Als er wat mis gaat in een forensisch zorginstelling, gaat het meestal goed mis en vallen er gewonden of doden. De incidenten grijpen diep in in de samenleving en krijgen veel media aandacht. Iedereen herinnert zich De Kijvelanden, Benno L., Michael P. en Anne Faber. In de media wordt een beeld geschapen van falende hulpverleners en dat wekte mijn nieuwsgierigheid. Wat is er aan de hand in de forensische zorg? Wat is de rol van innovatie en ondernemerschap in deze sector?

Dit onderzoek gaat dan ook over ondernemerschap en bestuurders in de forensische zorg: ondernemen op het snijvlak van het strafrecht en de zorg. De doelstelling van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in ondernemerschap van bestuurders van forensische zorginstellingen. Het inzicht in succesvol en falend ondernemerschap en inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren kan helpen om een antwoord te geven op de maatschappelijke onrust die incidenten veroorzaken. Het is niet primair gericht op het zoeken naar oplossingen, maar gericht op het zoeken naar ruimte voor eigen keuzes voor ondernemerschap van de bestuurders.

De aanpak bestaat uit een theoretisch kader voor ondernemerschap. Dit kader is de basis voor de interviews: het kwalitatief empirisch onderzoek. De onderzoeksdata zijn verzameld door middel van een methodetriangulatie van literatuuronderzoek, documentenanalyse en 13 interviews met bestuurders uit het forensische zorgveld.

De context van de forensische sector anno 2018 bestaat uit: korter, beter en meer ambulant. De forensische sector kampt met een slecht imago vanwege incidenten die veel media aandacht krijgen en de politiek mengt zich erin als er zich incidenten voordoen. De arbeidsmarktproblematiek is de belangrijkste strategische opgave van dit moment. Er is onvoldoende professioneel geschoold personeel op de arbeidsmarkt en het lukt onvoldoende om medewerkers te binden en te boeien. Andere strategische opgaven zijn de doorstroming van patiënten van zwaardere naar lichtere zorg, optimalisering ketensamenwerking en het ontwikkelen van (technologische) innovaties.

Ondernemerschap is een lastig te duiden begrip en ondernemerschap in de maatschappelijke context van de forensische zorg op het snijvlak van veiligheid en zorg lijkt een contradictio in terminis. Ondanks dat maakt de forensische zorg deel uit van een zorgmarkt en is er sprake van marktwerking bij aanbestedingen, inkoop en concurrentie: diverse aanbieders bieden forensische zorg van FACT-teams in dezelfde stad. Politiek ligt dit ondernemerschap gevoelig en zijn er recent Kamervragen gesteld en moties ingediend om de marktwerking te verminderen.

Ondernemerschap kan vanuit verschillende perspectieven worden weergegeven: als competentie en als richting van ondernemen (marktgericht, gemeenschapsgericht, intern gericht). Een nieuwe trend is ondernemerschap als mindset van de bestuurder. Het gaat dan veel meer om aspecten van betekenisgeving, het collectieve brein van de organisatie ontsluiten en terug te gaan naar 'de bedoeling'. De bestuurder heeft dan een voorbeeldfunctie in zijn ondernemerschap waardoor het opgepakt wordt door andere medewerkers in de organisatie. Bestuurders zijn zich goed bewust van hun ondernemerschap en hebben daar duidelijke beelden bij, variërend van de 'een gekortwiekten renpaard', als het gaat om binnen de beperkingen kansen te zien en de mogelijkheid om deze te kunnen pakken tot 'uitvinder' en 'influencer'.

Binnen de beperkingen van het juridische kader wordt door vrijwel alle bestuurders naar ruimte gezocht om nieuwe samenwerkingsrelaties aan te gaan en te innoveren. Als het gaat om rolopvatting

en roluitoefening kan er een nieuwe tendens worden gesignaleerd, namelijk die van de bestuurder als grenswerker. In de rol van grenswerker komen de rollen van boegbeeld, ondernemer, tussenpersoon en strateeg samen. Een belangrijk dilemma op het vlak van sturing en toezicht is de afbouw van TBS-plaatsen en doorstroming naar lichtere zorg in relatie tot veiligheid en minder recidive. Ondernemerschap van bestuurders draagt in grote mate bij aan de realisering van de strategische opgaven. Zowel uit het theoretische kader als uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat ondernemerschap nodig is voor het voortbestaan van de organisatie en dus een 'must' is voor bestuurders. Grenswerken, de juiste mindset, kansen zien, kansen pakken, ruimte geven, ruimte nemen, verantwoorde risico's nemen, visie ontwikkelen en kunnen omgaan met de besturingsdilemma's behoren tot de dagelijkse kost van een bestuurder.

Aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen zijn:

- Verbeter het imago en communiceer successen in nieuwe eigen corporate stories;
- Ontwikkel een scenario met businesscase voor uitbreiding van de TBS-capaciteit voor de doelgroep terugkeerders (moeders, minderjarige kinderen en jihadgangers) en ga beslissers beïnvloeden;
- Bepaal eigenaarschap van de doelgroep 'gevaarlijke (verwarde) patiënten' die te complex zijn voor de GGZ en zich (nog) niet of niet meer in een strafrechtelijk kader bevinden, ontwikkel een businesscase voor deze doelgroep.
- Verbeter de samenwerking in de keten, leer elkaars taal spreken en ken elkaars processen.
- Bevorder de toepassing van technologische innovaties en draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe technologieën. Breid de forensische ambulante teams uit met een innovatiemedewerker.

Aanbeveling aan de politiek en het ministerie van Veiligheid en Justitie:

Werk samen bij de implementatie van de ambulante forensische teams en beëindig concurrerende teams in dezelfde steden. Het helpt niet om het grotere doel (veiligheid) te bereiken. Stel opstartkosten per team per stad beschikbaar zodat de caseload in evenwicht opgebouwd kan worden met het team.

Management summary

If something goes wrong for patients in a forensic health care institution, it usually goes very wrong and can result in injury or death. The incidents have a deep impact on society and receive a lot of media attention. Who can forget such cases as De Kijvelanden, Benno L., Michael P. and Anne Faber? The media reporting which follows such cases often creates an image of care providers seriously failing the patients they are responsible for. Because of this I was interested to find out if this image was an accurate one. What is current situation in forensic care and what is the role of innovation and entrepreneurship in this sector?

Therefore, this research concerns the role of entrepreneurship and directors in forensic care and how the provision of care by private companies works at the interface between criminal law and healthcare provision. The objective of this research is to gain insight into the role of entrepreneurship and directors of forensic healthcare institutions. Understanding what constitutes success or failure in entrepreneurship. What factors facilitate or obstruct these outcomes and answer the question why the cases referred to, and others, cause public anxiety. Primarily, it is not the aim of this study to look for solutions, but rather to find space for the entrepreneurship of the directors to make their own choices.

This research is based on a theoretical framework for entrepreneurship. This framework forms the basis for the interviews: the qualitative empirical research. The research data was collected by means of a method-based literature research, document analysis and 13 interviews with directors from the forensic care field.

The context of the forensic sector in 2018 consists of: shorter, better and more ambulant. The sector is struggling with a poor image resulting from the media attention high profile cases have received and politicians have also become involved. Currently, the most important strategic tasks confronting the sector are the shortage of professionally trained personnel and the inability of the sector to retain staff. Other issues involve the movement of patients within the system to different levels of care, optimization of chain collaboration and the development of (technological) innovations.

Entrepreneurship is a difficult concept to understand, but entrepreneurship in the context of social forensic care at the boundary between safety and care seems to be a contradiction in terms. Despite this, forensic care is part of a healthcare market. The market requires competition in tendering and procurement and has resulted in several providers offering forensic care for FACT teams in the same city. Politically, this entrepreneurship has become a sensitive issue and recently questions have been asked in parliament and government motions have been submitted aimed at reducing the effect of market forces.

Entrepreneurship can be seen from different perspectives: as competence or as a direction of entrepreneurship (market-oriented, community-oriented, internally oriented). A new trend in entrepreneurship focuses on the mindset of the director. This is more about aspects of giving direction, opening up the collective mind of the organization and going back to 'the intention'. The director then has an exemplary role which it is followed by all employees in the organization. Directors are well aware of their position and have clear aims, varying from the 'shortened racehorse', when it comes to seeing opportunities within the limitations and the possibility of being able to make them into 'inventor' and 'influencer'.

Within the limitations of the legal framework, almost all directors are looking for opportunities to enter into new partnerships and to innovate. When it comes to role interpretation and role performance, a new trend can be identified, namely that of the director as a collaborator between organizations. In the role of collaborator, the roles of figurehead, entrepreneur, intermediary and strategist come together. An important dilemma in management and supervision is the reduction of TBS places and the flow towards lighter care in relation to safety and less recidivism. Entrepreneurship of directors contributes to a large extent to the strategic tasks. Both the theoretical framework and empirical research show that entrepreneurship is necessary for the organization's survival and is therefore a 'must' for managers. Collaboration, the right mind-set, seeing opportunities, taking opportunities, giving space, taking space, taking responsible risks, developing vision and being able to deal with the control dilemmas are part of the daily work of a director.

Recommendations that emerge from the research are:

- Improve the communication of successes in new corporate stories;
- Develop a scenario with business plan for the expansion of the TBS capacity for the target group of returnees (mothers, underage children and jihadists) and influence decision-makers;
- Determine who is responsible for a specific target group i.e. dangerous (confused) patients whose needs are too complex for mental health care and are not (yet) or no longer in a criminal law framework. Develop a business case for this target group.
- Improve communication in the chain. Learn to speak each other's language and get to know each other's processes.
- Promote the application of technological innovations and contribute to the development of new technologies. Expand the forensic ambulatory teams with an innovation employee.

Recommendation to politicians and the Ministry of Security and Justice:

Work together on the implementation of ambulatory forensic teams and end competitive between teams in the same city. Such competition is not cost effective but seriously compromises the basic need for safety. Set up start-up costs per team per city so that the caseload can be built a realistic balance within the team.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Managementsamenvatting	7
Management summary	9
1. Aanleiding	14
1.1 Inleiding.....	15
1.2 Projectkader	15
1.3 Doelstelling en vraagstelling.....	16
1.4 Onderzoeksaanpak.....	17
1.5 Onderzoeksmodel.....	17
1.6 Relevantie van het onderzoek	18
1.7 Leeswijzer	18
2 Context en strategische opgaven.....	20
2.1 Inleiding.....	21
2.2 Context.....	21
2.3 Trends en ontwikkelingen.....	27
2.4 Strategische opgaven.....	28
2.5 Dilemma's.....	28
2.6 Samenvatting	29
3. Ondernemerschap	32
3.1 Inleiding.....	33
3.2 Ondernemen en ondernemerschap.....	33
3.3 Ondernemerschap in een maatschappelijke context.....	35
3.4 Ondernemende bestuurders.....	36
3.4.1 Betekenisgeving.....	36
3.4.2 Dilemma's.....	38
3.4.3 Rolopvatting.....	39
3.4.4 Roluitoefening	41
3.5 De rol van ondernemerschap in de organisatiestrategie	42
3.6 Conclusie.....	42
3.7 Samenvatting	43
4. Conceptueel model.....	46
5. Onderzoekopzet.....	48
5.1 Inleiding.....	49
5.2 Onderzoeksstrategie	49
5.3 Dataverzameling.....	49
5.4 Verwerken en analyseren van de gegevens	50
5.5 Betrouwbaarheid en validiteit	51



Waarde creëren

6. Resultaten	54
6.1 Inleiding	55
6.2 Ondernemerschap	55
6.2.1 Betekenisgeving	55
6.2.2 Beelden van het eigen ondernemerschap	56
6.2.3 De dilemma's	58
6.3 Richtingen van ondernemen	62
6.4 Manieren van ondernemen	63
6.5 Ondernemerschap als bijdrage aan de strategische opgaven	71
6.6 Samenvatting	72
7. Conclusie, beschouwing en aanbevelingen	74
7.1 Inleiding	75
7.2 Conclusie: beantwoording van de onderzoeksvragen	75
7.3 Analytische beschouwing en aanbevelingen	77
7.4 Aanbevelingen	78
7.5 Reflectie	79
Bronnen	81
Bijlagen	84
Bijlage 1: Terminologie en afkortingen	85
Bijlage 2: Forensische zorgtitels	88
Bijlage 3: Zorgaanbod	89
Bijlage 4: Wijzigingen in de nieuwe Wet Forensische Zorg	92
Bijlage 5: Patiëntgroepen en zorgaanbieders	93
Bijlage 6: Topiclijst	94
Bijlage 7: Emailbericht respondenten	95

Afbakening begrippen

In dit onderzoek wordt de term patiënt gebruikt. Hiermee wordt tevens cliënt, verdachte, justitia-bele, veroordeelde of gedetineerde bedoeld. Waar de mannelijke vorm wordt gebruikt, kan ook de vrouwelijke vorm worden gelezen.

1 AANLEIDING

1. Aanleiding

1.1 Inleiding

Als er wat mis gaat in een forensisch zorg instelling, gaat het meestal goed mis en vallen er gewonden of doden. De incidenten grijpen diep in in de samenleving en krijgen veel media aandacht. Vrijwel iedereen herinnert zich de medewerker van de TBS-kliniek De Kijvelanden in Portugal die in februari vorig jaar werd neergestoken door een patiënt en aan zijn verwondingen overleed. En een tweede zaak die na de zomer wekenlang landelijk in de aandacht stond was de moord op Anne Faber. Zij werd verkracht en om het leven gebracht door een patiënt die in een kliniek in Den Dolder verbleef vanwege het plegen van gewelds- en zedendelicten. Of de Nederlandse Syriëgangers, waarvan naar schatting 20% al voor vertrek een psychiatrische diagnose heeft (www.volkskrant.nl, 2015). Denk hierbij aan Khalid K., de 'koppensneller uit Almere' die in Syrië poseerde met afgehakte hoofden. Ook de Iraakse Nederlander Mohammed G. die zei jihadopdrachten te krijgen van een krijger in zijn hoofd. En van meer recente datum is de verwarde man die op Schiphol door de marechaussee werd neergeschoten omdat hij met een mes dreigde. Ook de politie haakt hierop in. Hoofdcommissaris van Politie Rotterdam Frank Pauw meldde op het NOS journaal (www.nos.nl, 2017) dat verwarde personen in Rotterdam officieel een dreiging vormen voor de samenleving. "Verwarde mensen dodelijker dan terreur" kopte de Telegraaf (www.telegraaf.nl, 2017) diezelfde dag. Niet alleen het aantal incidenten maar ook de ernst van de incidenten nam in toe. In de stad Rotterdam alleen al steeg het aantal incidenten met verwarde personen van 6.000 in 2014 naar 8.000 in 2017 (www.nrc.nl, 2017). De oorzaken van de toename zijn onduidelijk en de bezuinigingen in de zorg (beddentekort) worden in de media als oorzaak aangewezen. Deze zouden tot gevolg hebben dat de mogelijkheden om iemand op te nemen zijn verminderd en dat er sprake is van afnemend medicijngebruik door de patiënten. Dit maatschappelijk debat roept vragen op: maar is dat ook zo? Wat is er aan de hand in de forensische zorg? Gaan ze wel met de ontwikkelingen van deze tijd mee? Wat is rol van innovatie en ondernemerschap in deze sector? Hoe zien bestuurders in de forensische sector hun eigen ondernemerschap?

1.2 Projectkader

Instellingen voor forensische zorg maken ook deel uit van de zorgmarkt in ons land en deze instellingen hebben een belangrijke maatschappelijke taak als het gaat om veiligheid en behandeling. De verzorgingsstaat is veranderd naar een zogeheten 'participatiemaatschappij' en verantwoordelijkheden en sturing worden daarin meer decentraal gelegd. Collectief opgebrachte middelen groeien minder hard en verantwoordelijkheden verschuiven naar de burger en de samenleving. Ook ondernemingen met een maatschappelijke taak maken hier deel van uit. Zij hebben tot doel een substantiële bijdrage te leveren aan het toekomstbestendig houden van de zorg, die gedragen wordt door de publieke randvoorwaarden: toegankelijkheid (beschikbaarheid en leveringszekerheid), betaalbaarheid en kwaliteit. De zorgmarkt is een markt waar publieke en maatschappelijke belangen een rol spelen. De vraag is of van forensische zorginstellingen ook kan worden verwacht dat zij zich ondernemend gedragen om deze maatschappelijke en publieke doelen te dienen. Vraaggericht, innovatief, oplossingsgericht, doelmatig, krachtige positionering en concurrerend, zijn associaties die horen bij ondernemerschap.

Zo is zorginstelling Pluryn voorloper als het gaat om de invoering van nieuwe technologische toepassingen en E-health in de Living Labs (www.pluryn.nl, 2017), met als voorbeeld de pleisters voor cliënten die een toenemende agressie bij hen kunnen meten zodat patiënten kunnen anticiperen.

En zet de Pompekliniek forensische FACT-teams ¹ in om adequate ambulante zorg te verlenen aan cliënten bij wie de TBS-titel afloopt (www.pompestichting.nl, 2017). En is de nieuwste ontwikkeling het Digital Health Centre waarbij diverse zorginstellingen samenwerken met bedrijven (www.volkskrant.nl , 2017).

Het projectkader van dit onderzoek richt zich op het ondernemerschap van eindverantwoordelijke directeuren en bestuurders² binnen een maatschappelijke context in het speelveld van de forensische zorg.

1.3 Doelstelling en vraagstelling

De doelstelling van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in ondernemerschap van bestuurders van forensische zorginstellingen. Het inzicht in succesvol en falend ondernemerschap en inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren kan helpen om een antwoord te geven op de maatschappelijke onrust die incidenten veroorzaken. Het is niet primair gericht op het zoeken naar oplossingen, maar gericht op het zoeken naar ruimte voor eigen keuzes voor ondernemerschap van de bestuurders. Het onderzoek levert een bescheiden bijdrage aan meer inzicht in de actoren en factoren die een forensische zorginstelling kan benutten of beter niet kan benutten om ondernemerschap toe te passen.

De centrale vraag luidt:

Hoe geven eindverantwoordelijke directeuren en bestuurders van forensische psychiatrische zorginstellingen betekenis en invulling aan ondernemerschap, wat zijn voorbeelden van succesvol en falend ondernemerschap, wat zijn bevorderende en belemmeringen factoren en wat zijn de dilemma's?

De vijf deelvragen die hieruit voortvloeien zijn:

- 1. Wat is de context en wat zijn de strategische opgaven?
- 2. Wat wordt verstaan onder ondernemerschap in een maatschappelijke context ?
- 3. Welke betekenis geven eindverantwoordelijke directeuren en bestuurders aan ondernemerschap, hoe zien zij hun rolopvatting en roluitoefening en wat zijn de dilemma's?
- 4. Wat zijn voorbeelden van succesvol en falend ondernemerschap en wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor ondernemerschap?
- 5. In hoeverre is ondernemerschap een antwoord op de strategische opgaven?

De bovenstaande deelvragen zijn bedoeld als basis om de centrale vraag van dit onderzoek te beantwoorden. Hiermee wil ik onderzoeken of ondernemerschap van bestuurders een antwoord kan zijn op de strategische vraagstukken in de forensische zorg. Deelvraag 1 en 2 worden door middel van literatuuronderzoek en documentanalyse onderzocht en beantwoord. Deelvragen 3, 4 en 5 aan de hand van empirisch onderzoek. Het empirisch onderzoek omvat persoonlijke interviews met dertien bestuurders van instellingen die forensische psychiatrische zorg aanbieden. Hierin komen de topics aan de orde die uit het literatuuronderzoek en de documentanalyse zijn geselecteerd. Ook de zorginkoper van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, de heer mr. drs. G.V.M. van Gemert, komt aan het woord.

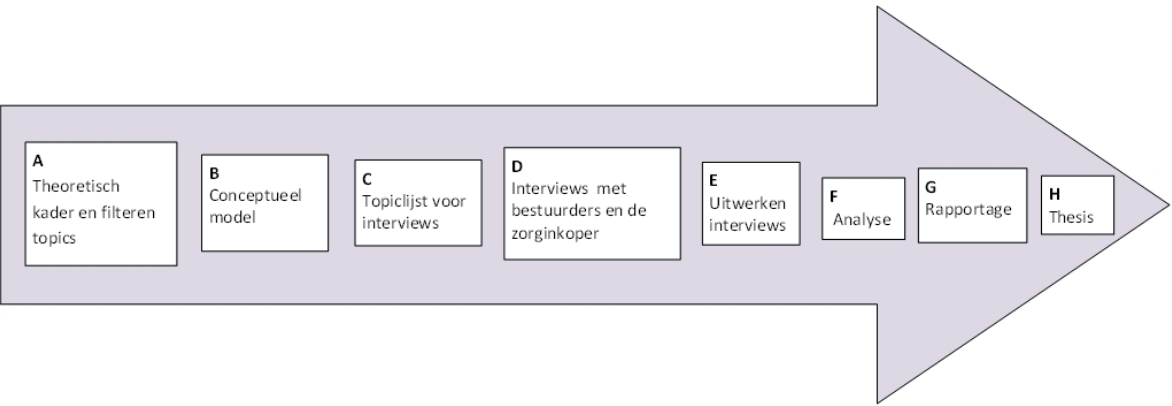
1 FACT: Functionele Assertive Community Treatment
2 Voor de leesbaarheid wordt de term 'bestuurders' gebruikt waar zowel eindverantwoordelijke directeuren als bestuurders worden bedoeld.

1.4 Onderzoeksaanpak

De aanpak van dit onderzoek bestaat uit de selectie van een geschikt theoretisch kader voor ondernemerschap in de forensische zorg. Dit kader wordt de basis voor de interviews, het kwalitatief empirisch onderzoek. De onderzoeksdata worden verzameld door middel van een methode triangulatie van literatuuronderzoek, documentenanalyse en interviews, daarmee wordt bedoeld dat met verschillende methoden hetzelfde onderwerp wordt onderzocht . Het eerste deel van dit onderzoek bestaat uit een vooronderzoek waarin literatuur en documenten zijn bestudeerd over het centrale thema: ondernemerschap in een maatschappelijke context. Wetenschappelijke literatuur en modellen over ondernemerschap in een maatschappelijke context worden in het theoretisch kader in hoofdstuk 3 nader toegelicht en de keuze beargumenteerd. In het theoretisch kader wordt een verdiepingsslag gemaakt naar de context van het forensische zorgveld. Het theoretisch kader vormt de basis van de analyse voor de keuze van de topics die worden gebruikt in de interviews. Door analyse van jaarverslagen, jaarrekeningen, visiedocumenten en onderzoeksrapporten is informatie geselecteerd over het speelveld van de forensische zorg. Media en websites zijn onderzocht op relevante onderwerpen die samenhangen met ondernemerschap. Naast het literatuuronderzoek is het empirische deel van dit onderzoek een belangrijk fundament. Door middel van 13 interviews met bestuurders van forensische zorginstellingen en de zorginkoper is informatie verzameld over de wijze waarop zij betekenis en invulling geven aan ondernemerschap. Vanuit deze invalshoeken worden aanbevelingen gegeven aan bestuurders om ondernemerschap in forensische instellingen in praktijk te brengen.

1.5 Onderzoeksmodel

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden is een onderzoeksmodel opgesteld (Figuur 1) met daarin weergegeven de belangrijkste stappen van het onderzoek.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

Het model toont de stappen die tijdens het onderzoek zijn doorlopen (Verschuren et al, 2016). Uit het theoretisch kader (a) en het conceptueel model (b) worden topics (c) geselecteerd die de basis vormen voor de interviews (d). Dan volgt de fase van uitwerking van de interviews (e), de analyse (f) en de aanbevelingen die samen resulteren in de rapportage (g) en thesis (h). Het eindresultaat is de beantwoording van de hoofdvraag.

1.6 Relevantie van het onderzoek

Praktische relevantie

Dit onderzoek heeft vooral praktische relevantie. Het geeft een beeld van hoe bestuurders van instellingen die forensische zorg bieden en de zorginkoper, betekenis en invulling geven aan ondernemerschap.

De relevantie van de strategische vragen bestaat uit de antwoorden die uit dit onderzoek naar voren komen als het gaat om betekenisgeving aan en ruimte creëren voor ondernemerschap.

Dit onderzoek kan worden gebruikt door bestuurders van forensische zorg instellingen en de zorginkoper. Het is ook geschikt voor geïnteresseerden werkzaam in het veld zoals medewerkers van forensische instellingen, de beroeps- en koepelorganisatie, beleidmakers van het ministerie van V&J en VWS, zorgverzekeraars en patiënten- en belangenverenigingen.

Maatschappelijke relevantie

Of de behoefte aan meer ruimte voor ondernemerschap binnen forensische zorginstellingen groot is, is de vraag. De financiering verandert, patiënten krijgen meer keuzemogelijkheden, (technologische) game changers komen in de toekomst op de markt en daardoor kunnen concurrentieposities veranderen. Met dit onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan een breder denk- en handelingskader als het gaat om ondernemerschap voor bestuurders van organisaties die forensisch zorg leveren. Daarnaast is het mooi als dit onderzoek inspiratie en creativiteit oproept bij de lezer om ook zelf meer ondernemerschap toe te passen in de dagelijkse praktijk, er vanuit gaande dat het een positieve bijdrage levert aan de beste zorg, een helende omgeving en een gezonde organisatie.

Wetenschappelijke relevantie

Naast praktische en maatschappelijke relevantie kan dit onderzoek ook een bescheiden wetenschappelijke bijdrage leveren aan kennisontwikkeling over betekenisgeving van ondernemerschap, de rolopvatting en de roluitvoering van bestuurders en de zorginkoper binnen de specifieke context van forensische zorg.

1.7 Leeswijzer

De thesis bestaat uit 8 hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek en het projectkader besproken, daarna komen de doelstelling en de vraagstelling en de strategische vraagstukken aan de orde.

In hoofdstuk 2 wordt de context van de forensische zorg in beeld gebracht, de trends en ontwikkelingen, de dilemma's en de strategische opgaven komen aan de orde.

In hoofdstuk 3 worden de gebruikte begrippen geoperationaliseerd.

In hoofdstuk 4 is het conceptueel model weergegeven.

In hoofdstuk 5 wordt de onderzoeksopzet toegelicht, daarbij komen de selectie van databronnen, het type onderzoek en de gebruikte instrumenten van onderzoek aanbod.

Hoofdstuk 6 omvat de presentatie van de resultaten van de interviews.

In hoofdstuk 7 volgen tot slot de conclusie, beschouwing, aanbevelingen en reflectie die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

In de bijlagen zijn een lijst met terminologie en afkortingen, een overzicht van de forensische zorgtels, het forensisch zorgaanbod, de wijzigingen in de nieuwe Wet Forensische Zorg, patiëntgroepen en zorgaanbieders, de topiclist en het mailbericht voorafgaand aan de afspraak voor de interviews met de respondenten opgenomen.

Nu in dit eerste hoofdstuk de aanleiding van het onderzoek, het projectkader, de doelstelling en de vraagstelling zijn beschreven volgt in hoofdstuk 2 de beschrijving van de context, de trends en ontwikkelingen en de strategische opgaven voor de bestuurders in deze sector.



Vrijheid en
ruimte bieden

2 CONTEXT EN STRATEGISCHE OPGAVEN

2 CONTEXT EN STRATEGISCHE OPGAVEN

2.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk beschrijft de context van de forensische zorg, de trends en ontwikkelingen en de strategische opgaven. Hiermee wordt een antwoord gegeven op de eerste deelvraag “Wat is de context en wat zijn de strategische opgaven?”

2.2 CONTEXT

Het Handboek Forensische Zorg (VenJ, 2017:p.8) omschrijft forensische zorg als:

“Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, of een andere strafrechtelijke zorgtitel.”

Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van het strafrecht en zorg, waarbij een noodzakelijke combinatie van beveiliging en behandeling centraal staat. Jaarlijks maken circa 24.000 patiënten gebruik van forensische zorg, zowel klinisch als ambulant. Er zijn circa 1300 TBS-patiënten. Het doel van forensische zorg is dat patiënten na hun behandeling geen strafbare feiten meer zullen plegen en normaal kunnen functioneren in de maatschappij. Forensische zorg kent een verplicht karakter van de zorg. Patiënten hebben geen vrije keuze om te bepalen of zij in zorg komen en bij welke zorgaanbieder. Forensische zorginstellingen hebben een complexe opdracht omdat patiënten dus binnen een gedwongen kader behandeld en begeleid worden ter voorbereiding op een terugkeer naar de samenleving. Medewerkers leren patiënten omgaan met vrijheden en eigen verantwoordelijkheid op een wijze die past bij hun eigen mogelijkheden en binnen de formele kaders. Dit vraagt om een intensieve werkrelatie tussen medewerkers en patiënten. Medewerkers hebben vooral te maken met patiënten die vanuit hun stoornis een delict hebben gepleegd. Het risico op ontregeling en agressie is groot en toezicht en begrenzing zijn continu nodig om de veiligheid te waarborgen (Inspectie VenJ, 2017).

Het een turbulente tijd voor de forensische sector. Dat komt niet alleen door de impact van de media. Zowel de Marktscan Forensische Zorg 2016 (VenJ, 2017) als het Handboek Forensische Zorg (VenJ, 2017) spreken over turbulentie als gevolg is van stelselwijzigingen in combinatie met grote veranderingen in de financiering, zoals de prestatiebekostiging. De uitgaven zijn gedaald van circa 640 miljoen naar 630 miljoen per jaar. De aangeboden zorg en beveiliging moet worden aangepast en de gevolgen zijn dat door ambulantisering steeds meer forensische patiënten doorstromen naar de reguliere GGZ en RIBW's³. Het aantal personen dat overlast of agressie veroorzaakt in de samenleving en de overlast die de maatschappij daarbij ondervindt stijgt fors. Ook de agressieproblematiek in de GGZ neemt toe. Het Openbaar Ministerie vordert minder vaak een TBS-maatregel en de rechter legt de maatregel minder vaak op zo vermeldt het Meerjarenbeleidsplan 2018-2020 van de Nijmeegse Pompekliniek (www.pompestichting.nl, 2017). Volgens CBS-cijfers daalt de criminaliteit in ons land en komt het regelmatig voor dat verdachten niet mee willen werken aan psychiatrisch onderzoek. In plaats daarvan kiezen ze liever voor een gelimiteerde gevangenisstraf dan voor een vooraf niet

³ RIBW: Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen. Een RIBW begeleidt mensen met langdurige psychiatrische problemen die moeite hebben om zich zelfstandig te redden

gelimiteerde TBS-maatregel. Sinds de transitie van de AWBZ naar de WMO in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor zorg na detentie of maatregel. Om recidive te voorkomen, moet de forensische sector hierover dus met de gemeente lange termijn afspraken maken over passende zorg, crisisplaatsing, time-out en het uitwisselen van kennis met ketenpartners (www.pompestichting.nl, 2017).

Korte historie

De eerste forensisch psychiatrische kliniek werd in 1996 opgericht. Begin deze eeuw had ons land 12 forensisch psychiatrische instituten en 8 forensisch psychiatrische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen. Drie van de 12 FPI's waren rijksinrichtingen onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie, 5 klinieken werden particulier betaald door het ministerie. In totaal waren er 8 justitiële inrichtingen voor de verpleging van TBS-ers. De overige instellingen vielen onder de GGZ met als doel deze meer toegankelijk te maken voor patiënten die via het strafrecht met de psychiatrie te maken kregen. Het verschil tussen FPI's en FPA's heeft te maken met de mate van beveiliging: beveiligingspersoneel maakt voor 60% deel uit van het totale medewerkersbestand van een TBS-inrichting. Onderling verschilt de beveiliging van zwaar beveiligd tot open. In een TBS-inrichting wordt, naast de behandeling, ook onderwijs en lichamelijke oefening verzorgd (VenJ, 2017).

Er zijn verschillende beroepsgroepen werkzaam in de forensische zorg: psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. De relatie tussen justitiële en GGZ-instellingen is in beeld gekomen door het patiëntenbelang en uit doelmatigheids-overwegingen. Hier ligt de mogelijkheid van een effectieve doorplaatsing en uitstroom van FPI-patiënten naar een vervolgvoorziening (Boot, 2013). Sommige forensische zorginstellingen zijn onderdeel van GGZ-instellingen zoals Transfore van Dimence, Kairos en de Pompestichting van ProPersona, de Woenselse Poort van GGZe en de Van Mesdagkliniek van Lentis.

Marktwerking

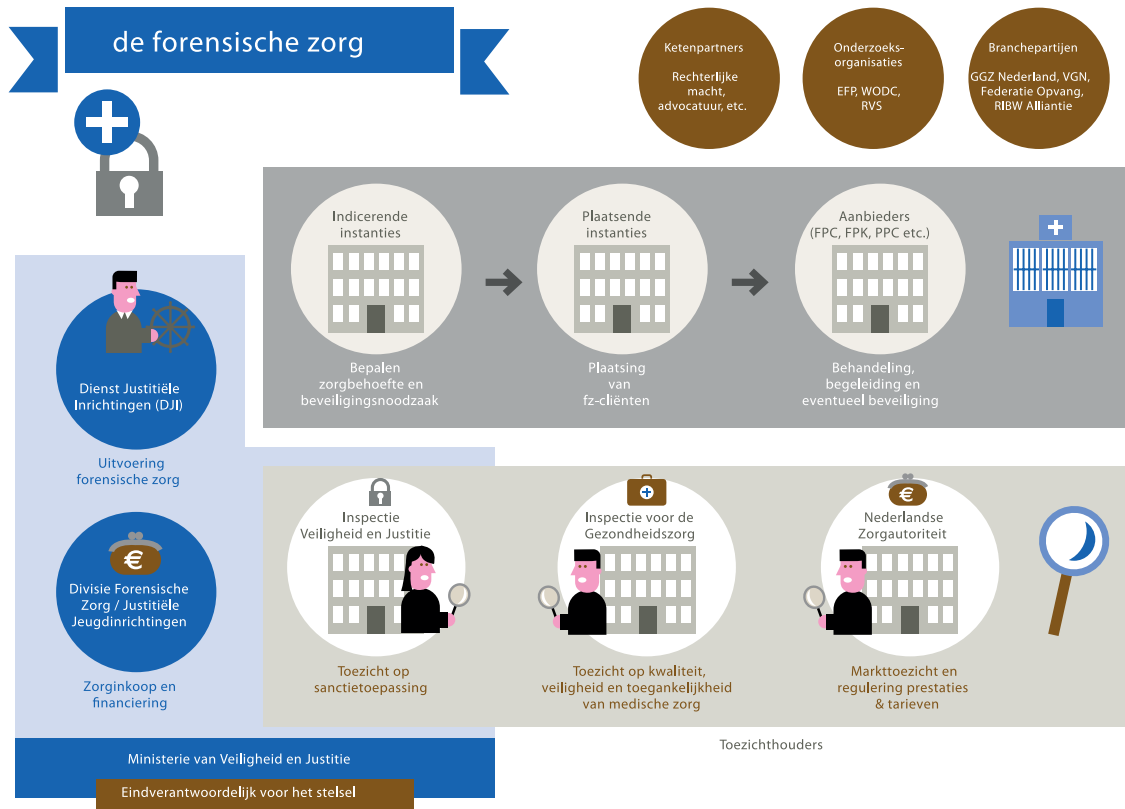
Anders dan in andere takken van de gezondheidszorg is de forensische zorg een ander type markt omdat het budget verdeeld wordt door één zorginkoper aan meerdere verkopers, er is sprake van een monopsonie. De aanbesteding van forensische zorg kent dus marktwerking. Hierover zijn recentelijk (juli 2017) vragen in de Tweede Kamer gesteld en zijn moties⁴ ingediend door Van Nispen (SP) en Toorenburg (CDA) over voorstellen om de marktwerking in de forensische zorg te verminderen. Volgens Toorenburg is er binnen de TBS-systematiek, zeker als patiënten weer in vrijheid worden gesteld, geen continuïteit van zorg omdat er geen markt voor is. De moties zijn erop gericht om de TBS niet verder te vermarkten om de inkooprijzen te verlagen. Staatssecretaris Dijkhoff gaf aan dat er verschil is in de inkoop van justitiële zorg en civiele zorg en dat hij zich wenst te houden aan de Aanbestedingswet.

Forensische zorg

De doelgroep die in aanmerking komt voor forensische zorg bestaat uit verdachten/veroordeelden aan wie het openbaar ministerie of de rechtspraak forensische zorg heeft opgelegd, gedetineerden en terbeschikkinggestelden met bevel tot verpleging (TBS met dwangverpleging). Het speelveld omvat ketenpartners, onderzoeksorganisaties, branchepartijen, indicerende instanties, plaatsende instanties, aanbieders, inkopers, uitvoerende instanties en toezichthouders. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie is eindverantwoordelijk (VenJ, 2017).

4 De motie-Van Nispen/Buitenweg over voorstellen om de marktwerking in de forensische zorg te verminderen (29452, nr. 212).TK, 4 juli 2017.

In beeld gebracht ziet het er als volgt uit:



Figuur 2: Weergave forensische zorg (NZA, 2017).

De bekostigingsgrondslag voor de vergoeding wordt bepaald door de forensische zorgtitels waar er 25 verschillende van zijn (zie bijlage 2). Na indicatiestelling en plaatsing is VenJ verantwoordelijk voor de bekostiging van forensische zorg. Nadat de strafrechtelijke maatregel is afgelopen, wordt de zorg vergoed door de zorgverzekeraar en/of de gemeente. Patiënten wier strafrechtelijke maatregel is afgelopen en waarbij de behandeling nog niet is afgerond omdat de detentieperiode daarvoor te kort was, moeten de instelling verlaten. Zij keren terug in de maatschappij. Ook al is de opgelegde staf uitgezeten, daarmee is de stoornis niet verholpen of onder controle. Voor deze doelgroep is er nauwelijks een markt omdat de tarieven onder druk staan.

Zorgaanbod

Er zijn 124 gecontracteerde zorgaanbieders voor forensische zorg: 109 instellingen voor overige forensische zorg (ofz), 11 instellingen voor TBS met dwangverpleging (TBS) en 4 penitentiair psychiatrisch centra (ppc). De laatste jaren zijn er twee nieuwe aanbieders bijgekomen. De nieuwe toetreders zijn organisaties die begeleidingszorg en zorg met lage beveiligingsniveaus aanbieden. Toetreden tot de klinische en zwaardere forensische zorg is erg lastig, omdat dat deel juist krimpt

en vanwege de grote investeringen die het vraagt van nieuwe toetreders. Er zijn minder forensische zorg aanbieders gekomen die naast zorg ook beveiliging aanbieden. Ook het aantal aanbieders van ambulante behandeling en begeleiding in de geestelijke gezondheidszorg neemt af. Het aantal zorgaanbieders, dat zorg met verblijf levert die worden bekostigd met zorgzwaartepakketten, neemt toe. Dit beeld komt overeen met het beleid om van zwaardere forensische zorg naar lichtere zorgvormen te verschuiven (VenJ, 2017).

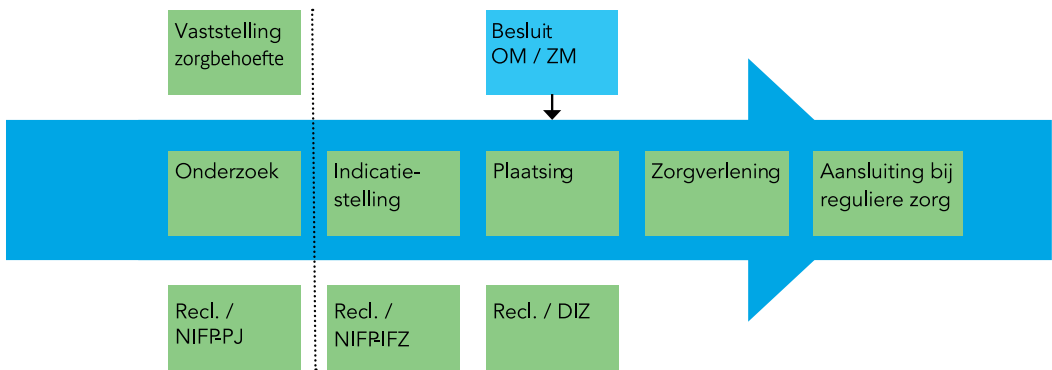
De stelselwijziging

De website van de Eerste Kamer der Staten-Generaal informeert over het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Wfz) die de invoering regelt van een nieuw stelsel voor de forensische zorg. Het kabinet wil door het bieden van goede zorg als onderdeel van de straf recidive verminderen. Dit wetsvoorstel Wfz werd recent aangenomen en wordt in 2019 ingevoerd (www.eerstekamer.nl, geraadpleegd op 28012018). Belangrijke wijzigingen zijn dat het makkelijker wordt om verplichte zorg op te leggen, bijvoorbeeld aan gedetineerden met een psychische stoornis, ook ná het einde van de strafrechtelijk opgelegde titel en de mogelijkheid om TBS op te leggen ook wanneer de verdachte niet meewerkt.

De nieuwe wetgeving kan ertoe leiden dat er voortaan vaker TBS wordt opgelegd met als gevolg een tekort aanTBS-plaatsen. Een volledig overzicht van de wijzigingen is bijgevoegd als bijlage 4.

De forensische keten

Forensische zorginstellingen maken deel uit van de forensische keten en kunnen een regiefunctie vervullen. Zij zorgen ervoor dat er voldoende aanbod is voor alle forensische zorg waar om gevraagd wordt. Het gehele palet forensische zorg omvat: preventie, behandeling, resocialisatie, LFPZ⁵, Long Care en overige uitstroommogelijkheden. Voor forensische diagnostiek en observatie voor reclassering, rechtbank of collega-instellingen wordt samengewerkt met andere ketenpartners zoals GGZ-instellingen. Er zijn ketenbeschrijvingen opgesteld om oplossingen te bieden voor de samenwerking en transparantie wie voor welk onderdeel verantwoordelijk is. Figuur 2 brengt het proces in beeld tussen de indicerende organisatie en de andere ketenpartners. Partners in het voortraject van de keten zijn: politie, officieren van justitie, strafrechtadvocaten, rechtspraak en de maatschappij als geheel. Verder in de keten komen GGZ-instellingen, zorgverzekeraars en gemeenten aan bod. Het traject van vonnis tot plaatsing binnen de indicerende organisatie en tussen de andere ketenpartners ziet er zo uit:



Figuur 3: Het forensisch zorgstelsel bij bijzondere voorwaarden (VenJ, 2017).

5 LFPZ: Langdurige forensische psychiatrische zorg

Denken en werken als keten

Net als in iedere keten werkt de forensische zorgketen optimaal als er sprake is van goede onderlinge samenwerking tussen de ketenpartners. Samen kunnen zij ervoor zorgen dat een patiënt de beste zorg op de juiste plek krijgt. Voor zowel de ketenpartners uit de strafrechtketen als de zorgaanbieders ligt hier een uitdaging omdat de justitiële wereld wezenlijk verschilt van zorgwereld als het gaat om cultuur en organisatie. Ketensamenwerking vraagt dus van de betrokkenen de competentie om te kunnen werken op de grenzen van beide organisaties dus een extra inspanning en uitdaging. Verder is er discrepantie tussen het belang van de patiënt en de samenleving. Justitie kijkt door een andere bril naar de patiënt dan dat een forensische zorgaanbieder dat doet. Ieder brengt eigen expertise mee en acteert vanuit eigen rol en eigen verantwoordelijkheid. Belemmeringen kunnen zich voordoen in de samenwerking als er geen gezamenlijke belangen zijn. Om die reden is het belangrijk inzicht te hebben in elkaars werkprocessen en een gezamenlijke verantwoordelijkheid te dragen zodat tijdig kan worden ingegrepen.



Figuur 4: Het forensisch zorgveld en de keten (VenJ, 2017).

Versterking van de keten moet plaatsvinden door elkaar te leren kennen, contacten laagdrempelig te maken, uitdagingen samen aan te pakken en van elkaar te leren (VenJ, 2017). Hier ligt een strategische uitdaging: het besturen van een forensische zorginstelling wordt steeds meer meebewegen en werken op de grenzen van de organisatie en de omgeving: grenswerk dus. Op dit bestuurlijke grenswerk wordt dieper ingegaan in § 3.4 over ondernemende bestuurders, want grenswerk kent ook raakvlakken met de rolopvatting en roluitoefening van bestuurders.

Er zijn op dit moment verschillende vormen van overleg binnen de keten, deze zijn regionaal bepaald en weinig uniform. Zo zijn er diverse zorgnetwerken die gericht zijn op het toeleiden naar zorg. Landelijk is er tactisch en strategisch overleg. Het Ministerie van VenJ stimuleert om ook lokaal meer verbinding te realiseren, het is de bedoeling dat dat een meer gestructureerde vorm krijgt.

Kwaliteit

In de forensische zorg komt steeds meer aandacht voor kwaliteit, zo startte in 2011 het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) gesubsidieerd met innovatiegelden van ForZo/JJI. Het doel van dit programma is enerzijds de kwaliteit van de forensische zorg ontwikkelen en verbeteren en zichtbaar maken aan de hand van objectieve en eenduidig gedefinieerde indicatoren op het punt van recidi-

ve, incidenten, instroom, doorstroom en uitstroom. En anderzijds het scheppen van voorwaarden voor en het stimuleren van de implementatie van de producten die zijn ontwikkeld. Op de website www.KFZ.nl staan enkele voorbeelden van resultaten van projecten:

- Vrouwvrijheid bij zedendelinquenten;
- Leefstijltraining justitiabelen;
- Handreiking Problematisch Middelengebruik Klinisch;
- Agressiehantering;
- Herstelondersteunende interventies patiënten met psychotische stoornis.

ForZo/JJI stimuleert kwaliteit door extra acties zoals een financiële prikkel om meer te betalen voor vernieuwende behandelingen en door meerjarige prestatiecontracten op basis van 'best value procurement' in te voeren. Projecten van het KFZ -programma worden gerealiseerd door oproepen aan forensische zorginstellingen om op basis van een concrete vraag van de programmacommissie KFZ een plan van aanpak in te dienen. In het begin ging de aandacht vooral uit naar het bepalen van de behoefte binnen het forensische veld (lacunes in het aanbod of de werkwijzen), later kwam er ook aandacht voor het sectorbrede implementatie van positieve resultaten die het KFZ oplevert.

Innovatie

De meeste innovaties worden door de zorgverzekeraars gefinancierd, maar niet alle innovaties passen binnen de huidige productstructuur en tariefstelling. Om ook deze innovaties te stimuleren zijn er verschillende andere regelingen en initiatieven (NZA, 2017) zoals:

1) Het Programma kwaliteit forensische zorg

Dit programma komt voort uit de Meerjarenaafspraken Forensische Zorg tussen de VGN, GGZ Nederland en VenJ. Focus ligt op het meetbaar maken van kwaliteit en het stimuleren van de implementatie van producten die binnen het programma KFZ zijn ontwikkeld. Het jaarbudget is €975 miljoen euro en wordt toegekend op basis van concrete verzoeken op basis van onderzoeksvoorstellen. In totaal zijn er sinds de start van het programma 61 projecten opgestart en begin 2017 werden er 30 hiervan afgerond.

2) Het expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP)

Voor de verbetering van kwaliteit in de forensische zorg is het EFP de aangewezen instantie. Zij bevordert onder andere de samenwerking tussen de forensische instellingen en stimuleert de onderlinge kennisuitwisseling tussen GGZ-instellingen, universiteiten, onderzoeksinstituten en de forensische zorg. De innovatieve projecten die door samenwerking ontwikkeld worden zijn nieuwe manieren om behandelingen in te richten en het meetbaar maken van kwaliteit.

3) Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Voor zorginnovaties die niet onder een zorgprestatie vallen is deze Beleidsregel gemaakt. Er kan hiermee maximaal drie jaar (en een verlenging van twee jaar) op kleine schaal geëxperimenteerd worden met zorg die onder de Zvw of Wlz valt. Deze beleidsregel geldt voor de forensische zorg vanaf 1 januari 2017 en legt geen beperking op aan de tarieven. De beleidsregel Innovatie geeft de zorginkopers en de zorgaanbieders meer ruimte voor innovatie en om te experimenteren met nieuwe ideeën.

Aandachtspunten voor de zorginkoper als het gaat om innovatie is het gegeven dat het jaren duurt

om expertise op te bouwen in de forensische zorg. De doelgroep verschilt van de curatieve GGZ, omdat de zorg erop gericht is recidive te voorkomen en te bevorderen dat patiënten naar de maatschappij kunnen terugkeren. De zorgaanbieder ziet diverse aanbieders die kleinere innovaties implementeren binnen de huidige prestaties en tarieven. Innovatie wordt dus op verschillende manieren gestimuleerd: door subsidies voor innovatieve projecten, met een stimulerende tariefstelling voor de inzet van E-health en FACT-teams, door het stimuleren van samenwerking en door het Volledig pakket Thuis (VPT) toe te voegen aan het forensische zorgaanbod.

2.3 TRENDS EN ONTWIKKELINGEN

De huidige trend is kort en krachtig vastgelegd in het Visiedocument Forensische Zorg (GGZ Nederland, 2014): **korter, beter en meer ambulant** behandelen. De volgende ontwikkelingen zijn gaande:

- Er is sprake van een forse arbeidsmarktproblematiek met een tekort aan medisch personeel zoals psychiaters, psychotherapeuten en verpleegkundigen;
- De samenwerking tussen de reguliere GGZ en de forensische zorg moet worden verbeterd om zo een betere doorstroom en verkorting van de forensische behandelduur te realiseren;
- Stroomlijnen van de in- door- en uitstroom. Het probleem hierbij is het aflopen van de straf/maatregel, waardoor ook de behandeling stopt. Ontkoppeling van titel en bed biedt ruimte voor noodzakelijke behandeling en beveiliging ook na de straf/maatregel;
- De gemiddelde behandelduur wordt teruggebracht en er wordt meer ingezet op lichtere zorg en beveiliging in plaats van zware zorg waar mogelijk;
- Verbetering van de regie in de keten door te onderzoeken waar samenwerking, concentratie en specialisatie geoptimaliseerd kan worden;
- De rechterlijke macht heeft de afgelopen jaren minder vaak een TBS-maatregel opgelegd, na recente incidenten (waaronder Michael P.) stijgt het aantal opleggingen weer;
- Incidenten krijgen veel media aandacht vanwege de ernst van de incidenten;
- De politiek mengt zich erin als er zich incidenten voordoen en roepen de minister naar de kamer ter verantwoording en dringen aan op de inzet van zwaardere beveiligingsmaatregelen;
- Het thuiszorgconcept van Planetree (de best mogelijke zorg, helende omgeving, gezonde organisatie) wordt ook uitgerold naar de forensische zorg. Er zijn ook al initiatieven voor de implementatie van het andere thuiszorgconcept Volledig Pakket Thuis (VPT);
- Verbetering van leefstijl (Sitasing et al., 2017) en voeding als middel om agressie te verminderen. Good nutrition = good behaviour, Gesch (2013).

Nu de trends en ontwikkelingen in beeld zijn, rijst de vraag wat de strategische opgaven voor bestuurders zijn. De volgende paragraaf gaat daar verder op in.

2.4 STRATEGISCHE OPGAVEN

De grote stelselveranderingen en veranderingen in de financiering vragen om aanpassingen. Dat vertaalt zich ook door in de strategische opgaven, die hier onder in een willekeurige volgorde zijn aangegeven.

- Aanpak arbeidsmarktproblematiek;
- Het leveren van een goede kwaliteit van zorg;
- Het verantwoord terugbrengen van de patiënten in de maatschappij;
- Voortdurende druk tot maatschappelijke legitimering, verantwoording en imago;
- Anticiperen op de vraag uit de samenleving;
- Verlaging recidive;
- Doorvoeren bezuinigingsmaatregelen;
- Doorstroming patiënten van zwaardere naar lichtere zorg;
- Optimalisering ketensamenwerking;
- Aantrekkelijk werkgeverschap;
- Technologische innovaties.

De turbulentie van de trends, ontwikkelingen en strategische opgaven vraagt veel van bestuurders en roept de vraag op of ondernemerschap een antwoord kan zijn om hiermee om te gaan. In het empirisch onderzoek komen de strategische opgaven aan de orde.

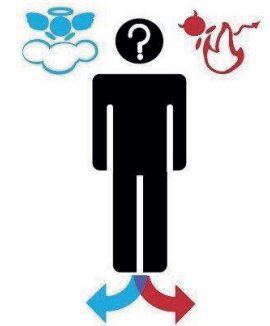
2.5 DILEMMA'S

De trends, ontwikkelingen en strategische opgaven geven ook de dilemma's weer:

- Het dilemma van de afbouw van TBS-plaatsen en doorstroming naar lichtere zorg in relatie tot veiligheid en minder recidive. De stoornissen van patiënten veranderen niet als zij terugkeren in de maatschappij en zij al zijn doorgestroomd naar lichtere zorg. De invoering van de gewijzigde Wfz (VenJ, 2017) biedt de rechter de mogelijkheid een TBS-maatregel op te leggen. Ook wanneer de verdachte niet meewerkt. Het wordt dus makkelijker verplichte zorg op te leggen aan patiënten, ook na het einde van de strafrechtelijke titel; (www.eerstekamer.nl, geraadpleegd op 28012018). Dit kan leiden tot een toename in plaats van afname van het aantal opgelegde TBS maatregelen en daarmee een tekort veroorzaken op de beschikbare TBS-plaatsen;
- Het dilemma van de bekostiging van innovaties in relatie tot de financiële performance (bezuinigingsopdracht en prestatiebekostiging) van de zorgaanbieders. Innovaties worden grotendeels bekostigd door de instellingen zelf ondanks dat er ruime financiële middelen beschikbaar zijn gesteld door het KFZ voor innovaties en kwaliteit. Slechts 35% van de instellingen maakt gebruik van de beschikbaar gestelde financiële middelen;
- Het dilemma van eigenaarschap van verwarde personen. Maatschappelijk gezien wordt gesproken over verwarde personen, maar dit is geen specifieke doelgroep in de forensische zorg. Verwarde personen kunnen naast de forensische patiënten die terug gekeerd zijn in de samenleving ook demente ouderen, verslaafden of psychiatrische patiënten zijn. In de keten is nog niet altijd duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo zijn er regio's waar de politie weigert om verwarde

personen op te vangen en te vervoeren omdat ze dat een taak vinden van de GGZ;

- Het dilemma van veiligheid van de samenleving in relatie tot patiënten waarvan de strafrechtelijke titel is afgelopen en die terugkeren in de maatschappij ook al is hun psychiatrische stoornis onvoldoende behandeld;
- Het dilemma van ambulantisering en de veiligheid van de zorgverleners. Ambulantisering beantwoordt aan de doorstroom van patiënten van zwaardere naar lichtere zorg. De veiligheid van de zorgverleners is moeilijker te waarborgen bij incidenten die thuis bij de patiënten plaatsvinden;
- Het dilemma van personeelstekort en het slechte imago van de forensische zorg in relatie tot het aanbod van Volledig Pakket Thuis (VPT) in de forensische zorg. De bedoeling is dat er meer VPT wordt geleverd. Dit kan alleen als de teams voldoende medewerkers hebben en daar ontbreekt het nu nog aan;
- Het dilemma van de media die de forensische zorgmedewerkers afschilderen als falende hulpverleners in relatie tot de geheim-houdingsplicht die zorginstellingen hebben als het gaat om hun patiënten.



Figuur 5: Dilemma's.

Wat betekenen deze dilemma's voor het ondernemerschap van zorgbestuurders? Het derde hoofdstuk gaat over ondernemerschap en § 3.6 gaat dieper in op de ondernemende bestuurders. Ook in de topicinterviews komen dilemma's aan de orde en komen zowel bestuurders als de zorginkoper zelf aan het woord.

2.6 SAMENVATTING

De afgelopen zes jaar is er een aantal belangrijke ontwikkelingen geweest: nieuwe toetreders kwamen op de forensische zorgmarkt en relatief veel aanbieders stopten met forensische zorg. Naast een bezuinigingsopgave werd prestatiebekostiging ingevoerd met als gevolg minder inkomsten voor de aanbieders. Nieuwe mogelijkheden doen zich voor op het gebied van innovatie en samenwerking. Er ligt een stevige uitdaging als het gaat om de samenwerking op het grensvlak van strafrecht en zorg. Uit ervaringen met al afgeronde projecten blijkt dat dat niet vanzelf gaat en dat door verschillen in cultuur, organisatie en financiering de samenwerking wordt belemmerd.

Innovaties worden gestimuleerd en extra financiële middelen worden vrijgemaakt vanuit het innovatiebudget voor het Programma KFZ en tariefonderhandelingen. Financiële mogelijkheden om innovaties te bekostigen nemen hierdoor toe. De NZA wil graag dat forensische zorgaanbieders best practices op het gebied van samenwerking met andere zorgsectoren delen. Ook is een betere samenwerking in de keten belangrijk. De trends, ontwikkelingen, strategische opgaven en de dilemma's waarmee bestuurders in hun dagelijks werk worden geconfronteerd roepen vragen op. Is ondernemerschap een antwoord op de strategische opgaven anno 2018? Het topic dat uit dit hoofdstuk naar voren komt en wordt meegenomen naar de interviews zijn de strategische opgaven.

In dit tweede hoofdstuk zijn de context en de strategische opgaven in beeld gebracht, het derde hoofdstuk gaat dieper in op ondernemerschap. De gebruikte begrippen worden geoperationa-
liseerd en betekenisgeving, rolopvatting en -uitoefening en de dilemma's van bestuurders wordt
besproken.

A large, expressive red brushstroke that serves as a background for the text on the right page.

**Het juiste doen
voor patiënten**

3 ONDERNEMERSCHAP

3. ONDERNEMERSCHAP

3.1 INLEIDING

Ondernemerschap van bestuurders staat centraal. Dit hoofdstuk bevat literatuuronderzoek waarbij gebruik is gemaakt van wetenschappelijke literatuur en beleidsdocumenten om inzicht te krijgen in de betekenis van ondernemen en ondernemerschap in een maatschappelijke context. Ook over hoe ondernemerschap wordt ingevuld door zorgbestuurders als het gaat om betekenisgeving, rol-opvatting en roluitoefening en de dilemma's. En tot slot de rol van ondernemerschap bij het maken van strategische keuzes. Hiermee wordt een antwoord gegeven op de tweede deelvraag: "Wat wordt verstaan onder ondernemerschap in een maatschappelijke context?"

3.2 ONDERNEMEN EN ONDERNEMERSCHAP

Ondernemen

Googelend op 'ondernemen' en gezegdes waarin 'ondernemen' voorkomt verschijnt: *"lets op zijn hach ondernemen"*, wat betekent: iets op eigen risico doen. Van Dale zegt over ondernemen: 'op zich nemen' of 'beginnen te doen'. Het is gericht op actie ondernemen en uitvoeren (www.vandale.nl, 2018).

Ondernemerschap

Deze thesis gaat zoals gezegd over ondernemerschap. Ondernemerschap van bestuurders in de forensische zorg, zorgorganisaties die ondernemen met een specifieke maatschappelijke opdracht: beveiliging met behandeling in een niet vrijwillig zorgkader. Het lijkt een contradictio in terminis: forensische zorg, beveiliging, behandeling en ruimte voor ondernemerschap. Waar leidt dat toe? Het begint al met het gegeven dat het niet eenvoudig is om ondernemerschap en ondernemen in een maatschappelijke context kort en krachtig te definiëren. Zo zegt het competentiewoordenboek: *"Het zien van kansen in de markt, voor zowel bestaande als nieuwe producten/diensten, er naar handelen en verantwoorde risico's durven nemen."* (www.hetcompetentiewoordenboek.nl, 2017).

Geelhoed et al. (2011:p.14) gebruikt de definitie van Harvard Business School professor Stevenson: *"Ondernemerschap is het fanatiek najagen van waardecreërende kansen en mogelijkheden, zonder je te laten beperken door de bestaande middelen."*

Dit is een meer brede definitie die gaat over het ontplooiën van nieuwe initiatieven binnen bestaande organisaties. 'Fanatiek najagen' is de no matter what-mentaliteit om als een soort pitbull vasthoudend op zoek te zijn naar kansen en mogelijkheden die kenmerkend zijn voor ondernemers. Als die ondernemer een briljant idee heeft en erin gelooft, zal hij er volledig voor gaan. Dat is kenmerkend voor ondernemerschap. Ondernemers willen waarde creëren en goede ondernemers richten zich daarbij op meerdere partijen: de aandeelhouders, de klanten, de medewerkers en de maatschappij. Tevreden medewerkers voegen waarde toe aan cliënten waardoor klanttevredenheid ontstaat. Dat leidt tot duurzame financiële resultaten en dat betekent groei. Dit voegt waarde toe aan alle stakeholders (Geelhoed, 2011).

Schumpeter wordt vaak in verband gebracht met ondernemerschap. Hij koppelt innovatie aan het begrip ondernemen. Ondernemende innovatie is volgens hem het ontwikkelen van een nieuw goed of een nieuwe kwaliteit van een bestaand goed, een nieuwe productiemethode, een nieuwe markt, een nieuwe bron van ruw materiaal of een nieuwe organisatie (Putters, 2001:p.24). Het omvormen van een idee tot werkelijkheid, dat in verschillende gradaties kan plaatsvinden is volgens Schumpeter innovatie. Het kan gaan om het creëren van nieuwe ideeën en werkwijzen, het aanpassen ervan, of het lenen van onaangepaste nieuwe ideeën. Volgens Schumpeter (2008) is een ondernemer een ‘active agent of economic progress’ die innoveert en daarbij risico’s neemt. In zijn meesterwerk *Capitalism, Socialism and Democracy* uit 1942 beschreef hij hoe innovaties samengaan met het proces van creative destruction: nieuwe technieken gaan samen met het vernietigen van de oude. Putters (2001:p.24) geeft aan dat ondernemen in de letterlijke zin van het woord betekent: *“iets beginnen, iets aanpakken en iets op zich durven nemen waar risico aan verbonden is.”*

Risico nemen, innoveren, omgaan met onzekerheid, visie ontwikkelen op aanpassing en vooruitgang zijn kernbegrippen die steeds terugkeren.

Ondernemerschap en de veranderende visie op organisaties

Ondernemerschap is niet alleen een competentie, houding of gedrag. Het gaat ook over de visie op het doel van organisaties, zo komt naar voren in *Reinventing Organizations* van Laloux (2015) en *Verdraaide organisaties* (2012) en Anders vasthouden (2017) van Hart. Beiden vinden dat er een paradigma verschuiving nodig is om organisaties toekomstbestendig te maken. Traditionele manieren van organiseren werken niet meer. Organisaties zijn niet slagvaardig en veel medewerkers verlaten de organisatie of zijn niet betrokken en raken gedemotiveerd. Ook in de forensische zorg vertrekken veel medewerkers en is het moeilijk om aan nieuwe medewerkers te komen. Volgens Laloux hebben medewerkers en klanten behoefte aan zingeving en zelfontplooiing en moet er op een andere manier naar de wereld worden gekeken. Organisaties moeten volgens hem opnieuw worden uitgevonden. Laloux geeft aan dat organisaties zich moeten aanpassen aan de nieuwe ontwikkelingsfase van de mensheid: van ego, voorspellen en beheersen naar innerlijk, aanvoelen en inspelen. Laloux maakt hier de vergelijking met het hoogste niveau in de piramide van Maslow: zelfontplooiing. Hierbij horen termen als authentiek, integraal en cyaan. Cyane organisaties werken als een levend systeem die zich als vanzelf aanpassen aan veranderende omstandigheden en die zijn gebaseerd op zelforganisatie. Traditionele command- en control structuren passen steeds minder. Een voorbeeld van cyane zorgorganisaties zijn Buurtzorg en Pluyn. Cyane organisaties laten drie zaken zien die anders zijn:

- Zelfsturing: het systeem gaat uit van gelijkwaardige relaties, vertrouwen staat centraal, er is geen hiërarchie, geen organogram, geen functieaanduiding en de kracht van collectieve intelligentie wordt optimaal ingezet. Elke medewerker is verantwoordelijk voor de organisatie ongeacht zijn taak of rol, en iedereen houdt elkaar verantwoordelijk voor de gemaakte afspraken;
- Heelheid: het geheel van wie de medewerker is als mens kan worden meegenomen naar het werk, daar is de manier van werken op afgestemd. Cyane organisaties maken geen onderscheid tussen de medewerker en de mens achter de medewerker;
- Een evolutionair doel: cyane organisaties hebben een eigen leven en eigen gevoel voor richting. Er wordt gewerkt vanuit een hoger doel en innerlijk kompas.

In cyane organisaties kan iedere medewerker mede-ondernemer zijn. Belangrijk in cyane organisaties is dat de hoogste baas in de uitgangspunten gelooft en hierin voorbeeldgedrag laat zien. Anders werkt het niet volgens Laloux (2015).

Hart (2012) is de mening toegedaan dat organisaties ‘verdraaid’ zijn geraakt en de natuurlijke principes van organiseren kwijt zijn. Ze worden bedolven onder on-natuurlijke managementlogica. Hij vindt dat organisaties moeten draaien en weer terug moeten naar de bedoeling, waar zaken eenvoudig zijn en dichtbij de menselijke natuur staan. Het boek *Verdraaide organisaties* (2012) haalt de leef- en systeemwereld aan, spreekt over de bedoeling die weer van binnen-naar-buiten moet zijn in plaats van buiten-naar-binnen. Organisaties moeten acteren vanuit hun eigen kracht en niet steeds meebewegen met de omgeving. In Anders Vasthouden wordt de draai gemaakt waarin de professional niet langer uitvoerder is van de regelgeving, maar de eerstverantwoordelijke om antwoord te geven op de vraag waar het werkelijk om gaat (Hart, 2017:p.18).

3.3 ONDERNEMERSCHAP IN EEN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Wat maatschappelijke ondernemingen in de zorg bindt, ligt als basis vast in artikel 2.1. van de Zorgbrede Governance Code:

“De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Onder ‘verantwoorde zorg’ wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.”

De toelichting geeft aan dat dit artikel bepaalt dat de zorgorganisatie een maatschappelijke onderneming is. Het zijn en willen zijn van een maatschappelijke onderneming is het fundament van het ondernemerschap in de zorg en daarmee het fundament van deze code. Dat is het ondernemerschap met de realisatie van het maatschappelijk belang als missie. Het leveren van verantwoorde zorg waarbij de cliënt centraal staat, is het leitmotiv (Actiz, 2013).

Uit dit artikel uit de Governance Code volgt dat ook een forensische zorginstelling te typeren is als een maatschappelijke zorgonderneming. Daarmee zijn de bestuurders maatschappelijke zorgondernemers en daarbij hoort ondernemerschap waarbij het leveren van verantwoorde zorg waarbij de cliënt centraal staat.

Putters (1998:p.3) beschrijft een maatschappelijke onderneming als:

“Een particuliere, niet op winst gerichte organisatie, die poogt met collectieve en private middelen publieke doelen te realiseren en daarbij principes uit het bedrijfsleven gebruikt zoals innovatie, marktgericht werken en bedrijfsrisico lopen.”

Maatschappelijk ondernemerschap in de zorg kan volgens Putters (1998:p.3) op drie besturingsniveaus worden uitgewerkt:

- Macroniveau: de overheid heeft een stimulerende en verbindende rol tussen partijen en geeft de grenzen van het publieke domein aan, stelt regels op over verantwoording en legitimiteit, organiseert het gesprek met andere betrokkenen en probeert tegenstellingen te overbruggen. Het resultaat is een kader van maatstaven en regels voor samenwerking, toetreding tot markten en verantwoordingsmechanismen.
- Mesoniveau: de kern bestaat uit een beroep op de maatschappelijke verantwoordelijkheden van organisaties. Het gaat om drie vormen van ondernemende activiteiten van zorginstellingen:

- *Marktgericht ondernemen*

Het ontwikkelen van innovatieve activiteiten met ondernemersrisico richting de markt/het private domein, waarbij de grenzen van de zorg worden opengebroken en andere (commercieel gerichte) actoren de zorgsector betreden. Hierbij gaat het vaak om meer specialistische zorg producten of aanpalende diensten en services die door decentrale eenheden op de markt worden gebracht en waarop men zich profileert. Bijvoorbeeld Cordaan die enkele plaatsen voor forensische zorg heeft of Pluryn die een unit SGLVG oprichtte en nu tien nieuwe appartementen bouwt voor begeleid wonen van forensische patiënten.

- *Gemeenschapsgericht ondernemen*

Het ontwikkelen van innovatieve activiteiten binnen de reguliere zorgsector, waarbij bestaande partijen in de zorg proberen meer klantgericht, transparant, vernieuwend en doelmatig te werken met de bestaande en/of extra middelen. Principes uit het bedrijfsleven, zoals meer risico dragen, innoveren en bedrijfsmatig werken worden gebruikt om publieke doelen te realiseren. Het gaat meestal over de hele zorgketen en op alle organisatieniveaus. Bijvoorbeeld samenwerkingsprojecten, doelmatiger onderhandelen en contracteren. De invoering van forensische FACT-teams is hier een voorbeeld van.

- *Intern ondernemen*

De interne bedrijfsvoering wordt meer ondernemend gemaakt, zodat ze aansluit bij het extern management. Bijvoorbeeld modernisering van bedrijfsprocessen, gebruik van ICT, het betrekken van zorgvragers bij het proces via panels en het ontwikkelen van ondernemerschap binnen organisaties via decentrale verantwoordelijkheden (Putters, 2001). De Living Labs van Pluryn zijn hier een voorbeeld van en het Digital Health Centre.

- Microniveau: hier gaat het over de verschillende rollen die managers en professionals vervullen in een zorginstelling (Putters, 1998).

Organisaties kunnen een voorkeur hebben voor een bepaald type ondernemen, ook kunnen er meerdere typen van ondernemen naast elkaar bestaan.

3.4 ONDERNEMENDE BESTUURDERS

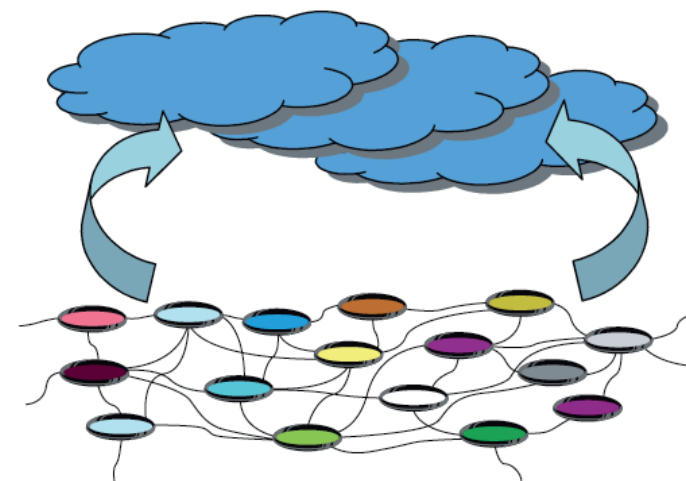
In de literatuur hangt ondernemen nauw samen met het individu van de ondernemer. Deze heeft karaktereigenschappen en attitudes op het sociaal-cognitieve vlak en kan goed omgaan met onzekerheden. De beelden over ondernemerschap hangen samen met de wijze waarop bestuurders naar organisaties kijken. Dat roept vragen op. Welke betekenis geven zij aan ondernemerschap? Hoe komt betekenisgeving tot stand?

3.4.1 Betekenisgeving

In dit onderzoek speelt betekenisgeving van bestuurders aan ondernemerschap een belangrijke rol. In deze paragraaf komt aan de orde hoe betekenisgeving tot stand komt en welke maatschappelijke ontwikkelingen van invloed zijn op de betekenissen die aan ondernemerschap worden gegeven. De theoretische concepten van Weick (2001) en Homan (2005) helpen om te begrijpen hoe mensen met elkaar een werkelijkheid creëren.

Sensemaking is volgens Weick (2001) het proces waarin mensen hun wereld maken en tegelijkertijd interpreteren, waardoor ze een situatie taxeren en proberen te ontdekken wat men al weet en denkt. Tegelijkertijd handelen ze en dat handelen heeft weer effect op wat men al denkt en weet. Sensemaking vindt in organisaties plaats, wanneer leden van die organisatie geconfronteerd worden met gebeurtenissen, met kwesties en acties die voor hen verrassend en verwarrend zijn (Boonstra, 2006:218-219). Het resultaat bestaat uit waarheden, betekenissen en opvattingen. Wat mensen binnen organisaties beschouwen als waar, is het resultaat van interacties tussen mensen. Weick ziet de werkelijkheid dus niet als een constante, maar de werkelijkheid kan zich ontwikkelen en kan variëren en is afhankelijk van de context en het sensemakingproces.

Ook bij Homan (2005) staat betekenisgeving centraal, alleen gaat Homan er vanuit dat betekenissen die mensen in een organisatie geven aan hun werk en hun organisatie niet enkel het resultaat is van individuele denkactiviteiten. Deze worden groepsgewijs geconstrueerd. De betekenisconstructies kunnen ook plaatsvinden binnen netwerken van bestuurders. Hoe men tegen de werkelijkheid aankijkt is dus het resultaat van een sociaal interactieproces. Vertaald naar het niveau van de organisatie, dan bestaat deze dus niet uit leden van de organisatie die individueel zin geven aan de werkelijkheid, maar uit verzamelingen 'betekeniseilandjes', die zijn weergegeven in deze afbeelding:



Figuur 6: Het ontstaan van collectieve betekenisgeving (Homan, 2005:p.108).

Er is om die reden niet één uniforme overkoepelende organisatie werkelijkheid, maar zijn er juist veel verschillende lokale werkelijkheden (Homan, 2005: 30-32). Het is mogelijk dat er binnen bepaalde eilandjes nieuwe visies ontstaan wanneer leden van zo'n eilandje ergens mee gaan experimenteren of een idee oppakken van buiten de organisatie. Als ook de andere groepsleden de nieuwe visie overnemen, kan dit tot gevolg hebben dat men onderdelen van het werkproces anders gaat inrichten of dat men zich tegenover bepaalde klanten anders opstelt.

Betekenisconstructies ontstaan bij bestuurders niet alleen op individueel niveau, deze zijn ook sociaal bepaald. Zij kennen diverse vormen van collegiaal overleg, zowel formeel als informeel. Deze contacten zijn te beschouwen als betekeniseilandjes en de interactie tussen deze betekeniseilandjes kan tot gevolg hebben dat er nieuwe betekenisconstructies ontstaan.

Wat er in het forensische speelveld informeel tussen bestuurders gebeurt is niet bekend en valt ook buiten het kader van dit onderzoek. Het kan zo zijn dat de respondenten in meer of mindere mate al een informele groep vormen. Voor het ondernemerschap van bestuurders is het interessant om te weten hoe die betekenissen kunnen worden beïnvloed. Het kan namelijk ook een instrument zijn om het heersende beeld over ondernemerschap te beïnvloeden en met behulp van nieuwe betekenisconstructies een ander nieuw beeld op te bouwen.

3.4.2 Dilemma's

In het proces van sensemaking spelen ook de dilemma's van bestuurders een rol. Als het gaat om ondernemerschap is er een verschil tussen private ondernemingen en non-profit ondernemingen. Besturen in de zorg is niet eenvoudig. Putters (2010) typeert het als 'besturen met duivelselastiek', omdat bestuurders moeten reageren op de eisen en wensen uit diverse domeinen: de markt, de overheid, de samenleving en de medische professie. Ook voor bestuurders in de forensische zorg geldt dit. Verschillende private, publieke, maatschappelijke en professionele belangen, waarden en normen moeten tegelijkertijd worden gediend. Dit roept dilemma's op die zijn te onderscheiden naar het dilemma van sturing en toezicht, vraag en aanbod en verwachtingen en verantwoording (Putters, 2009). De dilemma's van bestuurders die in § 2.5 aan de orde zijn gekomen, zijn onderverdeeld naar deze driedeling:

Het dilemma van sturing en toezicht

De markt legt nadruk op meetbaarheid en transparantie van zorgprestaties aan de ene kant en dat leidt tot (verscherpt) toezicht en de vraag om verantwoording aan de andere kant:

- De afbouw van TBS-plaatsen en doorstroming naar lichtere zorg in relatie tot veiligheid en minder recidive;
- Het dilemma van de vergoeding van leefstijl van forensische patiënten in relatie tot de bekostigingssystematiek van de forensische zorg. Leefstijl en preventie worden niet vergoed in de huidige bekostigingssystematiek.

Het dilemma van vraag en aanbod

De individuele behoefte van de zorgvrager staat centraal, maar botst met wat collectief toegankelijk en betaalbaar is. Het kan ook botsen met wat sociaal en medisch nodig is, of wat van zorgvragers verwacht wordt. Het vraagt om afstemming in de keten, terwijl systemen van financiering en organisatie daar niet op afgestemd zijn. Patiënten hebben geen vrije keuze in de forensische zorg, een strafrechtelijke titel wordt opgelegd door de rechter. Dit botst met wat collectief toegankelijk (personeelstekort) en betaalbaar (ambulante zorg in plaats van zorg met verblijf in een forensische zorginstelling) is;

- De bekostiging van innovaties in relatie tot de financiële performance van de zorgaanbieders: Innovaties worden grotendeels bekostigd door de instellingen zelf ondanks dat er ruime financiële middelen beschikbaar zijn gesteld door het KFZ voor innovaties en kwaliteit. Slechts 35% van de instellingen maakt gebruik van de beschikbaar gestelde financiële middelen. Wat hier precies de reden van is, is niet helemaal duidelijk. Mogelijk heeft het te maken met onvoldoende personele capaciteit om te innoveren;

- Het dilemma van veiligheid van de samenleving in relatie tot patiënten waarvan de strafrechtelijke titel is afgelopen die terugkeren in de maatschappij, ook al is hun psychiatrische stoornis onvoldoende behandeld;
- Het dilemma van de arbeidsmarktproblematiek en het slechte imago van de forensische zorg in relatie tot het aanbod van VPT in de forensische zorg.

Het dilemma van verwachtingen en verantwoording

De wijze waarop bestuurders verantwoording afleggen naar de media en de samenleving als er ernstige incidenten hebben plaatsgevonden die een grote maatschappelijke impact hebben.

- Het dilemma van eigenaarschap van zorg voor verwarde personen (ic: de forensische psychiatrische patiënten);
- Het dilemma van de media die de forensische zorgmedewerkers afschilderen als falende hulpverleners in relatie tot de geheimhoudingsplicht die zorginstellingen hebben als het gaat om hun patiënten.

Nu de dilemma's in kaart zijn gebracht wordt aandacht besteed aan de rolopvatting en de roluitoefening van bestuurders.

3.4.3 Rolopvatting

Bij rolopvatting gaat het om de verwachtingen weer die anderen hebben van zorgbestuurders. In Bestuurders in beeld (Bijloos et al., 2017) is door het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en de Vereniging van Bestuurders in de Zorg (NVZD) gedurende vijftien jaar onderzoek gedaan⁶ naar het besturen van zorgorganisaties. Hoe duiden bestuurders zelf hun functie? Het onderzoek van Bijloos (2017, p. 36) maakt onderscheid naar zes verschillende rollen van bestuurders⁷:

1. De strateeg, die lijnen naar de toekomst uitzet;
2. Het boegbeeld, zowel binnen als buiten de organisatie;
3. De tussenpersoon, die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld;
4. De ondernemer, die vernieuwingen introduceert en nieuwe markten aanboort;
5. De manager, die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraken verloopt;
6. De procesleider, laat processen soepel verlopen en zorgt voor goede mensen op de juiste plek.

Volgens bestuurders zelf is sinds 2000 de rol van strateeg het belangrijkste en zijn de rollen van regisseur en manager het minst belangrijk. Wat opvalt is de veranderende rol van ondernemer. In de periode 2000-2005 kwam deze rol nog op een tweede plaats achter de strateeg, nu is dat de vierde. Volgens Bijloos et al. (2017: p. 37) dachten bestuurders dat met de invoering van de marktwerking in de zorg er van hen meer ondernemerschap werd verwacht en dat zij meer als ondernemer moesten functioneren. Inmiddels is de hype rond ondernemerschap op z'n retour en zijn de rollen van boegbeeld en tussenpersoon belangrijker geworden. Ondernemerschap is lastig in praktijk

⁶ In de periode 2000-2010 deed Wilma van der Scheer onderzoek hiernaar voor haar proefschrift *Onder zorgbestuurders, omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg* (2013). Bestuurders in beeld (2017) borduurt hierop voort en doet verslag van de periode 2010-2015.

⁷ Van der Scheer benoemde in haar proefschrift *Onder zorgbestuurders* (2013) de rollen van ondernemer en tussenpersoon ook al zo. De andere rollen definieerde ze als volgt: strateeg/bestuurder, boegbeeld/ambassadeur en procesleider/regisseur

te brengen en voor nieuwe initiatieven en innovaties wordt door bestuurders vooral gekeken naar professionals. Opmerkelijk is dat er bij de rol van de ondernemer een verschil bestaat tussen het belang dat respondenten hechten aan de rol en de mate waarin ze aangeven de rol uit te kunnen oefenen. Bestuurders zien het belang van een ondernemende houding, maar volgens hen zijn de mogelijkheden om daadwerkelijk te ondernemen helaas beperkt (Bijloos et al., 2017:p.37).

Grensverlaters en grenswerkers

Forensische zorginstellingen kunnen hun doelen niet alleen bereiken en moeten dus samenwerken. Bestuurders werken op de grensvlakken van diverse organisaties en netwerken. Naast hun eigen organisatie maken zij deel uit van verschillende forensische netwerken. Zo zijn diverse TBS-klinieken onderdeel van een reguliere GGZ-instelling. De uitdaging die er ligt voor deze grenswerkers is dat zij regelmatig moeten inspelen op onvoorziene situaties, spraakverwarring en dilemma's in de aanpak van zaken. Meurs (1997) sprak al in haar oratie Nobele Wilden over 'grensverlaters' vanwege de intensivering van samenwerkingsrelaties tussen instellingen. Op het niveau van besturing zijn met name fusies, joint ventures en strategische allianties ontstaan (Meurs, 1997:p.31) en op het niveau van werkprocessen worden afspraken gemaakt over de grenzen van de instellingen heen. Motieven voor grensverlaters zijn volgens Meurs (1997) onder andere:

- Samenhang in en doelmatigheid van zorg, waarbij de overheid vernieuwing stimuleert door de koppeling van financiering aan samenwerkingsrelaties;
- Verbetering van de kwaliteit van zorg aan patiënten die met meerdere hulpverleners en zorginstellingen te maken hebben (protocollen en zorgprogramma's die de vraag van de patiënt als uitgangspunt nemen).

Volgens Meurs worden bestuurders grensverlaters op twee niveaus: bij het verlaten van de grenzen van de eigen instelling en bij het ter discussie stellen en overschrijden van systeemgrenzen. Met Meurs beschrijft ook Twynstra Gudde het werken op de grenzen van organisaties, zij spreken over 'grenswerk'. Grenswerk is een manier van werken om verschillen te kunnen overbruggen en duurzame verbindingen tot stand te brengen (www.Twynstragudde.nl, 2018). Persoonlijke stijl, gedrag en het bewustzijn van het eigen handelingsrepertoire zijn van cruciaal belang om voorliggende opgaven tot een succesvol einde te brengen. Onderstaande afbeelding toont de zorgbestuurder (onder de pijl) in de context van grenswerker:



Figuur 7: Werken op het grensvlak van instituties en netwerken (www.Twynstragudde.nl, 2018)

3.4.4 Roluitoefening

Ondernemerschap kan door bestuurders op verschillende manieren worden uitgeoefend, Van der Scheer (2013) en Bijloos et al. (2017:p.72) gebruiken de volgende onderverdeling:

- Aangaan van samenwerkingsrelaties;
- Stimuleren van innovatie door professionals;
- Creatief omgaan met beperkte middelen;
- Optimaliseren van werkprocessen;
- Aanboren van nieuwe markten;
- Initiëren van commerciële activiteiten.

Volgens Bijloos et al. (2017) wordt rol van ondernemer tegenwoordig vooral ingevuld door het aangaan van samenwerkingsrelaties en het stimuleren van professionals tot innovatie. Dit is belangrijker dan het creatief omgaan met beperkte middelen. Innovatie door professionals is door de jaren heen steeds belangrijker geworden. Het initiëren van commerciële activiteiten staat op de laatste plaats.

De rolinvulling is dus zowel intern- als extern gericht. Het aangaan van samenwerkingsrelaties is vooral een extern gericht aspect van ondernemerschap. Volgens Van der Scheer gaat het dan bijvoorbeeld over 'het zoeken naar passende partners om mee samen te werken' (2013:p.122). Uit haar onderzoek komt naar voren dat er door een kritische bril naar ondernemerschap wordt gekeken door zorgbestuurders. Ook is het niet altijd even duidelijk welke betekenis er aan ondernemerschap moet worden gegeven. Ondernemerschap gaat vooral over verbetering en vernieuwing van de zorgverlening en de bedrijfsvoering, samen met andere organisaties of zelfstandig. Uit het onderzoek van Van der Scheer (2013:p.122) komt naar voren dat dat belangrijker wordt gevonden dan het aanboren van nieuwe markten, doelgroepen of financieringsvormen.

Eén van de uitkomsten van het recente onderzoek van Bijloos et al. (2017;p.46) is dat er een veranderende rolopvatting van bestuurders is ontstaan in die zin dat zij zichzelf steeds meer zien als een tussenpersoon die verbindingen legt tussen verschillende interne en externe partijen ook wel de binnen- en buitenwereld, elk met hun eigen rol en functie.

3.5 DE ROL VAN ONDERNEMERSCHAP IN DE ORGANISATIESTRATEGIE

Strategie is de lange termijn richting van een organisatie (Johnson et al., 2014;p.3) en voor strategieontwikkeling zijn drie activiteiten nodig: richten, inrichten en verrichten. Bij richten gaat het om de strategische positionering waarbij de externe omgeving van invloed is op de strategische capaciteiten van de organisatie, de doelen en de cultuur. Bij inrichten gaat het om strategische keuzes. Strategie-ontwikkeling is een keuzeproces voor de richting van de organisatie en methoden die toegepast kunnen worden om de strategie te realiseren. Verrichten is het sturen op strategie, de wijze waarop de organisatiestrategie tot stand komt, geïmplementeerd wordt en sturing wordt gegeven aan te behalen resultaten. Bij inrichten, het strategisch keuzeproces, speelt ondernemerschap een rol bij innovatie (Johnson et al., 2014:p.13) omdat de meeste organisaties steeds moeten innoveren om te kunnen overleven. Net als in de definitie van Schumpeter in § 3.2 wordt ondernemerschap gekoppeld aan innoveren. Een fundamentele vraag die steeds gesteld moet worden bij strategische keuzes is of de organisatie op passende wijze blijft innoveren.

3.6 CONCLUSIE

Uit de verschillende definities van Putters, Geelhoed, Schumpeter, de Governance code, Johnson, Laloux en Hart kunnen de volgende essentiële kenmerken van ondernemerschap worden gefilterd:

Essentiële kenmerken van ondernemerschap:
Verantwoorde risico's nemen
Het zien van kansen in de markt
Iets beginnen, iets aanpakken en iets op zich durven nemen
Het fanatiek najagen van waardecreërende kansen en mogelijkheden
Het leveren van verantwoorde zorg waarin de cliënt centraal staat
Omgaan met onzekerheid
Innoveren
Visie ontwikkelen op aanpassing
Vooruitgang
Creative destruction
Het bieden van vrijheid en ruimte aan medewerkers
Gebruik maken van de collectieve intelligentie van medewerkers

Er wordt geen specifieke keuze gemaakt voor één van de gebruikte definities uit dit hoofdstuk omdat onderzocht wordt welke betekenis bestuurders zelf aan ondernemerschap geven en welke beelden zij zelf van hun eigen ondernemerschap hebben.

Ondernemerschap is een begrip dat niet eenvoudig te duiden is en al helemaal niet in de maatschappelijk context van de forensische zorg. Het roept de associatie op van een contradictio in terminis omdat ondernemerschap en forensische zorg tegengestelde begrippen lijken en elkaar niet vanzelfsprekend omarmen. Het thema ‘ondernemerschap’ is vanuit verschillende perspectieven weergegeven en er bestaan verschillende opvattingen naast elkaar:

- Als competentie van de bestuurder (Van der Scheer, Bijloos);
- Marktgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht (Putters);
- Als mindset van de bestuurder bij betekenisgeving en om de collectieve intelligentie van de organisatie te ontsluiten en terug te gaan naar de bedoeling (Weick, Homan, Laloux, Hart).

Uit het literatuuronderzoek over context en ondernemerschap komt naar voren dat er bevorderende (ambulantisering, financiering innovaties, technologische ontwikkelingen, leefstijlaspect) en belemmerende (kans op recidive, eigenaarschap, imago, personeelstekort, financiering preventie) factoren zijn voor ondernemerschap van bestuurders.

3.7 SAMENVATTING

Dit hoofdstuk bevat het literatuuronderzoek waarbij gebruik is gemaakt van wetenschappelijke literatuur en beleidsdocumenten om inzicht te krijgen in de betekenis van ondernemerschap in een maatschappelijke context. Ook betekenisgeving, rolopvatting en roluitoefening, de dilemma’s van sturing/toezicht, vraag/aanbod en verwachting en verantwoording zijn besproken. Ondernemerschap en innoveren hangen nauw samen met het maken van strategische keuzes. Bestuurders van forensische zorginstellingen ondernemen op het snijvlak van strafrecht en zorg. Bestuurders zijn grenswerkers geworden die in hun besturing te maken hebben met verschillende ‘duivelse’ dilemma’s.

In dit onderzoek gaat het niet alleen over betekenisgeving, ook ondernemerschap als competentie van bestuurders is in kaart gebracht. Ondernemerschap is minder belangrijk dan tien jaar geleden, de hype van toen is verschoven naar ketensamenwerking en innovatie.

Als het gaat om rolopvatting kan er een nieuwe tendens worden gesignaleerd, namelijk die van grenswerker. In de rol van grenswerker komen de rollen van boegbeeld, ondernemer, tussenpersoon en strateeg samen.

Ondernemerschap kan naast een competentie of een rolopvatting, ook een mindset zijn van bestuurders. Deze mindset hangt nauw samen met de visie op de organisatie. Cyane organisaties waarbij zelfsturing, heelheid en een evolutionair doel leidende principes zijn, vragen om ondernemerschap van alle medewerkers waarbij de bestuurder een belangrijke voorbeeldfunctie heeft. Terug naar de bedoeling van het werk en de collectieve intelligentie van de medewerkers ontsluiten en aanspreken zijn belangrijke voorwaarden voor zelfontplooiing van medewerkers. De topics die uit dit hoofdstuk naar voren zijn gekomen zijn: betekenisgeving, marktgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht ondernemen, rolopvatting, roluitoefening, dilemma’s.

In hoofdstuk 4 volgt het conceptueel model: de basis van dit onderzoek.

4

CONCEPTUEEL MODEL

4. CONCEPTUEEL MODEL

Het conceptueel model is de basis voor het onderzoek, aan de hand hiervan worden de resultaten beschreven en geanalyseerd. In het vorige hoofdstuk is de bestuurder in zijn rol als ondernemer aan de orde gekomen en zijn de drie typen van ondernemerschap (marktgericht, gemeenschapgericht en intern gericht ondernemen) toegelicht. Van der Scheer (2013) gebruikt zes verschillende activiteiten die deel uitmaken van de roluitoefening bij ondernemerschap. In het conceptueel model op de volgende pagina is een koppeling gemaakt tussen de driedeling van Putters en de indeling van de roluitoefening Van der Scheer om ondernemerschap in beeld te brengen.

Bestuurders die bezig zijn met ondernemerschap hebben ook te maken met betekenisgeving en dilemma's. In het model is betekenisgeving weergegeven als een betekeniswolk boven het hoofd van de bestuurder. De dilemma's zijn gesymboliseerd door de pijlen bij de voeten van de bestuurder die op de ene schouder een engeltje heeft en op de andere een duiveltje.

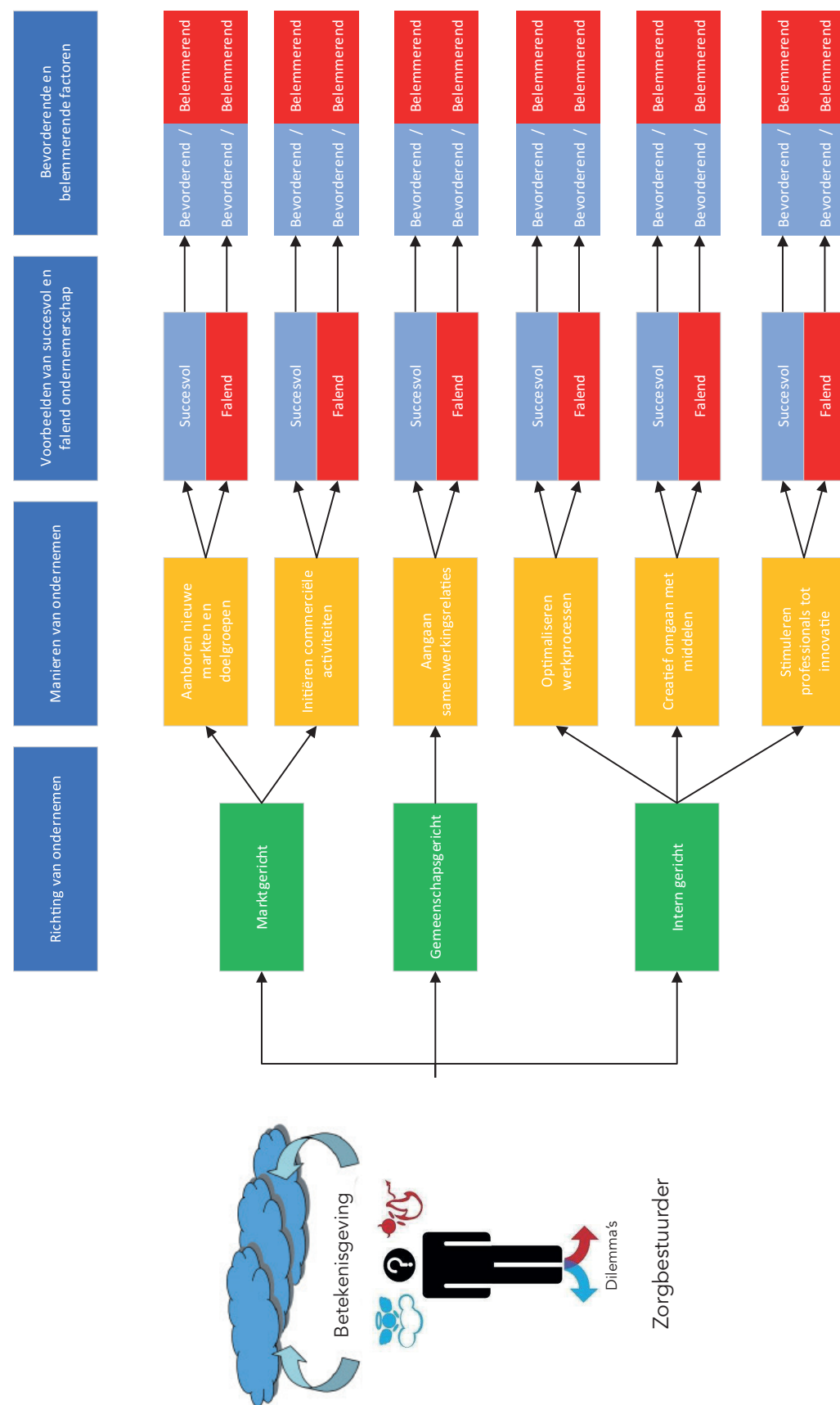
De voorbeelden van succesvol en falend ondernemerschap worden getoetst. De bevorderende en belemmerende factoren die daarbij een rol hebben gespeeld worden in kaart gebracht.

Marktgericht ondernemen is, zoals ook al aan de orde kwam in § 3.3, het ontwikkelen van innovatieve activiteiten met ondernemersrisico richting de markt/het private domein, waarbij de grenzen van de zorg worden opengebroken en andere, veelal commercieel gerichte, actoren de zorgsector betreden. De wijze van ondernemen die hierbij horen zijn het aanboren van nieuwe markten en doelgroepen en het initiëren van nieuwe activiteiten.

Gemeenschapsgericht ondernemen is het ontwikkelen van innovatieve activiteiten binnen de reguliere zorgsector, waarbij voornamelijk de bestaande partijen in de zorg pogen om meer klantgericht, transparant, vernieuwend en doelmatig te werken met de bestaande (en/of extra) middelen. Principes uit het bedrijfsleven wordt gebruikt zoals meer risico dragen, innoveren en bedrijfsmatig werken om publieke doelen te realiseren. Het gaat meestal over de hele zorgketen en op alle organisatieniveaus. Bijvoorbeeld samenwerkingsprojecten, doelmatiger onderhandelen en contracteren. De invoering van forensische FACT-teams is hier een voorbeeld van.

Van intern gericht ondernemen is sprake wanneer de interne bedrijfsvoering meer ondernemend wordt gemaakt, zodat ze aansluit bij het extern management. De manieren van ondernemen die hierbij passen zijn: het optimaliseren van werkprocessen, het creatief omgaan met middelen en het stimuleren van professionals tot innovatie. Een ander voorbeeld zijn leefstijlinterventies zoals het toedienen van voedingssupplementen en het niet meer aanbieden van junkfood in forensische instellingen om agressie te verminderen, conform de resultaten (good nutrition = good behaviour) die uit het onderzoek van Gesch (2013) in Groot-Brittannië naar voren zijn gekomen.

Dit model wordt getoetst in de topicinterviews (zie bijlage 6 topiclijst).



5

ONDERZOEKSOPZET

5. ONDERZOEKSOPZET

5.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk verantwoordt de methodologische keuzes in dit onderzoek. Het onderzoeksdesign wordt beschreven, de gebruikte databronnen en de wijze van dataverzameling wordt toegelicht. Daarna volgt een beschrijving van de wijze van analyse van de data.

5.2 ONDERZOEKSSTRATEGIE

Type onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief van aard en kan worden gedefinieerd als een praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek omdat naar meer inzicht wordt gezocht in de mate van ruimte voor ondernemerschap voor zorginstellingen in de forensische zorg binnen de geldende wettelijke kaders. Het is een exploratief onderzoek omdat het is gericht op wat er speelt, het is verkennend. Ook is het onderzoek naturalistisch van aard, in die zin dat het uitgaat van de mensen in hun dagelijkse leven en welke betekenis zij geven aan ondernemerschap. Het is een doelgerichte casestudy die erop gericht is om bij de zorgbestuurders op te halen wat zij vinden en hoe zij invulling geven aan ondernemerschap.

5.3 DATAVERZAMELING

Dataverzameling

De onderzoeksdata worden verzameld door middel van een methodetriangulatie van literatuur-onderzoek, documentenanalyse en interviews, daarmee wordt bedoeld dat met verschillende methoden hetzelfde onderwerp wordt onderzocht. Van triangulatie is sprake als in de analyses de confrontatie wordt gezocht tussen de uitkomsten die de verschillende onderzoeksmethoden hebben opgeleverd.

Het eerste deel van dit onderzoek bestaat uit een vooronderzoek waarin literatuur en documenten zijn bestudeerd over het centrale thema. Ter verdieping van de gekozen thema's is literatuur uitgezocht van Weick en Homan (over betekenisgeving), Van der Scheer (2013) en Bijloos (2017) (onderzoek naar competenties van bestuurders) en Putters (2010) (maatschappelijk ondernemerschap) over ondernemingen met een maatschappelijke taak en de dilemma's van bestuurders. Beleidsstukken van de ministeries van VWS en VenJ, Registers, documenten als jaarverslagen, thesis, beleidsplannen en rapporten.

De bronnen voor het theoretisch kader en het veldonderzoek die zijn gebruikt bestaan uit wetenschappelijke literatuur over ondernemerschap en betekenisgeving. Om tot een gedegen literatuurselectie te komen is gebruik gemaakt van de universiteitsbibliotheek en PubMed.

Op basis van de literatuurstudie en het conceptueel model is een selectie van topics gemaakt die worden gebruikt voor de topicinterviews met de zorgbestuurders.

Selectie

Het tweede deel van deze thesis omvat het empirisch onderzoek. Dit is uitgevoerd door middel van dertien interviews met bestuurders en de zorginkoper van het Ministerie van VenJ. De context waarin mensen leven is vaak bepalend voor hun gedrag en houding en de betekenissen die ze aan zaken toekennen. Om dit goed te kunnen bestuderen is een open en intensief interview beter op zijn plaats dan een vaste vragenlijst of een enquête. De interviews zijn ‘topicinterviews’, waarmee wordt bedoeld dat een bepaald onderwerp of ‘topic’ wordt besproken (‘t Hart et al, 2005, p. 275). Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst (bijlage 6) met enkele hoofdvragen afgewisseld met thema’s en verdiepingsvragen. Omdat de structurering van de interviews vooraf slechts gedeeltelijk vast ligt, zijn deze te typeren als een open of semigestructureerd interview. De interviews waren open van karakter en intensief van aard en namen gemiddeld een uur in beslag. De interviewvragen zijn explorerend van aard. Het voordeel van deze wijze van interviewen is de kans op ‘bijvangst’. Het resultaat van de bijvangst uit de interviews wordt verwerkt in hoofdstuk 6.

5.4 VERWERKEN EN ANALYSEREN VAN DE GEGEVENS

Selectie van respondenten:

De te interviewen kandidaten zijn de directeuren en bestuurders van instellingen die forensische psychiatrische zorg bieden en de zorginkoper van het ministerie van VenJ. Uit de lijst van het Ministerie van VenJ is een willekeurige selectie gemaakt van dertien eindverantwoordelijke directeuren en zijn bestuurders uit de forensische zorgsector benaderd. Op één persoon na, die recentelijk was gestart in een nieuwe functie, hebben alle respondenten aangegeven graag mee te willen werken aan dit onderzoek.

Voorafgaand aan de interviews zijn twee gesprekken gevoerd ter oriëntering op het thema ondernemerschap. Het eerste gesprek was met een ondernemende bestuurder uit de VVT-sector, Angela Jansen, voorzitter Raad van Bestuur van de Driegasthuizengroep uit Arnhem. Het tweede gesprek met Rogier Hoenders, psychiater bij Lentis in Groningen en oprichter van het Centrum voor Integrative Psychiatrie. Hoenders promoveerde in 2014 op Integrative psychiatry en wordt gezien als innovator als het gaat om leefstijl en behandelwijzen, ook in de forensische psychiatrie. De overige geïnterviewde personen zijn:

1. Mw. drs. T. Hendriks, Directeur Bedrijfsvoering Transfore
2. Dhr. drs. R. Akkerman, Voorzitter Raad van Bestuur ProPersona/Pompekliniek
3. Dhr. drs. E. de Vries, Directeur Algemene Zaken Pompekliniek
4. Dhr. M.S.R. Sitalsing MA, Voorzitter Raad van Bestuur Lentis en FPC Dr. S van Mesdag
5. Mw. drs. M.L.J.W. Vossen MHA, Lid Raad van Bestuur GGZe/De Woenselse Poort
6. Mw. drs. F.A. van Dijk, Lid Raad van Bestuur Fivoor
7. Dhr. dr. mr. E.D.M. Masthoff, Directeur Zorg en Behandeling PI Haaglanden en PI Vught
8. Dhr. drs. W. van Ewijk MBA, Voorzitter Raad van Bestuur De Forensische Zorgspecialisten
9. Mw. dr. H van der Wal, Lid Raad van Bestuur Dimence
10. Dhr. drs. H.J. van der Lugt, Algemeen Directeur Oostvaarderskliniek
11. Dhr. drs. R.J.M. de Jong, Voorzitter Raad van Bestuur Pluryn
12. Dhr. mr. drs. G.V.M. van Gemert, Zorginkoper Ministerie van Veiligheid en Justitie
13. Dhr. drs. F.W.J.M. Wolterink, Raad van Bestuur Humanitas-DMH

Om de anonimiteit van de respondenten te garanderen komt deze volgorde niet overeen met de volgorde van respondenten in hoofdstuk 6 waarin de resultaten van de topicinterviews worden besproken.

Analyse van de data

Het analyseren van de data was een cyclisch proces waarbij ik op basis van de verzamelde gegevens na ieder interview mijn verwachtingen heb getoetst. Data verzameling en data analyse zijn steeds afgewisseld. Nadat de interviews hebben plaatsgevonden, zijn deze per topic gecodeerd waardoor de uitspraken van alle respondenten met elkaar te vergelijken zijn. De coderingen zijn afgestemd op de topics van het conceptueel model. De geselecteerde topics zijn als richtinggevend kader gebruikt in het beschrijven van de onderzoeksresultaten. Per topic is geïnventariseerd welke betekenis de respondenten in de interviews hebben gegeven aan deze topics. Vervolgens zijn de data geanalyseerd aan de hand van de theorie en wordt gekeken of en in hoeverre de betekenisgeving van de onderzoekseenheden overeenkomt of verschilt met de eerder beschreven literatuur. Aan de hand van de verkregen informatie worden daarna de conclusies en de aanbevelingen weergegeven.

Literatuur in kwalitatief onderzoek wordt meestal gebruikt om te leren hoe men denkt dat er in het veld over gedacht wordt, hoe het onderzoek is aangepakt en wat het heeft opgeleverd. Bij het verwerken van de empirische gegevens worden de bevindingen van de onderzoeker vergeleken met de resultaten van het literatuuronderzoek. Indien nodig kunnen deze worden genuanceerd, verdiept of aangevuld.

5.5 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Dit onderzoek is zoals gezegd kwalitatief van aard. Dat kan tot gevolg hebben dat lezers niet goed kunnen beoordelen of de dataverzameling en data-analyse goed is gebeurd. Een oorzaak hiervan is dat onderzoeksmethoden minder gestandaardiseerd zijn. Om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken worden in deze subparagraaf de betrouwbaarheid en de validiteit verantwoord.

Betrouwbaarheid

De vraag kan worden gesteld: *“Is de waarneming geen toevalstreffer?”* (‘t Hart et al., 2005:p.161). Als er sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, leidt herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst.

Vanaf het begin van dit onderzoek is er controle op de kwaliteit. Belangrijk daarbij was steeds:

- een open onderzoeksopzet waarin ik heb aangegeven wat ik heb gedaan en waarom;
- een gedegen literatuurstudie;
- een controleerbare werkwijze (interviews zijn opgenomen, uitgeluisterd en getranscribeerd);
- dat het aantal interviews afgestemd is op het gegeven of er nieuwe informatie uit de interviews naar voren kwam. In eerste instantie waren er zeven interviews gepland en vanwege het feit dat er een grote verscheidenheid in de antwoorden van de respondenten was is het aantal interviews uitgebreid tot dertien. Dit aantal had tot gevolg dat er geen toevalstreffers meer naar voren kwamen.

De interviews zijn met de digitale voice recorder vastgelegd. Voorafgaand is hiervoor toestemming aan de geïnterviewde personen gevraagd. Met deze aanpak verwacht ik een grotere betrouwbaar-

heid aangezien er telkens naar een zelfde topic is gevraagd. In enkele gevallen was het nodig om op sommige positieve of negatieve ervaringen van de respondenten verder door te vragen om zo een (tijdelijke) vertrouwensband met de respondent op te bouwen. Dat had tot gevolg dat in verschillende interviews meer diepgang in het gespreksonderwerp is ontstaan. Deze betrokkenheid kan ertoe hebben geleid dat de kritische blik van mijzelf als onderzoeker is beïnvloed. Dit proces wordt ook wel 'going native' genoemd ('t Hart et al., 2005:p.283). Door de ruime spreiding van de data waarop de interviews en de analyses zijn gehouden heb ik zoveel mogelijk geprobeerd dit proces te voorkomen.

Als het gaat over de betrouwbaarheid van dit onderzoek ben ik me bewust van het feit dat er sprake is van een dubbele hermeneutiek⁸ ('t Hart, 2007:p.67) in die zin dat de uitspraken van de respondenten op mijn eigen wijze zijn geïnterpreteerd en beschreven. Een andere onderzoeker zou de resultaten anders kunnen interpreteren.

Validiteit

"Dekt de waarneming de werkelijkheid wel?", is de vraag die hier gesteld kan worden ('t Hart et al., 2005:p.161). Bij validiteit gaat het om de geldigheid van de interpretatie. Als onderzoeker ben ik me ervan bewust dat ik niet volledig neutraal naar de ervaringen van de respondenten kan luisteren en doorvragen, zonder dat mijn eigen levensloop en ervaringen hier invloed op hebben. Volledige objectiviteit is onmogelijk, want het is de interpretatie van de onderzoeker die tot de resultaten leiden. Wel zal door mij in mijn rol van onderzoeker worden getracht door middel van een constante afwisseling van verzamelen en analyse van gegevens een kritische 'onderzoekerview' te houden. Dit kan leiden tot een toetsing van tussentijdse interpretaties.

Door middel van datatriangulatie ('t Hart et al., 2005:p.286) is geprobeerd de validiteit te vergroten. Er zijn meer metingen gedaan vanuit verschillende invalshoeken en de verschillende bronnen zoals interviews, literatuurstudie en documenten van de verschillende zorginstellingen.

Door kwalitatief onderzoek worden generaliseerbare resultaten verkregen, maar in een andere vorm in die zin dat het vooral inhoudelijk generaliserend is. Dat wil zeggen dat in een soortgelijke situatie verschijnselen kunnen worden verklaard of beschreven.

In dit hoofdstuk kwamen achtereenvolgens aan de orde: de verantwoording voor de methodologische keuzes, het onderzoeksdesign, de gebruikte databronnen en de wijze van dataverzameling. Deze onderwerpen zijn toegelicht en een beschrijving van de wijze van analyse van de data is gegeven.

De resultaten van de topicinterviews worden in het volgende hoofdstuk gepresenteerd. Hierin vindt de weergave plaats van de uitkomsten gevolgd door de analyse van de uitkomsten.

⁸ Hermeneutiek: een klassiek begrip voor het duiden of uitleggen van teksten door schriftgeleerden.



Grenswerken

6 RESULTATEN

6. RESULTATEN

6.1 INLEIDING

In het tweede deel van dit onderzoek, het empirisch deel, wordt onderzocht hoe bestuurders betekenis en invulling geven aan hun roluitoefening van ondernemerschap. Voorbeelden van succesvol en falend ondernemerschap komen aan bod en bevorderende en belemmerende factoren worden beschreven. Hiermee wordt een antwoord gegeven op deelvragen 3, 4 en 5 uit § 1.3.

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van de dertien interviews die zijn afgenomen in de periode februari en maart 2018. Tijdens de interviews is informatie verzameld over de geselecteerde topics uit het literatuuronderzoek. In dit empirische deel staat de kennis van de onderzochten centraal, deze analyse is de basis voor de aanbevelingen in hoofdstuk 7.

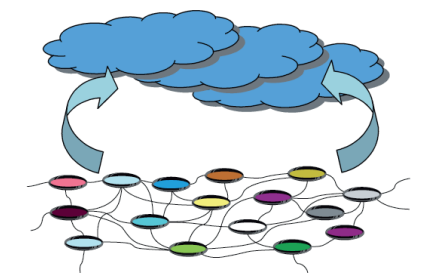
In de tekst wordt gebruik gemaakt van de hij-vorm om te kunnen garanderen dat uitspraken niet te herleiden zijn naar individuele personen. Daar waar herkenning kon ontstaan door het noemen van namen van organisaties of plaatsen, zijn deze vervangen door 'organisatie-X of plaats-Y'. De resultaten zijn geanonimiseerd weergegeven, dat is voorafgaand aan de interviews afgesproken met de respondenten. Het doel hiervan is om zo veel als mogelijk is in een interviewsetting de gelegenheid te bieden om vrijuit te spreken. De geïnterviewden hebben een code gekregen van respondent 1 (R1) tot en met respondent 13 (R13).

6.2 ONDERNEMERSCHAP

In hoofdstuk 3 zijn verschillende definities van ondernemerschap besproken. Uit de definities van Putters, Schumpeter, Geelhoed en Laloux zijn de essentiële kenmerken geselecteerd, dit waren: verantwoorde risico's nemen, het zien van kansen in de markt, iets beginnen, iets aanpakken en iets op zich durven nemen, het fanatiek najagen van waardecreërende kansen en mogelijkheden, het leveren van verantwoorde zorg waarin de cliënt centraal staat, omgaan met onzekerheid, innoveren, visie ontwikkelen op aanpassing, vooruitgang, creative destruction, het bieden van vrijheid en ruimte aan de medewerkers en het gebruik maken van de collectieve intelligentie van medewerkers. Deze kenmerken zijn dikgedrukt in de tekst.

6.2.1 Betekenisgeving

Sensemaking of betekenisgeving is volgens Weick (2001) het proces waarin mensen hun wereld maken en tegelijkertijd interpreteren. Homan (2005) geeft aan dat betekenis die mensen geven niet alleen het resultaat zijn van individuele denkactiviteiten, deze worden ook groepsgewijs geconstrueerd. Hoe men tegen de werkelijkheid aankijkt is het resultaat van een sociaal interactieproces, zoals ook al naar voren kwam in § 3.4.1. Bij ondernemerschap speelt betekenisgeving een belangrijke rol. Op mijn vraag welke betekenis wordt gegeven aan ondernemerschap noemt de meerderheid van de respondenten vrijheid en ruimte om nieuwe producten te maken: **innovaties** dus. Ook **het juiste doen voor hun patiënten** wordt door de meerderheid genoemd. Ondernemerschap wordt gezien als een veel gebruikte term die te pas en te onpas wordt gebruikt. Alle



respondenten geven aan dat er geen sprake is van de harde betekenis van ondernemerschap zoals in een markt met aandeelhouders, privaat vermogen en een afrekencultuur. Zo zegt R3:

“Ondernemerschap is dat je je voortdurend blijft afvragen of je de juiste dingen doet voor de cliënt. Dat is ondernemen in deze setting natuurlijk en of je dat op een haalbare manier kunt doen en dat betekent dus ook dat je dus kijkt naar wat moet er continu verbeteren en dan komen natuurlijk de innovaties om de hoek kijken. Je hebt hier niet het tucht van de markt van de aandeelhouders, dat is echt anders.”

Een andere betekenis van ondernemerschap is **het bieden van vrijheid en ruimte**, R4 geeft aan:

“Dat mensen op welk niveau in de organisatie dan ook vrijheid voelen om initiatief te nemen en te handelen vanuit de kernwaarden die wij hanteren en dus ook de ruimte hebben om te handelen.”

Ontwikkelen en de mogelijkheid om fouten te maken hoort ook bij ondernemerschap, er moeten **verantwoorde risico's** kunnen worden genomen en er kan sprake zijn van **onzekerheid**. Ook ondernemerschap als **mindset** speelt een belangrijke rol bij vijf van de dertien respondenten.

Ondernemerschap gaat bij alle respondenten ook om waardegericht werken, R7 zegt hierover:

“Waardegericht werken. Dat je niet gaat voor maximale winst of dat je heel strak in het proces zit. Dat past helemaal niet bij deze groep en bij dit soort van zorg. Dus nadenken hoe je je organisatie profileert in het land is ook allemaal ondernemerschap. Voor ons is ondernemerschap een voorwaarde om te overleven.”

R8 verwoordt het bevorderen van **waardecreërende kansen** zo:

“Het is de bedoeling dat je zwarte cijfers hebt en het liefst ook nog een extraatje overhoudt, niet alleen naar je cijfers maar ook naar je medewerkers. Dat ze met plezier naar hun werk gaan. Maar ook: antwoorden geven op de vragen die de samenleving stelt. Het zit op dat snijvlak van zorg en veiligheid. Dus dat je je niet alleen maar in de bedrijfsmatige kant verhoudt tot het begrip ondernemerschap, maar dat ook doet in de verantwoordelijkheid die wij als dat soort organisaties hebben voor de veiligheid van de samenleving. Dus dat is een veel bredere invulling van het begrip ondernemerschap.”

Een meerderheid van de bestuurders is proactief, **ziet kansen en pakt aan**, een kleine minderheid is meer afwachtend. R9 zegt hierover:

“Als je kijkt naar sociaal ondernemerschap liggen er nog zoveel vragen waar we als samenleving naar zoeken en een deel van het antwoord kunnen maken, of daar elementen van kunnen aandragen. Dat is niet eens wat mensen aan je kunnen vragen, dat ga je gewoon doen. Vergelijk het met een uitvinder, die gaat ook niet wachten tot er een verzoeknummer binnenkomt, die denkt zelf dat ie iets handigs heeft wat kan helpen. En zo zijn wij eigenlijk ook.”

6.2.2. Beelden van het eigen ondernemerschap

Er is niet één uniforme overkoepelende organisatiewerkelijkheid als het gaat om ondernemerschap, maar er zijn juist veel verschillende lokale werkelijkheden (Homan, 2005: 30-32). Het is mogelijk dat er binnen bepaalde eilandjes nieuwe visies ontstaan wanneer leden van zo'n eilandje ergens mee gaan experimenteren of een idee oppakken van buiten de organisatie. Gevraagd naar het beeld dat de respondenten van hun eigen ondernemerschap hebben worden uiteenlopende antwoorden ge-

geven. In het algemeen geldt dat de respondenten goed kunnen dealen met de beperkte ruimte die er is om te ondernemen op het snijvlak van strafrecht en zorg. Ze bewegen mee met de vragen die de maatschappij stelt. Wel zijn er meer ideeën en willen ze meer dan wat kan. Meer ruimte, meer vrijheid en meer initiatief. Zo geeft R1 aan dat:

*“Het glas is halfvol en je onderneemt met de remmen erop omdat ondernemen ook **risico nemen** in houdt en dat kan hier nu juist net weer niet. Je wil van alles maar het kan niet.”*

R2 beschrijft dit als volgt:

“Ik heb op hoog niveau waterpolo gespeeld, maar ik ben begonnen als verdediger. En toen ik dat kon en daar goed in was, ben ik veel meer naar voren - offensief - gegaan en zo werk ik nog steeds. Zorgen dat de verdediging op orde is en dan kun je goed aanvallen.”

Voor R3 betekent dit:

“Een combinatie van ziel en zakelijkheid gericht op concrete resultaten voor betere en betaalbare patiëntenzorg.”

Vijf van de dertien respondenten beschrijven ondernemerschap als een **state of mind**, niet alleen van zichzelf, maar van alle medewerkers. R4 is daar uitgesproken in:

“Ik ben strategisch enorm bezig met kansen en mogelijkheden aan de ene kant en aan de andere kant ben ik zeker ook de laatste jaren toegegroeid naar ondernemerschap als state of mind en als voorwaarde voor mensen om gelukkig te zijn.”

Hier komt de theorie van Laloux terug waarbij sprake is van het ontsluiten van de collectieve intelligentie van de organisatie. R5 beschrijft het als volgt:

*“Het benutten van het **collectieve brein** van de organisatie.”*

R6 is van mening dat ondernemerschap in de forensische context ingewikkeld is. Het is wel mogelijk om nieuwe diensten of producten aan te bieden. Het is alleen niet mogelijk om de medewerkers ander werk te laten doen dan waar zij voor zijn opgeleid. Hij zegt hierover:

“Het is wel heel erg ingewikkeld om te manoeuvreren of om nieuwe activiteiten te ontwikkelen, dat gaat helemaal niet zo makkelijk. Kijk, je maakt van een cardiochirurg niet opeens een dermatoloog want die kan eigenlijk niet veel anders.”

Ook wordt aangegeven dat er nauwelijks mogelijkheden zijn voor groei wat met name veroorzaakt wordt de macro-kaders van de omvang van de forensische zorgmarkt. R6 beschrijft:

“Het is eigenlijk niet zo van: ‘Ik heb hier de beste leverworst en kom die maar gewoon bij mij kopen’. Nee, eerst moet iemand anders zijn leverworst niet verkocht krijgen en dan mag jij ook leverworst verkopen.”

R7 typeert zijn ondernemerschap als volgt:

*“Ik zie mezelf als de grote vriendelijke reus, geen lefgozer maar een grote vent die goed overzicht houdt, die doordacht continu wegen zoekt om te **vernieuwen en te veranderen**. Het belangrijkste daarbij zijn **spelen, ruimte en verantwoordelijkheid**. Ik wil spelen, ben een idealist, dat is die GVR⁹ die het met iedereen goed voorheeft.”*

⁹ GVR: Grote Vriendelijke Reus

Respondenten R8 en R9 zien zichzelf niet als ondernemer, maar als “influencer” en “uitvinder”. R8 geeft aan dat:

“De cijfermatige en harde kant is interessant en ik vind het leuk om te kijken waar we kunnen **groeien**, waar we het beter kunnen maken, maar het moet wel **in een maatschappelijke context** zijn.”

R9 oefent als bestuurder invloed uit:

“Zodat het beter wordt voor de mensen die bij ons aankloppen, dat is mijn enige drijfveer. Als ik ooit stop met werken wil ik dat ik de GGZ beter achter laat als toen ik er in begonnen ben in 1984, dat is **waardevermeerdering**.”

R11 beweegt mee met de omgeving - van buiten naar binnen - en ziet zichzelf als de familie Barba-papa omdat:

“Zij een andere vorm kunnen aannemen als de omgeving daar om vraagt en als ondernemer moet je dat ook zijn en je kunt ze ook niet wegvegen.”

R10 ziet zichzelf als:

“Wicky de Viking op een galopperend paard op de vierkante meter. Want ik voel dat wel: ik heb heel erg een idee over hoe ik **de organisatie** zou willen **ontwikkelen** en hoe dat er uit zou zien en ik heb wel eens gedacht: “Misschien moeten we de eerste forensische instelling zonder muren worden.” Weet je wel: **de stap voorwaarts**. Tegelijkertijd bedenkt Wicky de Viking: “O, maar hier hebben we iets en dat kunnen we gaan doen.” Maar ja, de bak waarin we kunnen rennen is beperkt en als er af en toe een gaatje is dan piepen we door het hek en dan zetten we de grens een stukje verder neer. Dan gaan we weer **verder kijken en trappelen en dan wachten we op de volgende kans**.”

R12 beschrijft zichzelf als:

“Een gekortwiekt renpaard: ik wil wel, maar word aan alle kanten belemmerd.”

Bij R10 en R12 komt het beeld in de buurt van het fanatiek najagen van waardecreërende kansen en mogelijkheden uit de definitie van Geelhoed. De wil om fanatiek na te jagen is er wel, maar de beperking van de forensische context houdt tegen.

6.2.3 De dilemma's

Alle respondenten herkennen de drie dilemma's van Putters (2010) die in het theoretisch kader zijn besproken. Zowel op het vlak van sturing en toezicht, vraag en aanbod en verwachtingen en verantwoording. Dilemma's horen volgens hen bij besturen en bij ondernemerschap.



Het dilemma van sturing en toezicht

Het dilemma van sturing en toezicht waarbij de markt nadruk legt op meetbaarheid en transparantie van zorgprestaties aan de ene kant en dat leidt tot (verscherpt) toezicht en de vraag om verantwoording aan de andere kant doet zich in verschillende varianten voor. Het dilemma van de media aandacht bij incidenten en het belang van patiënten en potentiële slachtoffers komt ook voor bij alle respondenten. Eén respondent geeft aan wel eens bewust de telefoon niet op te nemen als de media contact willen over een incident. Andere respondenten stellen een crisisteam in. R8 zegt over dit dilemma:

“We hebben kort geleden een incident gehad met iemand die ervan verdacht wordt dat hij weer zijn indexdelict heeft gepleegd, dat hij weer een kind misbruikt heeft. En over die situatie, wat er dan gebeurt met het kind daar lig ik van wakker. Maar ook wat dat mogelijk voor **repercussies gaat hebben in de media**, met de gemeenten.”

De incidentenpolitiek van de media en de politiek wordt herkend door alle respondenten. Een ander dilemma is dat er lineaire oplossingen worden bedacht voor vraagstukken die om een systeemoplossing (Hart, 2012) vragen. R8 zegt hierover het volgende:

“Ons forensisch zorgsysteem is zo goed, dat het echt recidivereductie geeft. Zodat de samenleving weer veiliger is en dat hebben de ons omringende landen niet. Hier is Nederland uniek in, maar dat komt bijna niet over de Bühne. Dat hebben we met elkaar bereikt door heel veel te investeren denk ik, niet alleen in geld maar vooral ook heel veel in tijd en kennis. Dus dat hebben we goed voor elkaar. Wat we nodig hebben voor de volgende fase om het nog beter te doen is systeemdenken. In cirkels, in samenwerking omdat niet één iemand in gebreke blijft, ik zal maar zeggen dat het misgaat omdat het openbaar ministerie zijn werk niet doet. Niet dat je kan wijzen dat er iemand iets niet doet. Nee, iedereen doet, maar **samen moet je optrekken om het beter te maken**. Dat is waar we de hele dag mee bezig zijn rondom de individuele patiënt of om een patiëntgroep en wat je ziet is dat de politiek dus, wanneer ze aanslaat, een **lineaire oplossing** wil hebben. Dat is waarom het zo bijt: een lineaire oplossing. Dus wat je aanhaalt wat de politie dan roept: “we gaan ze niet meer vervoeren” is een lineaire oplossing van iets wat eigenlijk een **systeemprobleem** is. Je ziet ons in organisatie technische systemen, met elkaar als samenleving bedoel ik dan, in die kanteling zitten. We vallen elke keer terug, met name politici kunnen daar wat van. Sorry hoor, maar dat vind ik echt en dat bijt met de uitdagingen die onze samenleving te verstouwen heeft.”

Het dilemma van vraag en aanbod:

De individuele behoefte van de zorgvrager staat centraal, maar botst met wat collectief toegankelijk en betaalbaar is. Het kan ook botsen met wat sociaal en medisch nodig is, of wat van zorgvragers verwacht wordt. Het vraagt om afstemming in de keten, terwijl systemen van financiering en organisatie daar niet op afgestemd zijn. Specifiek aan de forensische context is dat er een beperkte capaciteit is. R6 beschrijft dit zo:

“We zijn 3 nieuwe poli's begonnen: in stad-X, stad-Y en stad-Z. Maar het is eigenlijk zo dat iemand anders zijn productie dan niet moet halen en dan kun jij die productie overnemen en dan kun je een beetje groeien. Dus die **groei** gaat heel **moeizaam**.”

Alle respondenten geven aan dat de markt van de forensische zorg eigenlijk geen markt is, omdat deze verdeeld wordt door één zorginkoper. Ook is er geen sprake van voorfinanciering bij de implementatie van nieuw op te zetten ambulante teams. Ook hier komt naar voren dat er binnen de forensische context eigenlijk geen sprake is van een markt. R10 zegt hierover:

“Je mag niet zo maar uitbreiden en daarom is het ook eigenlijk **geen markt**. Je kunt wel zeggen: “Wij openen een nieuwe vestiging en hier is de beste zorg en de patiënt mag kiezen waar ie komt”, maar als de verzekeraar die zorg niet inkoopt, dan heb je een leuk iets bedacht. Dat zit natuurlijk toch heel vast. **Je kan heel weinig risico nemen**. Dus ook als je de FACT-teams gaat uitrollen, dat is financieel puzzelen. Het liefst zou je meteen gewoon een half team neerzetten die laten beginnen met een caseload van tien mensen en ook die caseload langzaam laten groeien. Maar dat kun je je financieel niet permitte-

ren. Want met vijf mensen twintig patiënten doen, dat lukt niet. Dus je moet eigenlijk je caseload gelijk op laten groeien met je aantal medewerkers maar dan heb je weer het probleem dat je net te weinig mensen hebt die te veel patiënten moeten hebben, dat je continuïteit niet 24 uur per dag goed rond krijgt, dus je zit voortdurend te worstelen eigenlijk.”

Alle respondenten geven aan dat er in ons land zeer veel kennis en kunde bestaat op het gebied van forensische zorg, ook is ons land uniek in de TBS-maatregel. Sinds kort zijn er twee klinieken in België geopend door één van de respondenten. Hierbij doet zich ook het dilemma voor, R10 geeft het aan:

“Wat je ook heel erg ziet nu is dat wil je ondernemen en je brengt kennis vanuit Nederland naar België, wat heel mooi is, maar die **kennisdrag**ers zijn dan niet hier in Nederland. Terwijl we ook hier in Nederland nieuwe medewerkers krijgen die ook die kennis moeten krijgen. Dus je hebt toch echt een probleem dat je **met een beperkte groep mensen het werk moet doen** en daar zit te weinig spek op om te zeggen van: “Nou dan lenen we jou een tijdje uit.”

Er is ook een dilemma van de markt, in die zin kent de forensische zorg wel aspecten van een markt (de arbeidsmarkt) dat medisch specialisten zzp-er worden en de organisatie verlaten. Sommigen zijn bereid tegen interim tarieven te blijven werken voor de organisatie. Die tarieven liggen veel hoger dan medewerkers in vaste dienst. Ook de casus van Michael P. kan ook een gevolg hebben voor het evenwicht van vraag en aanbod. De media aandacht die nog steeds voortduurt, de commotie en tegenwerking in de maatschappij van lopende projecten heeft tot gevolg dat er weer vaker een TBS-maatregel opgelegd wordt. Deze ontwikkelingen wordt door een meerderheid van de respondenten aangegeven. R12 signaleert:

“Het is nog te vroeg om te zeggen dat de casus van Michael P. een gunstig effect heeft op de TBS en op het aantal TBS-opleggingen. Ik kan het niet kwantificeren op dit moment. Het is meer een gevoel dat ik zie, we hebben laatst hier een meneer gehad die al ver was in het traject, het steeds mis gaat, maar niet heel erg mis gaat, maar wel zodanig mis gaat dat we hem wel terugplaatsen. En we hebben twee jaar verlenging geadviseerd waarvan ik denk, nou twee jaar geleden hadden we dan heel veel kritiek gehad van de rechtbank omdat ze hadden gezegd : “Moet je nou om deze reden verlengen? **Nu krijgen we gewoon twee jaar verlenging**. Nu voel ik wel dat die rechterlijke macht ook denkt: ja we kunnen wel gaan drukken op die uitstroom in de TBS, maar ja als we er allerlei ongelukken door krijgen, dan hebben wij ook een probleem.”

Uit de genoemde voorbeelden komt duidelijk naar voren dat het dilemma van vraag en aanbod op diverse gebieden aanwezig is.

Het dilemma van verwachtingen en verantwoording:

Dit dilemma omvat de wijze waarop bestuurders verantwoording afleggen naar de media en de samenleving als er ernstige incidenten hebben plaatsgevonden die een grote maatschappelijke impact hebben. De media en de forensische zorg zijn niet elkaars beste vrienden. Incidenten krijgen volgens bestuurders disproportionele vormen en hulpverleners worden neergezet als falend. Het is voor hen niet mogelijk om daar een goed weerwoord op te geven omdat ze gehouden zijn aan een geheimhoudingsplicht ten opzichte van de patiënt. Een bestuurder geeft aan dat ook dat hoort bij deze zorg. Zo zegt R3:

“Het forensische veld is er al wat langer aan gewend, dat vooral de incidenten breed worden uitgemeten. Zoals een keer een patiënt, die zelf naar buiten was getreden, of familie van een patiënt, maar ook die patiënt zelf, die kregen toch een behoorlijk interview. Zelfs op de landelijke tv zijn ze een keer in een talkshow geweest. Terwijl als jij weet wat ik weet, over de achtergrond van die familie, dan wordt natuurlijk een verhaal neer gezet van ‘kijk ons eens slachtoffer zijn’. Van de falende hulpverlening, want als iemand drugs gaat gebruiken en in die drugs heeft ie een nichtje misbruikt en vermoord, dus een heel ernstig misdrijf, ja en dat komt dan ook zo ergens op die publieke omroep. En dan zou je als argeloze kijker het beeld kunnen krijgen, “ach wat een zielige mensen allemaal, wat naar. Die hebben echt alle tegenslag van de wereld.” Ik heb daar met hulpverleners over gesproken, hoe gaat dat dan in die familie? Nou, dat komt niet helemaal overeen met het beeld zoals zij schetsen. Dus dat maakte het wel weer interessant. Er zit geen **kritische houding** in, daar zijn ze heel selectief in. Dus bepaalde dingen worden gewoon voor zoete koek geslikt die volstrekt onwaar zijn. En veel mensen denken toch ook zo van “de waarheid ligt in het midden of waar rook is, is vuur.” Weet je wel, nou, dat hoeft helemaal niet zo te zijn.”

De tendens van de laatste jaren is meer ambulantisering en de overstap naar lichtere zorgvormen, dit is in contrast met wat de samenleving wil. R5 omschrijft het als:

“Ik vind ook wel spanning zitten in spankracht van de samenleving. Wat kan de samenleving nog aan? Dus wij denken wel van dat we kunnen **ambulantis**eren en ga maar de wijk in. Maar er zit best wel wat spanning op in de samenleving. **Men accepteert het niet overal**. Men is niet overal ontvankelijk om mensen die wat onaanpast gedrag vertonen op te vangen in de wijk, het gesprek daarmee aan te gaan. Het risico te accepteren dat het eens een keer uit de hand kan lopen.”

R8 geeft aan dat ook de politiek en social media een rol spelen. Hij haalt het voorbeeld aan van Benno L. en de burgemeester van Leiden aan dat landelijk uitgebreid in de media is geweest:

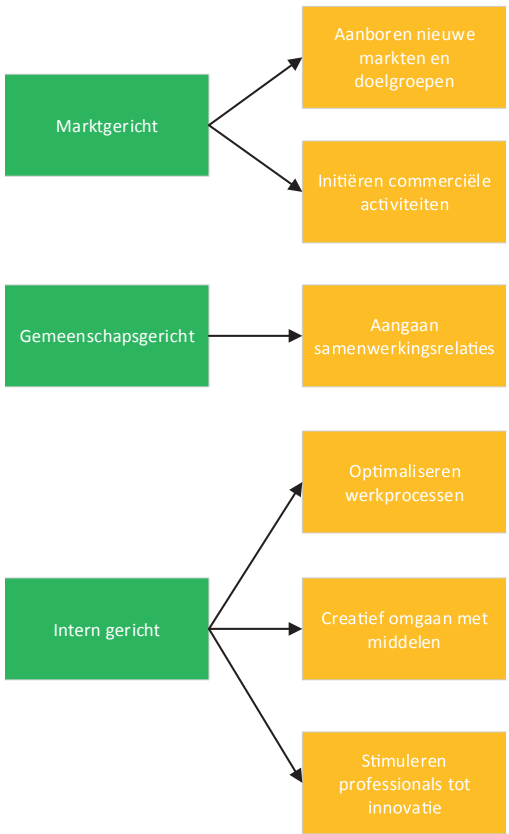
“Daar speelt de rol van de populistische partijen ook gewoon een grote rol in. Een heel mooi voorbeeld waar het grote landelijke decor een verhouding heeft met wat je ook forensisch lokaal ziet: ik was op het forensisch festival daar was de Burgemeester van Leiden, die Benno L. heeft opgenomen in zijn gemeente. Hij vertelde dat hij was gebeld door een officier van justitie hierover, die hij kende, of nog een hoger iemand in de openbaar ministerie clan en of hij die Benno L, want ze hadden van alles geprobeerd voor de veiligheid van die man en zijn gezin was in gevaar en ze waren van plan het stil te houden, dus dat in het geheim te organiseren. Hij zou dat in zijn ambtelijke organisatie gaan regelen en het OM zou een huis gaan regelen. **Na drie telefoontjes was het al in de openbaarheid**. Want het OM had gebeld met corporaties en dan houdt iemand zijn mond niet, dus dat hadden ze helemaal verkeerd ingeschat. Dus binnen twee dagen een heisa en dan net als bij dat verhaal van Anne Faber, blijft dat ook heel lang in de publiciteit. De situatie in Leiden is ook heel lang in de publiciteit geweest. Ze hebben dat later helemaal ontleed, waar kwam nou die grote druk vandaan? Dat bleek van mensen te komen die dan niet in de buurt gingen wonen waar hij ging wonen, dus mensen die niet direct belang hadden vanuit de buurtbewoners, maar die wel dat soort dingen riepen. En van een motorclub die hij uit het buurthuis had gezet en die op deze manier verhaal gingen halen en allerlei extreem rechtse geluiden. En dat zie je dus en dat zag je

ook hier bij onze fbw¹⁰ hier in stad-X, op facebook meteen hele extreem rechtsachtige geluiden, dus je ziet dat dat opportunistische en politieke meteen “en wij gaan er dus eens even voor zorgen om dat te dwarsbomen”, dat dit soort gevoelens in de samenleving enorm gecultiveerd worden. En dat we dus met elkaar als samenleving nog best een grote taak hebben en de politiek ook, om daar niet opportunistisch op te reageren. Maar die neiging is heel erg groot en misschien niet eens zo verwijtbaar, want soms is het denk ik ook echt heel moeilijk om daar een goed antwoord op te formuleren. En onze politiek heeft dat denk ik ook nog niet eens echt goed voor elkaar, maar die burgemeester van Leiden vertelde daar ook hoe zij daarmee geworsteld hebben. Omdat je zo’n druk krijgt en het enige antwoord dat hij daarop had was **openheid, transparantie, in gesprek, gaan staan en dat is het enige dat helpt**. En duidelijk zijn: “jongens jullie kunnen dit niet leuk vinden, maar we moeten dit doen. Dit is een burger van ons en daar hebben wij verantwoording voor.” Dus vooral bestuurlijke moed en verantwoordelijkheid. Dus als je het hebt over ondernemerschap in de forensische zorg: **zorgen dat je die netwerken goed hebt**. Want zo’n burgemeester heeft het echt nodig dan dat hij ook gedekt wordt door een deel van de spelers er omheen, daar moet ie ook echt op kunnen rekenen. En **dat je moedig bent, dat je ergens voor durft te gaan staan**.”

Hiermee zijn de dilemma’s in kaart gebracht. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de zes richtingen van ondernemen.

6.3 RICHTINGEN VAN ONDERNEMEN

Marktgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht ondernemen zijn de drie typen van ondernemen die door Putters (2010) worden beschreven, zie ook § 3.3. Volgens Putters kent iedere organisatie in de zorg die onderneemt een voorkeur voor een richting van ondernemen en de andere twee richtingen kunnen daarnaast ook in meer of mindere mate voorkomen. De respondenten zijn bekend met de typering van marktgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht ondernemen. Zij geven aan dat deze drie typen voorkomen in hun organisatie. De richting van ondernemen kent ook kaders, die worden gevormd door het publiek-private systeem van financieren van de forensische zorg, de situatie en de context waarin de organisaties zich bevinden. De persoonlijke voorkeur van de bestuurders spelen ook een belangrijke rol. Marktgericht ondernemen is leidend bij de minderheid van de organisaties. Hierbij past het aanboren van nieuwe markten en doelgroepen en het initiëren van commerciële activiteiten. Gemeenschapsgericht ondernemen is de meest voorkomende richting, respondenten geven deze richting aan als leidend. Het



10 fbw: forensisch begeleid wonen

aangaan van samenwerkingsrelaties is de manier van ondernemen die erbij hoort. Van de twaalf gaf een meerderheid aan dat intern- en gemeenschapsgericht volgens hen niet los van elkaar gezien kunnen worden: het meer ondernemend maken van de interne bedrijfsvoering heeft steeds de bedoeling dat er extern gericht verbeteringen optreden. Hierbij zijn optimalisatie van bedrijfsprocessen, het ontwikkelen en implementeren van ICT-toepassingen en het verbeteren van planning- en control cycli aan de orde. Wat opvalt tijdens de interviews is dat vijf van de twaalf respondenten de indeling van Putters als zodanig kent, maar aangeven dat ondernemerschap niet als zodanig te typeren is in hun organisatie. Zij geven aan dat ondernemerschap een state of mind is van alle medewerkers waarbij empathie, zelfreflectie en stressbestendigheid belangrijk zijn. Zo geeft R4 aan:

“Ik kom er niet uit met die verdeling, want het is alle drie wel aan de orde. Ik zit even te denken... Wij leggen dat ondernemerschap veel meer in een state of mind die we bij een soort basishouding die we van iedere individuele medewerker verwachten. Daarom kan ik het niet plaatsen binnen die drie. Nee, hij past er niet in. Wij hebben een profiel voor onze medewerkers, daar zitten vier basiselementen in. Iedere medewerker moet daaraan voldoen en anders dan hoeft ie niet te komen. Dat is ondernemerschap, empathie, zelfreflectie en stressbestendigheid. Wij kijken naar iedereen of die dat heeft en dan komt het vanzelf wel. Dus er gebeuren ook de gekste dingen. En die kan ik allemaal niet plaatsen ten opzichte van dat, want dat ondernemerschap is niet een doel op zich, het is een stijl, het is een cultuur die we als basis verwachten voor je handelen. We hebben ook allemaal programma’s : “Pak de Regie” bijvoorbeeld, ik zeg niet dat we het allemaal al hebben, maar het sijpelt verdomd goed door en ik hoor eigenlijk van iedereen dat het steeds zichtbaarder naar buiten wordt. Dat we echt anders zijn dan andere bedrijven.”

6.4 MANIEREN VAN ONDERNEMEN

6.4.1 Aanboren van nieuwe markten



Het aanboren van nieuwe markten kan twee dingen betekenen: een nieuwe patiënten populatie of een nieuw product aanbieden. In de forensische zorg bepaalt de strafrechter wat de markt is, dus die moet goed op de hoogte zijn van de innovaties die er ontwikkeld worden. Succesvolle voorbeelden zijn de ambulantisering van de zorg, zoals de implementatie van forensische FACT-teams. Uitbreiding van de forensische markt in ons land is er niet omdat het beleid gericht is op vermindering en terug naar lichtere zorg. In de forensische sector is de terroristenafdeling een ingewikkelde populatie en zijn de terugkeerders te typeren als een nieuwe doelgroep die is aangeboord. R1 zegt hierover:

“We hebben de terroristenafdeling en in stad-X is er ook een met 7 plaatsen. Wij hebben er 41 en daar moet het hele land het mee doen. We hebben dat altijd al, of al heel lang. Naar aanleiding van de Hofstadgroep hebben we destijds een terroristenafdeling gehad, maar de nieuwe lichter verdachten of terroristen die gestraft zijn is heel anders dan toen. Het is ook geëxpandeerd want we hebben ook gezegd, als je verwacht dat er dadelijk busladingen vol **terugkeerders** zijn en je moet ze kwijt, wij kunnen wel uit-

breiden. Dus we zijn uiteindelijk gegroeid en hebben we 41 plekken. Daar zijn we ook behoorlijk mee aan de slag geweest want je ze kunt niet alle 41 bij elkaar zetten, het is ook wel een ingewikkelde populatie. Want je hebt namelijk rechts-extremisten, die kun je niet samen zetten met moslimjongens want die maken elkaar behoorlijk af. De rechts-extremisten onderling kun je niet allemaal samen zetten want die zitten samen in één proces, die mogen niet bij elkaar zitten of ze vinden elkaar niet leuk omdat de ene de ander verlinkt heeft. Binnen de moslims heb je Soennieten, Sjiïeten en Alevieten. Die vinden elkaar ook niet allemaal even gezellig. Er zitten ook weleens vrouwen. Vrouwen en mannen mengen is ook geen goed idee want daar krijg je ook bonje mee. Dan zijn er ook criminele opportunisten, dat zijn volgers en leiders. En leiders heb je ook weer die ideologen zijn of niet. Dus als je gaat kijken hoe veel varianten dat zijn, dan zijn er heel veel in deze populatie. Die kun je niet allemaal samen zetten. Maar je hebt ook niet eindeloos veel afdelingen. Dus je moet dan gaan kijken wie kun je mengen, wie kun je niet mengen en hoe zorg je er dan voor dat je die mensen ook weer de goede kant uit krijgt. Maar die nieuwe lichting terroristenverdachten is een hele soort andere als toen. In Nederland heb je geen gangs, dat bestaat niet en in Amerika wel. Dat hebben wij niet, maar dat bleek toch opeens zo te zijn. Want als je daar naar binnen liep dan gaf eentje het commando ‘wij praten niet met de psycholoog’ en dan ging niemand praten met de psycholoog. ‘Wij gaan in hongerstaking’, dan gaat iedereen in hongerstaking. ‘Wij gaan onze cel afbreken’, iedereen ging zijn cel afbreken. Ze gedragen zich dan als een groep. Wij hebben even moeten leren hoe werkt dat en we hebben in het begin daar veel gedoe mee gehad. De laatste jaren hebben we helemaal geen gedoe meer. We weten nou wie je wel en niet bij elkaar moet zetten en ook hoe het spel gespeeld moet worden en wat voor hun belangrijk is en waar je ze tegemoet in kunt komen en waar niet. En nu kunnen we redelijk goed met ze werken maar dat was in het begin best wel ingewikkeld. Dat hebben we ook allemaal moeten leren maar we hebben wel gezegd daar willen we wel aan, want dat vinden we wel **leuk om te ontwikkelen**.”

Leefstijl is een nieuwe benadering, dus een nieuw product op de forensische markt . Het heeft bij een minderheid van de respondenten de aandacht. Bij één aanbieder wordt vol ingezet op leefstijl en preventie. Andere aanbieders herkennen de noodzaak, maar hebben nog niet ingezet op dit aspect, zo geeft R6 aan:

“Kijk wat je hier natuurlijk als specifieke narigheid hebt, is dat mensen gewoon tien jaar lang met hun gat in die kliniek zitten en eigenlijk nauwelijks buiten komen. Veel teveel roken, eten en drinken en allemaal metabole syndromen krijgen, dat is echt wel een issue hoor. Maar het staat niet hoog op de kaart eigenlijk, dat zou eigenlijk wel hoger op de kaart moeten: gezond leven. Daar zou je meer mee moeten doen.”

Een van de respondenten kijkt ook over de landsgrenzen heen en heeft succesvol meegedaan aan aanbestedingen in België. Zij exporteren hun forensische kennis naar het buitenland. R10 zegt hierover:

“Wij hebben met een aanbesteding meegedaan voor twee klinieken in België die we nu exploiteren, samen met organisatie-X, dus met een commerciële partij in facilitaire zaken. We hebben twee TBS-klinieken opgezet, dat bestond niet in België. De Belgische overheid moest iets gaan doen, omdat in de Belgische gevangenissen allemaal zieke

mensen zaten en die zijn ook door het Europese Hof op de vingers getikt dat dat zo was. En toen waren ze dus genoodzaakt om dus zorg te gaan organiseren voor mensen met een strafrechtelijke maatregel. Toen bedachten ze ‘nou daar gaan we een kliniek voor bouwen’ en toen hebben ze dat aanbesteed. Zo van: welke partijen gaan hier die kliniek exploiteren en daar hebben wij, (de voorlopers) samen met organisatie-Y op ingetekend. De kennis die we hier in Nederland hebben opgedaan mee geëxporteerd naar België.”

Bij het voorbeeld van falend ondernemerschap is het product zeer succesvol, maar het vermarkten gaat moeizaam. De forensische zorg leent zich door haar aard niet zo goed voor het in de markt zetten van een nieuw product en het maken van voldoende volume omdat er geen grote aantallen mensen zijn die deze problematiek kennen. Zo is de doelgroep potloodventers die gebruik maakt van nieuwe EMDR-behandelingen voor potloodventers niet zo heel groot in ons land en zullen er ook maar een beperkt aantal bellers naar de Pedohulplijn zijn. Een ander voorbeeld is het niet winnen van een aanbesteding. Wat als een echt probleem wordt aangegeven is dat nieuwe producten of doelgroepen niet kunnen worden ontwikkeld omdat er geen bestaande financiële vergoeding voor is en het ingewikkeld is om er een extra vergoeding voor te realiseren. Diverse initiatieven lopen daar op stuk, zoals bijvoorbeeld het initiatief van R6:

“We hebben wel een paar dingen bedacht om te kijken of we niet gewoon met de vaardigheden die de mensen hier hebben, nieuwe dingen zouden kunnen ontwikkelen, bijvoorbeeld forensisch maatschappelijk werk. Dat bestaat eigenlijk niet, of maatschappelijk werk voor mensen die echt heel slecht ervoor staan. Dat komt eigenlijk allemaal niet zo heel erg van de grond hoor. Want dat zit eigenlijk **bij niemand in het pakket**. Je moet dat echt apart gaan ontwikkelen. Ik heb daar niet veel weerklank voor gevonden, maar ik zou eigenlijk denken dat het wel een mooi idee is. Maar goed, wie gaat dat dan betalen? Ja, dat moet dan weer via de gemeentes lopen. Weet je, het is ook allemaal heel erg gecompliceerd.”

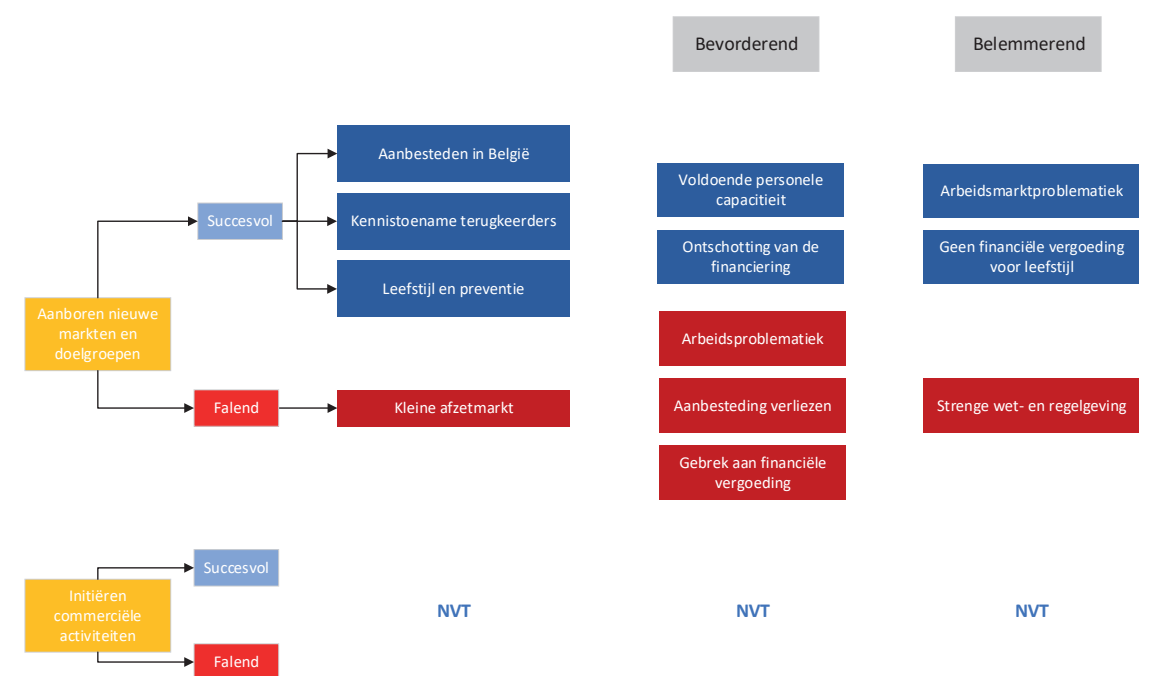
6.4.2 Initiëren van commerciële activiteiten



Commerciële activiteiten worden in de forensische zorg niet ontwikkeld, de aard van de forensische zorg leent zich daar niet voor. Een voorbeeld dat in de buurt komt is dat van een forensische kliniek die patiënten met ernstige gedragsproblematiek van de GGZ wil overnemen en zich daarmee profileert. R13 geeft aan:

“Als je dat commercieel noemt, dan hoort het hierbij, maar commercieel betekent niet winstmakend. Dat is niet de bedoeling daarvan. Dus commercialiteit in die zin en dat hebben we ook in de Kamer gezegd op de vragen van mevrouw Van Toorenburg, dat bestaat helemaal niet.”

Samengevat ziet het marktgerichte deel van het conceptueel model er zo uit:



6.4.3 Aangaan van samenwerkingsrelaties



De concrete rolinvulling van de respondenten bestaat voor een belangrijk deel uit het aangaan van samenwerkingsrelaties. Bij alle respondenten was dit het geval. Eén van de respondenten geeft aan dat de samenwerkingsrelatie tussen de GGZ-aanbieder waar ook een forensisch psychiatrisch centrum deel van uitmaakt succesvol is. Zo geeft R5 aan:

“Per gemeente kun je het anders regelen, alleen hier hebben we het voor de hele provincie geregeld. En wij regelen het gewoon wel en de politie doet zijn ding op een goede manier. Ik heb het zelfs nu zover dat ik een psychiatrisch verpleegkundige bij de politie heb zitten die met de wijkagent de niet-spoed meldingen afaat. Die gaan met z’n tweeën naar die meldingen toe. Om te kijken of je het kan voorkomen dat iemand in crisis komt. Dus: O ja, de gordijnen zijn al een tijd gesloten of hij heeft al twee keer lopen schreeuwen op straat of nog geen spoed, maar de wijkagent gaat samen met de verpleegkundige naar de melding toe. Hartstikke leuk.”

Een andere vorm van een samenwerkingsrelatie is die op het gebied van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het opleiden van psychiaters en klinisch psychologen. De meerderheid van de respondenten leidt intern op en maakt deel uit van samenwerkingsverbanden. Zo ook R6:

“We leiden ook veel op: groepsleiders, gz-psychologen, klinisch psychologen, samen met de x-opleidingsgroep en we leiden psychiaters op voor het psychiatrische stage gedeelte.”

Samenwerking met de buurt is zeer belangrijk voor de respondenten. Tijdens de interviews wordt de casus van Michael P. regelmatig aangehaald als voorbeeld welke impact een ernstig incident op de naaste omgeving van de instelling kan hebben. Niet alleen speelde de situatie zich af rondom de kliniek in Den Dolder, ook op andere plaatsen in ons land had dit gevolgen. R9 zegt:

“De casus Anne Faber heeft ons echt terug gezet. Twee projecten voor forensisch beschermd wonen, het gaat over anderhalve man en een paardenkop, zijn stopgezet. Dat betekent dus dat patiënten hier niet kunnen doorstromen in een traject terwijl ze daar aan toe waren. Die konden dus daar gaan wonen onder al onze bescherming van onze organisatie, dat is dus **geboycot**. Dat vind ik erg. Door de hele situatie, je kunt niet aanwijzen wie doet iets. Maar het is gewoon de complexiteit en de media. Het hoort gewoon bij het forensische: dat als er ergens in het land iets gebeurt dan is iedereen daar de dupe van. Als er éénTBS-er over de schreef gaat, worden alle verloven ingetrokken. Dat is **disproportioneel** als je ziet over hoeveel verlof bewegingen we het hebben en alle patiënten zijn daar dus de dupe van als er iets gebeurt. Alle voorbereidingen en alle inspanningen die we hebben gedaan met de gemeente, met de buurt, met de woningbouwvereniging, met de burgemeester, worden in één keer stopgezet en dan draait het ook nog om.”

Bestuurders gaan heel bewust om met de dynamiek in de buurt en ontwikkelen deze samenwerkingsrelaties. R12 doet zegt er het volgende over:

“De hele dynamiek in de buurt, dat vind ik heel ingewikkeld. Wat ik gezien heb in stad-X, is dat de hele ondernemersvereniging zich gekant heeft tegen. Ik heb al jarenlang een overleg gremium in de buurt dus we praten daar regelmatig over. Aanstaande zaterdag heb ik een open dag, heb ik heel bewust ondernemers uit de buurt uitgenodigd, omdat ik moet zorgen dat ik die luitjes wat meer tegen mijn borst aan druk.”

Alle respondenten maken deel uit van ketensamenwerking. Onvoldoende stroomlijning in de keten werkt belemmerend. Zo is R6 de mening toegedaan dat:

“Samenwerking hebben we natuurlijk met het RIBW, met de GGZ en organisatie-x. Met de GGZ omdat we daar op het terrein zitten, met organisatie-x omdat zij tamelijk veel patiënten aan ons aanleveren. Dus er zijn allerlei netwerken, maar dat zijn niet allemaal even mooi gestroomlijnde ketens. Wij hebben zelf geen 24-uurs dienst, dus als wij een noodbed nodig hebben, zijn we afhankelijk van de crisisdienst van de GGZ bijvoorbeeld. Maar zij zijn dan toch een beetje de tegenpartij eigenlijk. Als we bijvoorbeeld iemand hebben van wie we vinden dat die acuut opgenomen moet worden en daar vinden ze het niet en zij gaan over die bedden, weet je en het wordt een beetje een ingewikkeld soort toestand, maar ja het zijn misschien **ketensamenwerkingsperikelen**, dat loopt niet zomaar allemaal makkelijk hoor.”

Ook de aansluiting tussen de forensische zorg en de GGZ heeft in de aanvangsperiode voor belemmeringen gezorgd door het slechte imago dat angst oproept. R8 vertelt over de periode dat de forensische instelling onderdeel werd van een grotere GGZ-instelling:

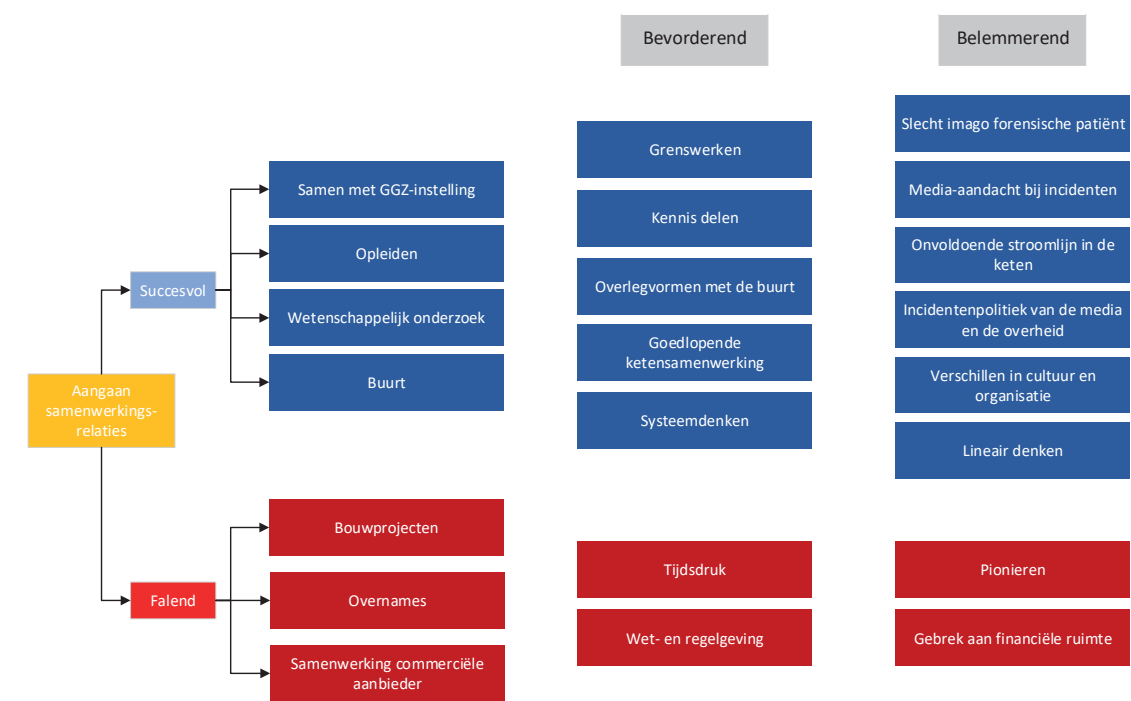
“Toen wij bij organisatie-X kwamen, en ook onze poliklinieken dichterbij de GGZ wilden brengen, dan zie je dat er ook vanuit de GGZ heel veel **weerstand** is. Dit is gewoon een algemeen probleem. Daar zit in de basis onder dat ook mensen die in de GGZ werken **bang** zijn voor deze patiënten en bang zijn voor de geluiden die het bij hun patiënten oproept en bij de buurt. Wie durft er op een verjaardag te vertellen dat ie in een TBS-

kliniek werkt als er net zo’n incident is geweest? Je wordt geschoren waar je bijstaat. Dat is echt niet lollig hoor en dat moet je ook echt niet onderschatten.”

Voorbeelden van falende samenwerkingsrelaties die worden genoemd hebben te maken met bouwprojecten, de overname van een cateraar onder tijdsdruk dat leidde tot een verliespost en een faillissement dat afgewikkeld moet worden. Een andere respondent noemt de samenwerking met een bureau dat serious gaming ontwikkelt en wat op een mislukking uitliep. R4 noemt als voorbeeld een overname onder tijdsdruk van een cateraar:

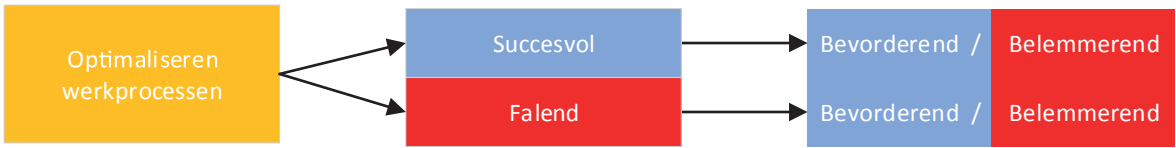
“Het is wel mislukt en het heeft 3 à 4 ton gekost en nu zijn we het faillissement aan het afwikkelen. Puur mislukt. Hier zat niet zoveel personeel aan vast maar ja, als me dat iedere keer overkomt, dan sta ik natuurlijk ook op straat. Dan zegt de Raad van Toezicht op een gegeven moment ‘Het is wel goed met dat ondernemerschap van jou’. Overigens benoemen we dat gewoon: mislukt! Dat hoor je bijna nooit, het lukt altijd weet je wel. Dan beginnen ze iets, en ik ken er zo veel voorbeelden van die mislukken. Terwijl ik het juist heel respectabel vind dat zorginstellingen proberen dat ondernemerschap te verkennen. Dat is juist heel goed.”

Samengevat ziet het gemeenschapgericht ondernemen er zo uit:



6.4.4 Optimaliseren werkprocessen

Het optimaliseren van werkprocessen, het creatief omgaan met beperkte middelen en het stimuleren van professionals om te innoveren zijn alle drie manieren van intern gericht ondernemen. Bij alle respondenten zijn deze drie vormen aan de orde.



Succesvolle voorbeelden zijn het verbeteren van inkoopcontracten, het op orde brengen van de werkprocessen. R3 geeft aan:

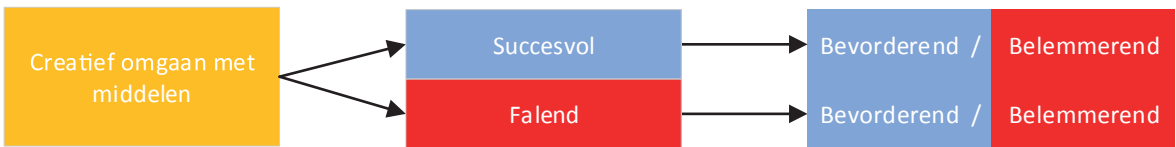
“We hebben natuurlijk ook het HPO¹¹-gedachtegoed. Daar hoort bij: continu verbeteren, alles bekijken vanuit het perspectief van de patiënt journey en daar continu eigenlijk kijken van hoe kunnen we zaken verbeteren of helemaal op een andere leest stoelen.”

Bevorderend werkt het ontsluiten van het collectieve brein (de kennis en expertise) van de organisatie. Belemmerend daarin is de cultuur.

Ook komt naar voren dat de beroepsijdelheid van medisch specialisten niet altijd helpend is. “Zoals wij het doen, dat is de weg”, zegt R5 hierover. Bijvoorbeeld de verhoging van de productiviteit en het registreren heeft er mede toe geleid dat een groot aantal medisch specialisten als ZZP-er zijn gaan werken of in een samenwerkingsverband buiten de instelling.

Voorbeelden van falende optimalisering van de werkprocessen zijn niet genoemd.

6.4.5 Creatief omgaan met beperkte middelen



Bij alle respondenten is het creatief omgaan met beperkte middelen een belangrijk issue. De forensische sector kent vanuit haar aard geen groei, het is een kleine sector waarbij het volume door het ministerie wordt bepaald. De afgelopen jaren zijn er diverse bezuinigingsrondes geweest en dat maakt dat ongeveer tweederde van de respondenten over het afgelopen jaar zwarte cijfers kan laten zien. Bij de respondenten bij wie dat niet lukt, is de oorzaak een aanbesteding die niet gewonnen is of is er wel volume beschikbaar gesteld, maar is er sprake van onvoldoende personele capaciteit.

Een voorbeeld van succesvol ondernemerschap is het onder de loep nemen van de contracten met leveranciers. Specialistische kennis werkt bevorderend. Wanneer je de kennis hebt ontwikkeld om op een productieve wijze om te gaan met een ingewikkelde doelgroep (voorbeeld terugkeerders) scheelt dat inzet van menskracht. Het is moeilijk om medewerkers te ontslaan vanwege een uitstekende rechtspositie en het systeem is niet gericht op groei. Ook de arbeidsmarktproblematiek werkt belemmerend omdat er minder productie kan worden gemaakt vanwege onvoldoende personele capaciteit. De wet- en regelgeving werkt belemmerend in die zin dat wanneer een justitiële maatregel afloopt de patiënt nog niet uitbehandeld hoeft te zijn. Op dit moment vallen deze patiënten tussen het wal en het schip. De forensische FACT-teams zijn nog lang niet landelijk geïmplementeerd. Dus deze patiënten gaan weer deel uitmaken van de samenleving omdat er geen reden is om langer in een instelling te blijven.

¹¹ HPO: High Performance Organization

6.4.6 Stimuleren van professionals om te innoveren

Succesvolle voorbeelden van het stimuleren van professionals om te innoveren is samen met het aangaan van samenwerkingsrelaties de belangrijkste richting van ondernemen die door alle respondenten wordt gedeeld. De Pedohulplijn, E-health, domotica, leefstijl, Integratieve Psychiatrie en Planetree worden genoemd. Ook in de forensische zorg is het concept van Planetree, afkomstig uit de thuiszorg en waar de principes van de best mogelijke zorg, een helende omgeving en een gezonde organisatie bekend. R11 geeft aan:

“Planetree is een concept dat je overal kunt toepassen, maar het krijgt wel een couleur locale. Je kunt niet het kunstje wat je op de ene plek gedaan hebt precies op dezelfde manier doen op de andere plek. Als er bij ons iemand wordt opgenomen, dan krijgt ie een goodie-bag met zeep enzo. De inhoud van een goodie-bag van een reguliere opname afdeling is anders dan de inhoud van de goodie-bag binnen de forensische organisatie. Dus op detailniveau moet je echt wel kijken wat anders is. Maar als je kijkt naar: het gaat over betere zorg, gezonde organisatie en helende omgeving. Het gaat over eten en drinken, het gaat over vitaliteit, het gaat over zingeving en gaat over technologische innovaties en dat doen wij ook bij ons. Dus het is echt niet zo, omdat dat een forensisch kader heeft dat we daardoor niet met die vernieuwing bezig zijn.”

Bevorderend zijn een positieve attitude en een ondernemende state of mind van medewerkers. R5 geeft aan:

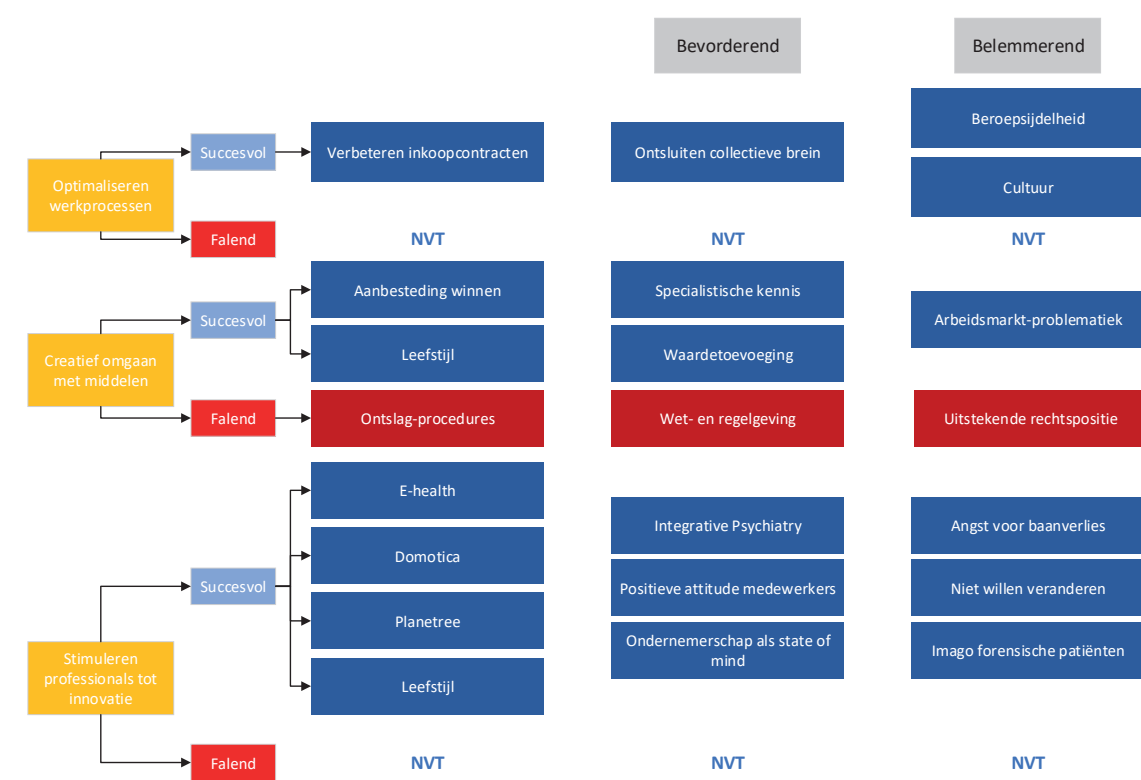
“Belangrijk is het benutten van het collectieve brein van de organisatie, er is zoveel kennis en expertise in de organisatie, om dat goed te ontsluiten. Het is vooral het stimuleren van directies om te komen tot beleidsvoorstellen, om initiatieven vast te pakken en te kijken of die tot bloei kunnen komen en daar ook ruimte voor te creëren. Ik heb zoiets van: ik weet het ook niet, maar ik kan wel goed luisteren.”

Belemmerend werkt het imago dat is ontstaan bij een forensische instelling door incidenten die breed zijn uitgemeten in de media en een openbaar rapport van de Inspectie. Ook belemmerend is de weerstand van medewerkers voor nieuwe technologische ontwikkelingen. Volgens R7:

“Dat is nog wel een ingewikkeld ding. Daar lig ik ook wakker van en dan gaat het om de vraag: hoe krijg ik het nu voor mekaar dat professional, zeg maar even onze begeleiders, traject coördinatoren, onze gedragsdeskundigen intrinsiek gemotiveerd zijn om die techniek te omarmen? Hoe mooi zou dat zijn? Dat is een taai en ingewikkeld proces, waarbij je iedere keer weer nieuwe energie moet pakken, nieuwe manieren moet vinden om ze weer even te triggeren en de vraag is of het überhaupt lukt. Dat is echt innoveren. Innoveren is natuurlijk niet alleen maar gebruik maken van nieuwe technieken, ook dat het gedragen wordt: “O, wat leuk, ik zie daar weer mogelijkheden, gaan we dit doen? Gaan we dat doen? Dat enthousiasme. Er zit bij de mensen angst op, wat betekent dat voor mijn werk? Wat betekenen die veranderingen? Wat wordt dan mijn rol? En nu hebben ze die veiligheid dat ze denken van zo werkt het en gaan dus invullen voor cliënten, dat is heel standaard gedrag en dat geldt hier ook.”

Een voorbeeld van een falende innovatie wordt door de respondenten niet naar voren gebracht. Wel komt aan de orde dat er aan de achterkant van de TBS, bij de uitstroom van de mensen die lang verblijven, vernieuwing nodig is. Bijvoorbeeld een zedenkliniek of een intern beschermd wonen voorziening. Hier ligt een kans voor aanbieders.

Samengevat kan het conceptueel model voor intern ondernemen als volgt worden ingevuld:



Nu de richtingen en manieren van ondernemen zijn beschreven en geanalyseerd rest de vraag of ondernemerschap bijdraagt aan de strategische opgaven.

6.5 ONDERNEMERSCHAP ALS BIJDRAGE AAN DE STRATEGISCHE OPGAVEN

De respondenten geven allen zonder twijfel aan dat hun ondernemerschap bijdraagt aan de realisering van strategische opgaven. Benadrukt wordt dat het niet alleen om hun ondernemerschap gaat, maar om dat van alle medewerkers in de organisatie. R1 is hier uitgesproken over:

“Het gaat niet per se om mijn ondernemerschap maar van de hele hut, we moeten het met z’n allen doen. Aan de ene kant is het beperkt want we zijn een uitvoeringsorganisatie en aan de andere kant ook wel. We hebben als organisatie-X jaren lang een soort statement gehad en dat stond ook echt in ons jaarplan zelfs. Daar stond in: “ Wij kunnen alles.” Later hebben we dat veranderd in “Wij kunnen veel, maar we zijn niet gekke Henkie.” Onze organisatie is wel een trotse organisatie en onze mensen zijn er trots op dat we ook veel dingen ontwikkeld hebben en dat we veel dingen kunnen. Dat heeft ons in feite ook geen windeieren gelegd, want als er een probleem is dan hoor je in Den Haag “Hoe moet dit?”, want we moeten ergens een heel ingewikkeld regime gaan bedenken dan bellen ze ons met de vraag of we dit kunnen doen. Of als ze iets hebben van nou dat is een hele politiek gevoelige casus dan komt hij wel hier naartoe. Ze hebben er dan wel vertrouwen op dat wij er wel iets mee kunnen. Je moet daar ook niet te arrogant over doen, want we zijn ook maar een inrichting met mensen en we doen ook maar ons best. Maar we hebben wel een soort naam van als er een probleem is, bel vooral ons. Wij

lossen het wel op.

Ondernemerschap als het zien van kansen en het pakken van die kansen is belangrijk om de strategische opgaven te behalen en om niet in een impasse te raken vanwege het arbeidsmarkt tekort. Doorzettingsvermogen komt hier ook bij kijken, zo geeft R2 aan:

*"Ik denk dat dat een belangrijk ding is hier. Ook voor hoe onze organisatie zich de komende jaren gaat ontwikkelen. We kunnen gewoon het ding blijven doen wat we nu doen. Overleven we ook, maar dat vind ik niet leuk. En ik kijk vooruit, ik zie kansen. Ik denk meer in kansen dan in bedreigingen. Mijn collega die wordt soms gek daarvan en die ziet alle beren... kijk bijvoorbeeld naar de For-FACT¹². 'Ja, zegt hij, maar dan hebben we wel meer psychiaters nodig'. Dan moeten we die maar werven om te zorgen dat we genoeg psychiaters hebben. Ik snap ook wel wat hij zegt, maar goed, je kan het van beide kanten bekijken. Beiden hebben gelijk. Ook je insteek, zie je het als een **kans dan moet je het oplossen.**"*

De meerderheid van de respondenten is van mening dat ondernemerschap noodzakelijk is. Van de respondenten geeft een meerderheid aan dat zij specifiek door deze competentie bestuurder in de huidige organisatie is geworden. R5 gaat zegt hierover:

*"Ik denk dat ik juist voor die rol ben binnengehaald. En dan met name omdat die **strategische alliantievorming te verbinden met het sociaal domein, om meer te vermaatschappelijken**. Dat is denk ik mijn ondernemerschap dat daar een bijdrage aan levert. En ik ben wel sterk op de bedrijfsvoering, zorgen dat het financieel op een gezonde manier gebeurt. Dus die combinatie is wel mijn bijdrage. Dit jaar gaan we weer voor het eerst een positief resultaat draaien."*

De respondenten geven ook aan dat hun ondernemerschap ook heel persoonlijk is en kan veranderen wanneer er nieuwe bestuurders komen. Zo geeft R11 aan:

*"Als het gaat om mijn collega RvB-X en ik: de kleur van deze organisatie wordt wel bepaald door onze **stokpaardjes**. Voor een deel is dat hartstikke mooi en voor een deel zegt dat ook iets over de kwetsbaarheid. Zeg dat straks hier twee andere bestuurders komen, stel dat je twee registeraccountants krijgt, ik noem maar even iets, dan ga je echt een hele andere invulling van je besturing krijgen."*

Respondenten zien ondernemerschap als belangrijke competentie om belemmeringen, faalfactoren, negatieve media aandacht, imagoschade en de arbeidsmarkt problematiek het hoofd te bieden.

6.6 SAMENVATTING

De forensische sector beweegt zich op het snijvlak van het strafrecht en de zorg en dat brengt algemene en specifieke belemmerende en bevorderende aspecten voor ondernemerschap met zich mee. De sector is geen markt omdat er slechts één zorginkoper is die het budget toekent. Dat is een wezenlijk verschil met de gewone zorgmarkt waar er meerdere zorginkopers zijn. Dit gegeven beperkt bestuurders in hun bewegingsruimte als het gaat om ondernemerschap. Dit komt terug

¹² For-FACT: forensische FACT teams.

in de betekenisgeving die de respondenten aan ondernemerschap geven. Ook in de beelden die zij van hun eigen ondernemerschap hebben is de beperking herkenbaar. Het is ondernemerschap 'met ziel en zakelijkheid, maar met de rem erop', zoals de respondenten het treffend verwoordden. Naast de drie richtingen van ondernemerschap (markgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht) en ondernemerschap als competentie is er heel duidelijk een nieuwe richting zichtbaar: die van ondernemerschap als state of mind. Niet alleen van de bestuurder, maar van alle medewerkers.



De vragen van
de samenleving
beantwoorden

7

CONCLUSIE, BESCHOUWING EN AANBEVELINGEN

7. CONCLUSIE, BESCHOUWING EN AANBEVELINGEN

7.1 INLEIDING

In dit laatste hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord, volgt een analytische beschouwing, aanbevelingen en tot slot een persoonlijke reflectie.

7.2 CONCLUSIE: BEANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSVRAGEN

In deze paragraaf wordt per onderzoeksvraag een antwoord geformuleerd op de vijf deelvragen en de centrale vraagstelling uit § 1.3.

1. Wat is de context en wat zijn de strategische opgaven?

De context van de forensische sector anno 2018 bestaat uit een aantal trends en ontwikkelingen, kort samengevat: korter, beter en meer ambulant. De forensische sector kampt met een slecht imago vanwege incidenten die veel media aandacht krijgen en waarin medewerkers als falende hulpverleners worden weggezet. Ook de politiek mengt zich erin als er zich incidenten voordoen.

De arbeidsmarktproblematiek is de belangrijkste strategische opgave van dit moment. Er is onvoldoende professioneel geschoold personeel op de arbeidsmarkt en het lukt onvoldoende om medewerkers te binden en te boeien. Overige strategische opgaven zijn onder andere de doorstroming van patiënten van zwaardere naar lichtere zorg ook al tijdens de behandeling, optimalisering ketensamenwerking en het ontwikkelen van (technologische) innovaties.

2. Wat wordt verstaan onder ondernemerschap in een maatschappelijke context ?

Ondernemerschap is een lastig te duiden begrip en ondernemerschap in de maatschappelijke context van de forensische zorg op het snijvlak van veiligheid en zorg lijkt een contradictio in terminis. Ondanks dat maakt de forensische zorg deel uit van een zorgmarkt en is er sprake van marktwerking bij aanbestedingen, inkoop en concurrentie: diverse aanbieders bieden forensische zorg van FACT-teams in dezelfde stad. Politiek ligt dit gevoelig en zijn er recent Kamervragen gesteld en moties ingediend om de marktwerking te verminderen.

Uit het theoretisch kader komt naar voren dat ondernemerschap aan verandering onderhevig is en in de afgelopen tien jaar in de richting is geschoven naar samenwerken in de keten en innovatie. Ondernemerschap kan vanuit verschillende perspectieven worden weergegeven, als competentie en als richting van ondernemen (marktgericht, gemeenschapsgericht, intern gericht). Een nieuwe trend is ondernemerschap als mindset van de bestuurder. Het gaat dan veel meer om aspecten van betekenisgeving, het collectieve brein van de organisatie ontsluiten en terug te gaan naar de bedoeling. De bestuurder heeft dan een voorbeeldfunctie in zijn ondernemerschap waardoor het opgepakt wordt door alle medewerkers in de organisatie.

3. Welke betekenis geven bestuurders aan ondernemerschap, hoe zien zij hun rolopvatting en roluitoefening en wat zijn de dilemma's?

Het empirisch onderzoek laat zien dat bestuurders zich goed bewust zijn van hun ondernemerschap en daar een duidelijk beeld bij hebben. Dat kwam al gelijk naar voren bij hun enthousiasme om mee te werken aan dit onderzoek en de gastvrijheid om een uur in hun agenda vrij te maken voor het persoonlijke interview. Beelden die zij van hun eigen ondernemerschap hebben geven kort en

krachtig weer hoe zij tegen ondernemerschap aankijken: het varieerde van ‘met ziel en zakelijkheid’ tot de ‘Barbapapa familie’ tot het beeld van ‘Wicky de Viking op een galopperend paard op een vierkante meter’ en ‘een gekortwiekt renpaard’, als het gaat om binnen de beperkingen kansen te zien en de mogelijkheid om deze te kunnen pakken. ‘Uitvinder’ en ‘influencer’ werden ook genoemd. Binnen de beperkingen wordt door vrijwel alle bestuurders naar ruimte gezocht om nieuwe samenwerkingsrelaties aan te gaan en te innoveren. Als het gaat om rolopvatting en roluitoefening kan er een nieuwe tendens worden gesignaleerd, namelijk die van de bestuurder als grenswerker. In de rol van grenswerker komen de rollen van boegbeeld, ondernemer, tussenpersoon en strateeg samen. Een belangrijk dilemma op het vlak van sturing en toezicht is de afbouw van TBS-plaatsen en doorstroming naar lichtere zorg in relatie tot veiligheid en minder recidive. Als het gaat om vraag en aanbod doet zich het dilemma voor dat er behoefte is aan technologische innovaties binnen de sector maar dat forensische instellingen daar niet in voorop lopen in relatie tot de ruime financiële middelen die hiervoor beschikbaar zijn gesteld door het KFZ voor innovaties en kwaliteit. Tot slot het dilemma van verwachtingen en verantwoording: de media die de forensische zorgmedewerkers afschilderen als falende hulpverleners in relatie tot de geheimhoudingsplicht die zorginstellingen hebben ten opzichte van hun patiënten.

4. Wat zijn voorbeelden van succesvol en falend ondernemerschap en wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor ondernemerschap?

Enkele succesvolle voorbeelden zijn de implementatie van forensische FACT-teams en het winnen van aanbestedingen in het buitenland. De voorbeelden zijn succesvol omdat er waarde wordt gecreëerd voor patiënten en recidive kan verminderen, daarmee neemt de veiligheid toe. Een gewonnen aanbesteding in het buitenland levert extra productie op. Van falend ondernemerschap is sprake als er een aanbesteding wordt verloren, dat kan zomaar betekenen dat er 20% omzetverlies optreedt. Een ander voorbeeld van falend ondernemerschap is de ontwikkeling van nieuwe producten die vanwege hun aard (Pedohulpilijn, EMDR voor potloodventers) uitstekend geschikt zijn voor de forensische zorg, maar verder een kleine afzetmarkt hebben. Falend in de zin van onvoldoende omzet genereren, want waarde wordt er zeker toegevoegd voor de forensische patiënten. De belangrijkste bevorderende factor is voldoende personele capaciteit want zonder goede mensen kun je niet samenwerken en innoveren. Andere bevorderende factoren zijn grenswerken, nieuwe technologische ontwikkelingen, meer aandacht voor het leefstijlaspect en het ontsluiten van het collectieve brein van de organisatie. Bestuurders hoeven niet alles zelf te bedenken, goed luisteren naar de medewerkers met goede ideeën en deze stimuleren (c.q. afremmen) is de sleutel voor waardecreatie en succes. Belemmerende factoren zijn onder andere de incidentenpolitiek van de media (die resulteren in de stopzetting van forensisch begeleid wonen trajecten) en pionieren onder tijdsdruk. Ondernemen in de forensische zorg doe je, zoals gezegd ‘met de rem erop’.

5. In hoeverre is ondernemerschap een antwoord op de strategische opgaven?

In het algemeen geven de respondenten aan dat hun ondernemerschap in grote mate bijdraagt aan de strategische opgaven. Benadrukt wordt dat het niet om specifiek hun persoonlijke ondernemerschap gaat, maar omdat van alle medewerkers in de organisatie. Zowel uit het theoretische kader als uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat ondernemerschap nodig is voor het voortbestaan van de organisatie en dus een ‘must’ is voor bestuurders. Grenswerken, de juiste mindset, kansen zien, kansen pakken, ruimte geven, ruimte nemen, verantwoorde risico’s nemen, visie ontwikkelen en kunnen omgaan met de besturingsdilemma’s behoren tot de dagelijkse kost van een bestuurder. Ondernemerschap is nodig om oplossingen te vinden voor de arbeidsmarktproblematiek, het belangrijkste strategische vraagstuk van dit moment.

6. Centrale vraagstelling: Hoe geven eindverantwoordelijke directeuren en bestuurders van forensische psychiatrische zorginstellingen betekenis en invulling aan ondernemerschap, wat zijn voorbeelden van succesvol en falend ondernemerschap en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren en wat zijn de dilemma’s?

Door met een ondernemende mindset als grenswerker, waarin de rollen van boegbeeld, ondernemer, tussenpersoon en strateeg besloten liggen, gemeenschaps- en intern gericht ondernemerschap in praktijk te brengen en dilemma’s het hoofd te bieden (incidentenpolitiek van de media). Buitenlandse aanbestedingen winnen en ambulante forensische teams zijn succesvolle voorbeelden waarbij technologische innovaties en een soepele ketensamenwerking bevorderend zijn. De kleine afzetmarkt belemmert extra productie, wel wordt er grote waarde toegevoegd voor patiënten waardoor recidive vermindert en de veiligheid van de samenleving toeneemt. En daar is het uiteindelijk allemaal om te doen.

7.3 ANALYTISCHE BESCHOUWING

Nadat het empirisch onderzoek was afgerond en het einde van deze thesis in zicht kwam, heb ik het hele onderzoeksproces nog eens de revue te laten passeren en mezelf afgevraagd wat dit onderzoek gebracht heeft. Het was voor mij een leerproces, in die zin dat gaandeweg nieuwe thema’s, aspecten en inzichten zijn ontstaan en verwerkt. Mijn inzichten werden helderder, ik kreeg begrip voor de complexiteit en er ontstonden ook nieuwe vragen die het verdienen om verder onderzocht te worden. Er zijn twee opmerkelijke nieuwe zaken die ik tijdens dit onderzoek ben tegen gekomen:

- de bestuurder als grenswerker
- ondernemerschap als state of mind.

Verder waren er een aantal opvallende zaken.

Bestuurders stemmen hun ondernemerschap af op de visie die zij hebben op hun organisatie. Wanneer de organisatie beschouwd wordt als een machine kijkt de bestuurder anders naar zijn rol als bestuurder dan wanneer hij de organisatie ziet als een levend organisme met potentie in iedere medewerker. Wat opvalt is dat in cyane organisaties ondernemerschap verwacht wordt van alle medewerkers, niet alleen van de bestuurder. De bestuurder biedt juist veel ruimte voor ondernemerschap. Wat niet bekend is, is de mogelijkheid van toepassing van een cyane organisatiestructuur in een forensisch kader.

Verder viel op dat de forensische zorg en de media geen vrienden van elkaar zijn als het gaat om de maatschappelijke beeldvorming: bij incidenten wordt de hele sector erop aan gekeken en zijn er consequenties voor lopende projecten. Incidenten worden disproportioneel uitvergroot en er is geen oog voor de professionaliteit van de medewerkers en de succesvolle resultaten die worden bereikt met patiënten. Deze lading dekt niet de realiteit. Ons land heeft ten opzichte van Europa een bijzonder professioneel en humaan TBS-systeem en kent een recidive van ‘slechts’ 20%. Ten opzichte van de recidive van 50% in een normale gevangenis is dit laag. De sector is er blijkbaar niet zo bedreven in om de succesvolle kanten ten tonele te brengen.

Wat ik gemist heb, is een eigen ‘corporate story’ van de forensische zorg. Een waar gebeurd succesverhaal dat naast de huidige, door de dader-slachtoffer (Bart van U. & Els Borst en Michael P. & Anne Faber) gekleurde verhalen geplaatst kan worden.

Verder miste ik reflectie op de grote uitstroom van psychiaters door de verhoging van de productiviteit in de instellingen en de toegenomen administratieve verplichtingen. In mijn ogen te typeren als behoorlijk falend ondernemerschap. Een deel van het personele fundament van de organisatie ontbreekt en zonder goede mensen kun je geen gezonde organisatie creëren en niet de beste zorg leveren.

Een andere kwestie die opvalt is het gegeven dat nieuwe forensische FACT-teams geen voorfinanciering ontvangen, instellingen moeten dat zelf opvangen en dat is een belemmering voor de implementatie van de teams. Bij Buurtzorgteams ontvangen de nieuw op te starten teams €50.000,- opstartkosten, dat zou opstartende forensische teams ook helpen. Nu zijn er steeds te weinig medewerkers met een te grote caseload of te veel medewerkers met een te lage caseload. Het komt ten nadele van de kwaliteit van de zorg of het budget van de instelling. De zorginkoper zou hier nieuw beleid op kunnen afstemmen.

Tot slot viel op dat de concurrentie in het forensische veld de samenwerking in de weg staat: instellingen zijn concullega's waardoor er onvoldoende co-creatie wordt gerealiseerd. En deze co-creatie is noodzakelijk om (technologische) innovaties voor de forensische zorg te implementeren en door te voeren.

7.4 AANBEVELINGEN

Betekenisgeving

- Bestuurders in de forensische zorg verrichten een zware maatschappelijke taak op een indrukwekkende wijze. De beroepstrots die hierbij hoort dringt onvoldoende door in de samenleving. De sector zelf laat hier iets liggen. Verbeter het imago van de forensische zorg en communiceer successen zodat er een meer realistisch beeld kan ontstaan in de samenleving. Maak nieuwe verhalen, een eigen corporate story die naast de huidige, door de dader-slachtoffer (Bart van U. & Els Borst en Michael P. & Anne Faber) gekleurde verhalen geplaatst kan worden.

Marktgericht ondernemen

- Nieuwe doelgroepen:
 - Ontwikkel een scenario waarbij de politiek haar huidige standpunt bijstelt en er, conform de Franse en Belgische situatie, een doelgroep terugkeerders (kinderen, moeders en de jihadgangers zelf) ondergebracht moet worden in de forensische zorg. Breng in kaart hoeveel extra plekken nodig zijn en ga hierbij uit van een scenario dat de TBS met zo'n 20 tot 25% uitgebreid moet worden: van de huidige ca. 1300 naar 1500 tot 1600. Door de bezuinigingen is er nu geen reservecapaciteit meer en met de huidige omvang kun je deze doelgroep niet bedienen. Maak een passende businesscase voor dit scenario en ga beslissers op dat gebied beïnvloeden
 - Bepaal eigenaarschap van de doelgroep 'gevaarlijke psychiatrische patiënten' (de landelijke 2 à 3.000 personen die ook onderdeel uitmaken van de groep verwarde personen) en ontwikkel een scenario met een bijpassende businesscase voor behandeling. Deze doelgroep valt nu in veel regio's nog tussen de wal en het schip omdat ze te complex zijn voor de GGZ en zich (nog) niet in een strafrechtelijk kader bevinden.
- Werk samen bij de implementatie van de ambulante forensische teams. Zet niet alleen op meso-

niveau in op ondernemerschap, maar til het naar het macroniveau omdat het om de interne veiligheid en de veiligheid van de samenleving gaat. Geef vanuit het Ministerie van VenJ prioriteit aan de opdracht tot een landelijke dekking van forensische FACT-teams, zodat deze zorg voor alle TBS-uitstromers beschikbaar is. Op het snijvlak van strafrecht en zorg, veiligheid en behandeling prevaleert veiligheid voor de samenleving. Het verlenen van een zo goed mogelijke forensische zorg is het middel om dit doel te bereiken. Er moet extra budget beschikbaar gesteld worden om de teams op te starten.

- De concurrentie die er nu is wanneer in één stad verschillende aanbieders forensische teams gaan opzetten, helpt niet om het grotere doel te bereiken.

Gemeenschapsgericht en intern gericht ondernemen

- Verbeter de samenwerking in de keten. Zorg ervoor dat ketenpartners elkaars taal leren spreken en elkaars processen kennen.
- Bevorder de toepassing van technologische innovaties en draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe technologieën. Breid de forensische FACT teams uit met een innovatiemedewerker die per patiënt de beste technologie van dat moment inzet om de eigen regie te ondersteunen. Deze medewerker is een niet medisch geschoold personeelslid en op de hoogte van alle nieuwe ontwikkelingen op technologie gebied.

Bijvangst:

Aanbeveling aan de politiek en het ministerie van Veiligheid en Justitie:

Beperk de concurrentie voor de forensische FACT-teams. De concurrentie die er nu is wanneer in een stad verschillende aanbieders forensische teams gaan opzetten, moet weggehaald worden. Het helpt niet om het grotere doel van Veiligheid te bereiken.

7.5 REFLECTIE

Tijdens het onderzoek heb ik mijn best gedaan om mijn eigen bril als oud inspecteur van politie te verwisselen voor die van onderzoeker. Ik heb mezelf bewust in 'het neutrale midden' gepositioneerd en heb getracht zo objectief mogelijk te blijven, het was steeds een belangrijk punt van aandacht. Over de betrouwbaarheid van dit onderzoek kan ik aangeven dat het heeft plaatsgevonden bij dertien organisaties verspreid over het land. Ondanks dat iedere organisatie uniek is, is dit onderzoek generaliseerbaar vanwege de open onderzoeksofzet waarin ik steeds heb aangegeven wat ik heb gedaan en waarom, een gedegen literatuurstudie en de controleerbare werkwijze. Ook is het aantal interviews afgestemd op nieuwe informatie die naar voren kwam. De in eerste instantie geplande zeven interviews zijn om deze reden uitgebreid naar dertien interviews met als gevolg dat er geen toevalstreffers meer naar voren kwamen.

Over de validiteit van het onderzoek kan ik aangeven dat ik zo goed mogelijk de stappen heb beschreven die tijdens het onderzoek zijn genomen. Ondanks dat ben ik me bewust van het feit dat er sprake kan zijn van een dubbele hermeneutiek, zoals ik al aangaf in § 5.5: ik heb de uitspraken van de respondenten op mijn eigen wijze geïnterpreteerd en beschreven. Een andere onderzoeker zou de resultaten ook anders kunnen interpreteren, dus de waarneming dekt de werkelijkheid. Doordat de tijd van de meeste interviews beperkt was, zijn niet bij alle respondenten alle onder-

werpen even uitgebreid aan bod gekomen. Het gaat in dit kwalitatieve onderzoek om de betekenisgeving van de respondent over ondernemerschap, succes- en faalmomenten, bevorderende en belemmerende factoren. De uitkomsten zijn dus ook afhankelijk van wat de respondent er over kwijt wilde en wat hij te zeggen had. Ook speelde de eenduidigheid van begrippen een rol. Ondernemerschap is en blijft een lastig containerbegrip.

De rol van onderzoeker was uitermate geschikt om door te vragen tijdens de interviews en tegelijkertijd de nodige distantie te bewaren ten opzichte van de forensische zorg. Terugkijkend op deze rol kan ik zeggen dat ik me daar uiterst prettig bij heb gevoeld. In de brief die ik vooraf had gestuurd, heb ik mijzelf bewust gepresenteerd als onderzoeker. De brief is verstuurd op blanco briefpapier. In mijn beleving kon ik zo de grootst mogelijke objectiviteit handhaven. Bij de respondenten heb ik geen aarzelingen waargenomen in hun uitspraken naar mij toe.

Met betrekking tot het opnemen van het gesprek verwachtte ik de nodige remmingen bij de respondenten, daar bleek tijdens de interviews nauwelijks sprake van te zijn. Ik heb mijn rol als onderzoeker met veel plezier beleefd net zoals de interviews met deze stuk voor stuk boeiende en meestal inspirerende respondenten en de interessante verhalen die naar voren kwamen. De forensische zorg blijft boeien.

BRONNEN

Actiz: website www.actiz.nl, geraadpleegd op 12-12-2017. <https://www.actiz.nl/thema/ondernemerschap>.

Boot J M. *De Nederlandse gezondheidszorg, gezondheid en eigen initiatief*. Voorzieningen, overheid en beleid. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum 2013.

Bijloos S, Scheer W van der, Veen-Berkx, L van. *Bestuurders in beeld. Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Utrecht: De Tijdstroom 2017.

Boonstra J C D. *Interveniëren en veranderen. Zoeken naar betekenis in interacties*. Deventer: Kluwer 2006.

Geelhoed J, Samhoud S. *Be useful, de kracht van authenticiteit ondernemerschap*. Den Haag: SDU Uitgevers bv. 2011.

Gesch B. *Good nutrition = good behaviour?* 2013. PubMed Epub 2014 feb 4 p. 55-65. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=bernard+Gesch&cmd=DetailsSearch&log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=bernard+Gesch&cmd=DetailsSearch&log$=activity) (geraadpleegd op 27-01-2018).

GGZ Nederland. *'Betere zorg, veiliger samenleving'*, Visiedocument Forensische Zorg 2014.

Handelingen Tweede kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2016-2017, vergaderingnummer 97 dd. 6 juli 2017, gepubliceerd op 21 juli 2017.

Hart W. *Verdraaide organisaties*. Deventer: Vakmedianet 2012.

Hart W. *Anders vasthouden*. Deventer: Vakmedianet 2017.

Hart H 't, Boeije H, Hox, J. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs 2005.

Homan T. *Organisatiedynamica*. Den Haag: SDU Uitgevers 2005.

Inspectie Veiligheid en Justitie. *De Woenselse Poort, Incidentonderzoek*. Den Haag, Min VenJ 2017.

Jaarplan DJI 2017, van diverse auteurs, 17 november 2016.

Jaarverslag DJI 2016, van diverse auteurs, 20 maart 2017.

Laloux F. *Reinventing organizations*. Houten: Lannoo/Het Eerste Huis 2015.

Meurs P L. *Nobele wilden*. Rotterdam: NVZD 1997.

Ministerie van Veiligheid en Justitie Divisie FoZo/JJI. *Handboek Forensische Zorg*, editie 4 september 2017. VenJ: Den Haag 2017.

Nederlandse Zorgautoriteit: website www.nza.nl, *Marktscan Forensische Zorg 2016*, geraadpleegd op 13-01-2018. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3632_22/1/.

Nederlandse Zorgautoriteit: website www.nza.nl, *Advies Bekostiging Forensische Zorg 2016*, geraadpleegd op 04-03-2018. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3555_22/1/.

NOS journaal: website www.nos.nl, *Politiechef Rotterdam bezorgd over toename geweld verwarde mensen*, geraadpleegd op 24-12-2017. <https://nos.nl/artikel/2208370-politiechef-rotterdam-bezorgd-over-toename-geweld-verwarde-mensen.html>.

NRC: website www.nrc.nl, *Zorg over groei geweld door verwarde mensen in Rotterdam*, geraadpleegd op 28-12-2017. <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/12/19/zorg-over-groei-geweld-door-verwarde-mensen-in-rotterdam-a1585536>.

Pluryn: website www.pluryn.nl, geraadpleegd op 15-10-2017. <https://www.pluryn.nl/over-pluryn/rd-en-innovatie/living-lab>.

Pompestichting: website www.pompestichting.nl, *Jaarverslag 2016*, geraadpleegd op 3-12-2017. <https://www.pompestichting.nl/upload/Jaarverslag%202016-%28Online%29.pdf>. en het Meerjarenbeleidsplan 2018-2020: <https://www.pompestichting.nl/upload/meerjarenbeleidsplan%202018-2020%20A4%20DEF.pdf>.

Putters K. *Maatschappelijk ondernemen in de zorg*. Achtergrondnota geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies: 1-120, 1998.

Putters K. *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management van de Nederlandse ziekenhuizen*. Assen: Van Gorcum 1998.

Putters K. *Besturen met duivelselastiek*. Oratie 9 oktober 2009. Rotterdam: iBMG 2009.

Putters K. *Zorgen waar het moet, ondernemen waar het kan*. Socialisme en Democratie: 9-20, 2010.

Putters K. *Was getekend. Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg*. Rotterdam: ESH-PM 2010.

Scheer W van der. *Onder zorgbestuurders, Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Amsterdam: Reed Business Education 2013.

Schumpeter J A. *Capitalism, Socialism and democracy*. New York: HarperCollins Publishers Inc. 2008.

Sitalsing M, Bakas A. *De toekomst van Lentis. Toekomstgerichte geestelijke gezondheidszorg & de zorgrevolutie*. Amsterdam: TOB 2017.

Telegraaf: website www.telegraaf.nl, *Verwarde mensen dodelijker dan terreur*, geraadpleegd op 15-01-2018. <https://www.telegraaf.nl/nieuws/1453002/paauw-verwarde-mensen-dodelijker-dan-terreur>.

TwynstraGudde: website www.twynstragudde.nl, *Samenwerken*. geraadpleegd op 15-01-2018. <https://www.twynstragudde.nl/expertises/expertises/samenwerken/beter-samenwerken-met-uw-eigen-signatuur>.

Verschuren P J M, Doorewaard J A C M. *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom 2016.

Volkskrant: website www.volkskrant.nl, *Nederlandse Syriegangers, voor vertrek vaak al psychische problemen*, geraadpleegd op 18-02-2018. <https://www.volkskrant.nl/buitenland/nederlandse-syriegangers-voor-vertrek-vaak-al-psychische-problemen~a4060447/>.

Volkskrant: website www.volkskrant.nl, *Digitale innovaties die zorg kunnen verbeteren worden nog weinig gebruikt*, geraadpleegd op 25-11-2017. <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/digitale-innovaties-die-zorg-kunnen-verbeteren-worden-nog-weinig-gebruikt-is-daar-iets-aan-te-doen~a4540981>.

Weick K E. *Sensemaking in organizations*. Londen: Thousand Oaks 2001.

Wet Forensische Zorg, Website Eerste Kamer, https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32398_wet_forensische_zorg, geraadpleegd op 17-01-2018.



BIJLAGEN

1. Terminologie en afkortingen
2. Forensische zorgtitels
3. Zorgaanbod
4. Wijzigingen in de nieuwe Wet Forensische Zorg
5. Informatiesystemen
6. Topiclijst
7. Emailbericht aan respondenten

BIJLAGE 1: TERMINOLOGIE EN AFKORTINGEN

Terminologie

Ambulante zorg:

Ambulante zorg bestaat uit dagbesteding, behandeling en begeleiding. Deze zorg wordt geboden aan patiënten die niet zijn opgenomen, die thuis wonen of die in een open voorziening wonen.

Forensische zorg:

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicapten-zorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel.

Forensische zorgtitel:

De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding van zorg door het ministerie van Veiligheid en Justitie. Er zijn 25 forensische zorgtitels.

Herindicatiestelling:

Een volgende indicatiestelling binnen hetzelfde zorgtraject gedurende de looptijd van de strafrechtelijke titel. Indien de zorgvraag en/of de beveiligingsbehoefte van de justitiabele wijzigt. De oorspronkelijke indicatiestelling wijzigt dan.

Indicatiestelling:

Indicatiestelling in de forensische zorg is een inschatting van een zorgbehoefte en beveiligings-noodzaak van een justitiabele.

Klinische zorg:

Klinische zorg is zorg waarbij een patiënt is opgenomen in een behandelvoorziening. Patiënten ver-blijven in een forensische voorziening en krijgen behandeling voor de aandoening die ze hebben.

Plaatsing:

Plaatsing omvat het gehele proces vanaf de afgeronde indicatiestelling tot opname of de start van de zorg.

Wat is het verschil tussen FPA, FPK en een FPC?

Forensisch psychiatrische afdeling (FPA) (beveiligingsniveau 2laag/2hoog)

In een instelling met beveiligingsniveau 2 dienen primair patiënten geplaatst te worden die binnen een redelijke termijn (d.w.z.: 6 tot 12 weken) vrijheden kunnen krijgen (d.w.z. het al dan niet met begeleiding de beveiligde setting kunnen verlaten. Het verschil in 2 laag en 2 hoog is gelegen in de materiële kenmerken van de instelling (bijvoorbeeld door een verschil in de hoogte van het hek en/of de mate van bewegingsvrijheid). Bij aanvang van de behandeling is er sprake van een gesloten setting. Het volledige aanbod van behandel-/ therapiefaciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een besloten setting. Patiënten dienen met vrijheden om te kunnen gaan om van het geheel aan behandel-/therapiefaciliteiten gebruik te kunnen maken

In een FPA worden patiënten behandeld met een psychische stoornis en een forensische zorgtitel. De verblijfsintensiteit binnen een FPA kan variëren. Doelstelling van de FPA is patiënten te resoci-aliseren en/of door te plaatsen naar de reguliere zorg. In de meeste gevallen is de FPA een aparte

eenheid binnen de GGZ-instelling, soms gehuisvest in of gekoppeld aan een andere afdeling voor intensieve langdurige zorg. Hier worden patiënten intensief behandeld, waarna ze eventueel doorverwezen worden naar een ‘gewone’ afdeling of naar elders in de GGZ.

Forensisch psychiatrische kliniek (FPK) (beveiligingsniveau 3)

In een instelling met beveiligingsniveau 3 worden patiënten geplaatst die langere tijd binnen een beveiligde ring moeten verblijven. Er is sprake van een gesloten setting met geringe bewegingsvrijheid. Het volledige behandel- en therapieaanbod is aanwezig binnen de beveiligde ring. In een FPK worden patiënten behandeld met ernstige psychiatrische gedragsproblemen en/of een persoonlijkheidsstoornis. De verblijfsintensiteit kan variëren.

Forensisch psychiatrisch centrum (FPC) (beveiligingsniveau 4)

In een instelling met beveiligingsniveau 4 worden patiënten geplaatst die een gefaseerde, intensieve behandeling en intensief begeleide resocialisatie nodig hebben. De psychiatrische behandeling is zowel gericht op het verkleinen van het risico dat de patiënt nogmaals een delict pleegt en het beheersbaar maken van de achterliggende oorzaken van het delictgedrag. De verblijfsintensiteit kan variëren. Er is sprake van een gesloten setting met zeer hoge materiële en immateriële beveiligingsmaatregelen in combinatie met zeer geringe bewegingsvrijheid. Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten is aanwezig binnen de dubbele beveiligingsring. Een FPC behandelt patiënten aan wie een maatregel van TBS met dwangverpleging is opgelegd door de rechter. TBS is een behandelmaatregel die de rechter oplegt aan mensen die zware delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. De psychiatrische behandeling is gericht op het kleiner maken van het risico dat de patiënt nog een keer een delict pleegt en het beheersbaar maken van de achterliggende oorzaken van het delictgedrag (Inspectie VenJ, 2017 p. 42-43).

AFKORTINGEN

3RO	Drie reclasseringsorganisaties, te weten Reclassering Nederland, Stichting verslavingsreclassering GGZ en het Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSD	Bureau Selectie en Detentiebegeleiding
BSF	Bureau Selectie Functionaris
BVG	Beginselenwet verpleging terbeschikking gestelden
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen; uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Veiligheid en Justitie
EBI	Extra Beveiligde Inrichting
EP's	Extramurale parameters
FCS	Facturatie Controle Systeem
ForZo / JJI	Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen, onderdeel van DJI
FPA/FVA	Forensisch Psychiatrische Afdeling / Forensische Verslavingsafdeling
FPC	Forensisch Psychiatrische Centrum
FPK/FVK	Forensisch Psychiatrische Kliniek / Forensische Verslavingskliniek
FPL	Forensisch PlaatsingsLoket
fpt	forensisch psychiatrisch toezicht
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GW/VB	Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring, onderdeel van DJI
Ifzo	Informatiesysteem Forensische Zorg
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders; ISD-maatregel houdt in dat een veroordeelde wordt opgenomen in een inrichting voor stelselmatige daders
NIFP/IFZ	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie; werkeenheid Indicatiestelling Forensische Zorg, onderdeel van DJI
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
PI	Penitentiaire Inrichting
PMO	Psycho Medisch Overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SG(L)VG	Sterk Gedragsgestoord (Licht) Verstandelijk Gehandicapt
SKN	Strafrechtsketennummer
TBS	Ter beschikking stelling (art. 37a en 37b Sr)
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

BIJLAGE 2: FORENSISCHE ZORGTITELS

Forensische zorg kan worden verleend op basis van de volgende titels:

Zorg zonder strafoplegging

- 1 strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo 39 Sr);

TBS met dwangverpleging

- 2 TBS met dwangverpleging (art. 37a jo 37b Sr);
- 3 tijdelijke plaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt);
- 4 overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
- 5 TBS met proefverlof (art. 51 Bvt);

Zorg als voorwaarde bij beslissing Rechter, Openbaar Ministerie of Kroon

- 6 voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38g Sr);
- 7 TBS met voorwaarden (art. 38a Sr);
- 8 voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr);
- 9 sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 Sv);
- 10 schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv);
- 11 strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257a lid 3 Sv.)
- 12 voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr);
- 13 voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiwet jo. 558 Sv);

Zorg in het kader van Forensisch Psychiatrisch Toezicht

- 14 fpt proefverlof
- 15 fpt voorwaardelijke beëindiging

Zorg in detentie, tijdens tenuitvoerlegging vrijheidsstraf of ISD-maatregel

- 16 overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 lid 5 Pbw);
- 17 overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw) ;
- 18 interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw);
- 19 poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw);
- 20 penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm);
- 21 plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38m Sr jo art. 38p Sr);
- 22 plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38m Sr jo art. 44 b t/m 44 q Pm);

Diagnostiek

- 23 verdiepingsdiagnostiek
- 24 plaatsing ten behoeve van pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv);

Zorg zonder strafrechtelijke titel

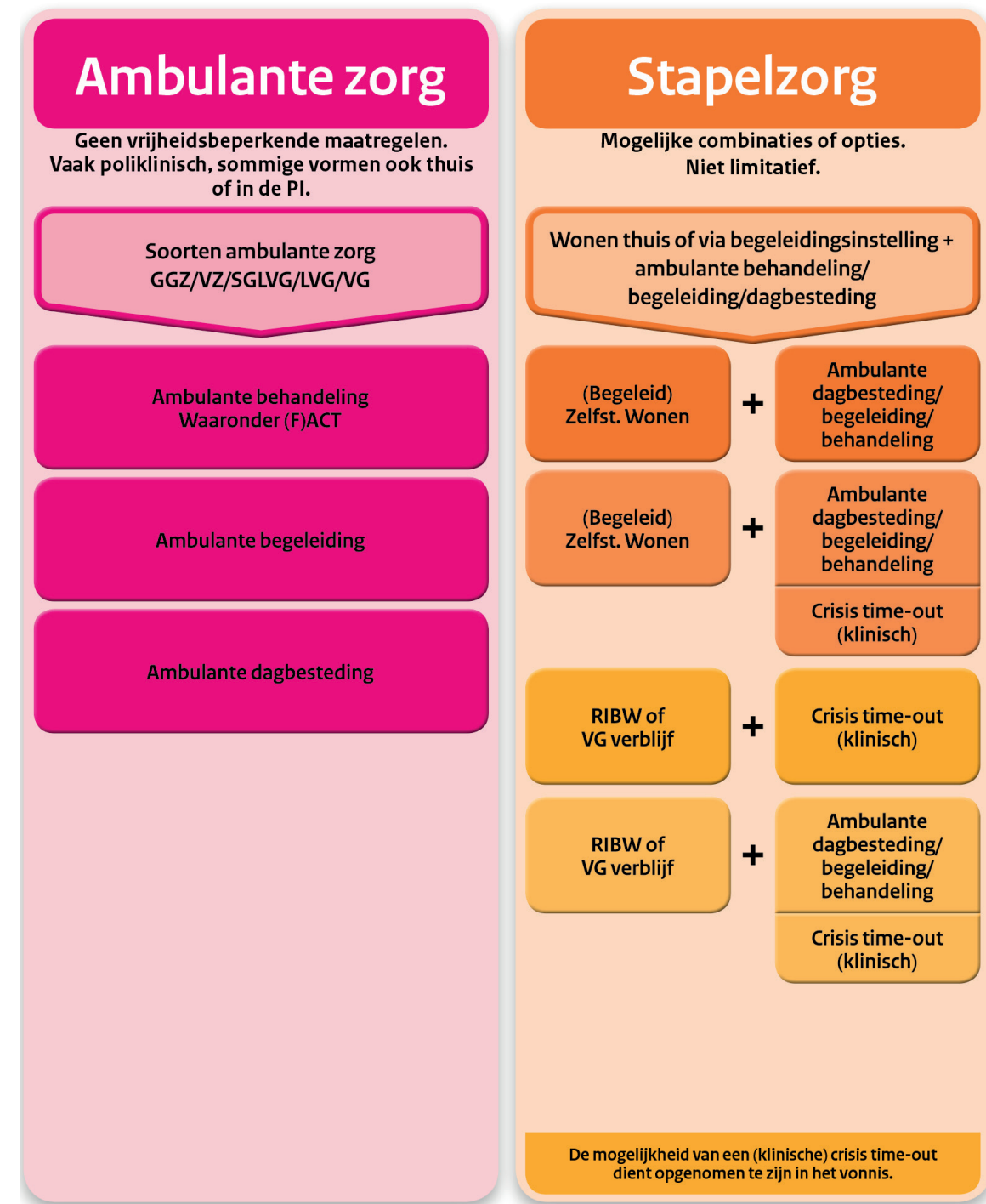
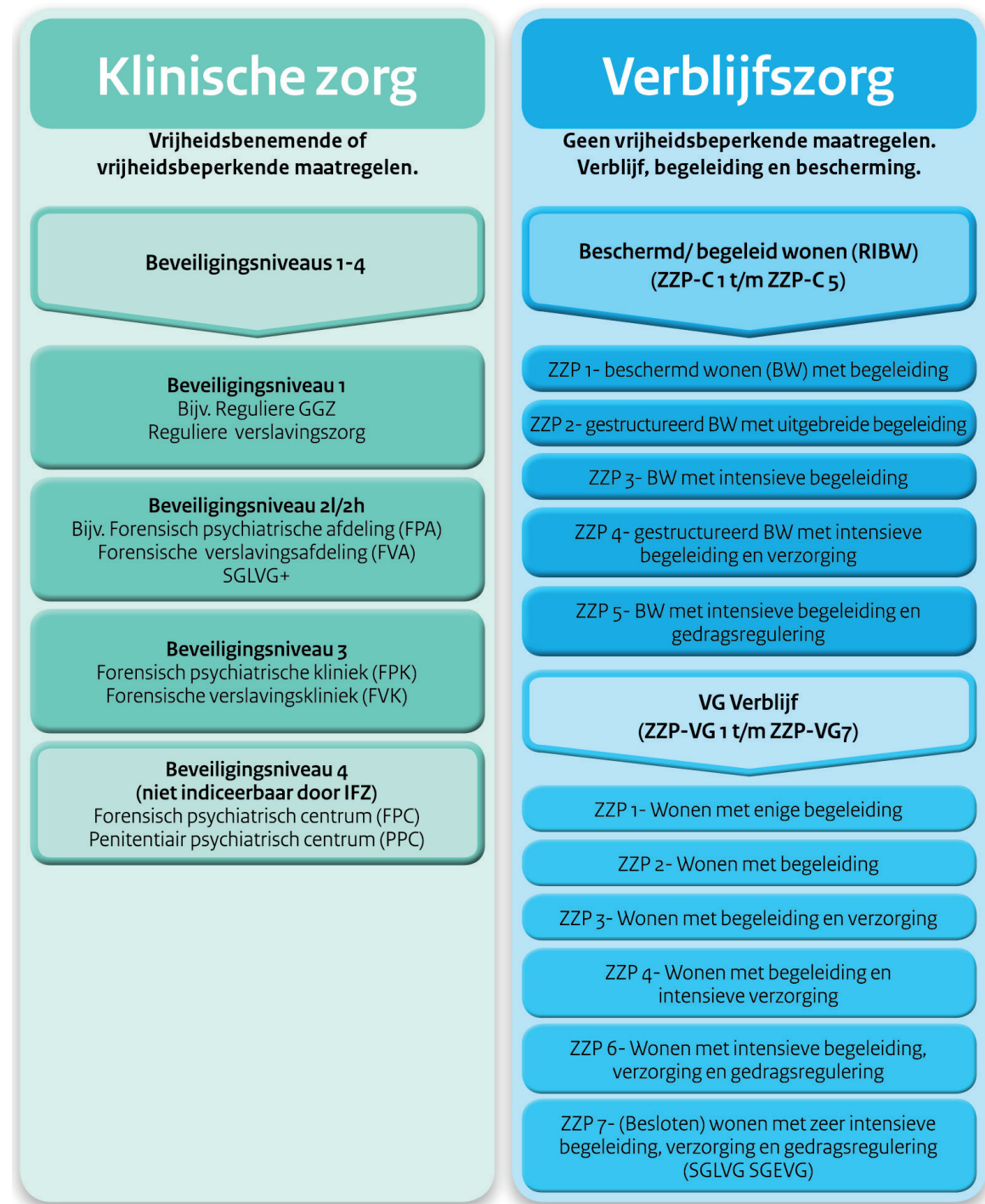
- 25 voorgenomen indicatiestelling

BIJLAGE 3: ZORGAANBOD

Onderstaande Tabel laat per zorgcategorie het aantal aanbieders van overige forensische zorg zien. Er zijn minder ofz-aanbieders gekomen die naast zorg ook beveiliging aanbieden. Ook het aantal aanbieders van ambulante behandeling en begeleiding in de geestelijke gezondheidszorg neemt af. Het aantal zorgaanbieders dat zorg met verblijf levert die worden bekostigd met zorg-zwaarte pakketten, neemt toe.

	2012	2013	2014	2015
Ggz ambulante behandeling	45	44	42	42
Ggz begeleiding (dbbc)	20	21	17	16
Ggz begeleiding zzp	57	56	56	59
Ggz behandeling beveiligingsniveau 1	30	26	22	22
Ggz behandeling beveiligingsniveau 2	16	15	15	15
Ggz behandeling beveiligingsniveau 3	10	10	10	10
VG ambulante behandeling	3	3	3	3
VG Begeleiding (zzp)	19	19	21	26
VG behandeling beveiligingsniveau 2	9	7	6	4
Begeleiding (extramuraal)	92	96	91	91

Tabel : Aantal ofz-aanbieders per zorgcategorie in 2012-2015 (NZA, 2017)



BIJLAGE 4: WIJZIGINGEN IN DE NIEUWE WET FORENSISCHE ZORG

De belangrijkste wijzigingen aan die worden geregeld in de Wfz (VenJ, 2017):

- De basis van de Wfz wordt gevormd door de inkoop van de forensische zorg bij zorgaanbieders, waardoor kan worden gestuurd op de kwaliteit;
- Met de Wfz wordt een gedifferentieerd zorgaanbod gecreëerd. Hiertoe is de zorginkoopfunctie ingericht. De zorgvraag is bepalend;
- De indicatiestelling en de justitiële titel zijn de basis voor het plaatsingsbesluit. Wet- en regelgeving op het gebied van plaatsingen wordt geharmoniseerd, zodat er één uniforme plaatsingsprocedure is (waarbij het niet uitmaakt wat de strafrechtelijke titel is);
- Een zorgaanbieder moet binnen de Wfz (bij het beëindigen van forensische zorg die is opgelegd als voorwaarde) een advies aan het OM geven over de kans op herhaling van het gedrag dat ten grondslag lag aan de forensische zorgtitel;
- Gegevensverstrekking en -uitwisseling (tussen de minister van VenJ, het OM, de zorgaanbieder, NIFP/IFZ en de reclassering) op grond van de Wfz wordt makkelijker in die zin dat er in beginsel een verplichting bestaat tot verstrekking van gegevens;
- De Wfz voorziet in de noodzakelijke aansluiting van forensische zorg met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg. Zorgaanbieders moeten zorgen voor een tijdige overdracht, als er na afloop van de forensische zorg titel nog steeds zorg noodzakelijk is.

BIJLAGE 5: PATIËNTGROEPEN EN ZORGAANBIEDERS

1. naar zorgtype:

2. naar segmenten:

3. naar bekostigingssystematiek:
- klinische zorg, ambulante zorg en verblijfszorg.

geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg. Binnen deze segmenten wordt zowel ambulante zorg, verblijfszorg en klinische zorg geleverd.

de DBBC-systematiek (afgeleid van DBC waar de B van beveiliging is toegevoegd) wordt gebruikt voor de financiering van behandeling.

De zorgproducten begeleiding, beschermd wonen en ondersteunende zorg aan verstandelijk gehandicapten (VG) worden anders gefinancierd, namelijk door middel van ZZP's en Extramurale Parameters (EP's). Een ZZP is een volledig pakket van zorg met verblijf en sluit aan op de benodigde zorg voor de patiënt . Het bestaat uit een cliëntprofiel, het aantal uren zorg dat hierbij beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. EP's worden gebruikt om ambulante begeleiding en ambulante dagbesteding te financieren naast de prestatiebekostiging in DBBC's en ZZP's. In het onderstaande figuur is het overzicht weergegeven van de patiënten, soort zorg, de zorgaanbieders en de bekostiging.

Patiënten	Soort zorg	Zorgaanbieders	Bekostiging
Terbeschikkinggestelden met dwangverpleging (tbs'ers), veroordeelden die zich verplicht moeten laten behandelen in een tbs-kliniek.	Behandeling met verblijf en begeleiding.	Forensisch psychiatrische centra (FPC) en forensische psychiatrische klinieken (FPK).	Op basis van dbbc's en zzp's.
Gedetineerden die zorg tijdens detentie nodig hebben.	Behandeling met of zonder verblijf, begeleiding met of zonder verblijf.	Penitentiair psychiatrische centra (PPC's), aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) en aanbieders van beschermd en begeleid wonen.	Op basis van dbbc's, zzp's en extramurale parameters.
Verdachten/veroordeelden die geestelijke gezondheidszorg en/of gehandicaptenzorg nodig hebben.	Behandeling en/of begeleiding met of zonder verblijf.	• ggz-aanbieders • Reguliere aanbieders voor verslavingszorg • Forensisch psychiatrische klinieken (FPK's) • Forensische verslavings-klinieken (FVK's) • Forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) • Forensische verslavingsafdelingen (FVA's) • Forensisch psychiatrische poliklinieken (FPP's) • Aanbieders van beschermd en begeleid wonen • VG-instellingen, waaronder SGLVG +-instellingen	Zorg met verblijf: Op basis van dbbc's en zzp's (vg & ggz-c). Zorg zonder verblijf (ambulante zorg): Op basis van extramurale parameters en dbbc's.

Figuur : Patiëntgroepen en zorgaanbieders (NZA, 2017)

BIJLAGE 6: TOPICLIJST

Topics: ondernemerschap (markt-, gemeenschaps- en intern gericht), betekenisgeving, rolopvatting, roluitvoering, succesvol en falend ondernemerschap, bevorderende en belemmerende factoren, dilemma's en ondernemerschap als antwoord op de strategische opgaven.

1. Introductie van het interview.
2. Algemene gegevens van de respondenten (functie, organisatie en achtergrond).
3. Noemt u eens drie dingen waar u het afgelopen jaar van wakker heeft gelegen?
4. Welke strategische vraagstukken zijn voor u belangrijk? Wat staat er bovenaan?
5. Ondernemerschap (algemeen)
 - Welke betekenis geeft u aan ondernemerschap?
 - In welke mate ervaart u verschil tussen het belang dat u hecht aan ondernemerschap en de mate waarin u ondernemerschap kunt uitoefenen?
6. Ondernemerschap bestuurder
Toelichting op marktgericht, gemeenschapsgericht en intern gericht ondernemersgedrag (Putters). Welke strategie is leidend binnen uw invulling van ondernemerschap?
7. Welke voorbeelden kent u van succesvol en/of falend ondernemerschap?
 1. het creatief omgaan met beperkte middelen
 2. het optimaliseren van werkprocessen
 3. het initiëren van commerciële activiteiten
 4. het stimuleren van professionals om te innoveren
 5. het aangaan van samenwerkingsrelaties om aan de regionale zorgvraag tegemoet te kunnen komen
 6. het aanboren van nieuwe markten.
8. Wat waren voor u bevorderende en belemmerende factoren ?
9. Wat waren uw eigen dilemma's?
10. In hoeverre draagt uw ondernemerschap bij aan de strategische opgaven?
11. Welk beeld komt er bij u op als u denkt aan uw eigen ondernemerschap?
12. Afronding/afsluiting

BIJLAGE 7: EMAILBERICHT RESPONDENTEN

Betreft: Interview voor thesis Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Geachte heer/mevrouw,

Sinds september 2016 volg ik de Master of Health Business Administration (MBA-health) aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. De laatste fase is aangebroken, het schrijven van de thesis. Mijn onderzoeksonderwerp gaat over ondernemerschap in de forensisch psychiatrische zorg, ondernemen tussen Zorg en Recht dus. In mijn onderzoek komen directeuren en bestuurders van instellingen voor forensisch psychiatrische zorg zelf aan het woord in interviews. Ik ben geïnteresseerd in de invulling die u vanuit uw rol als eindverantwoordelijk directeur of bestuurder geeft aan ondernemerschap, de ruimte die u ziet en neemt voor ondernemerschap, voorbeelden van succesvol en minder succesvol ondernemen en de resultaten die ondernemerschap opleveren. Ook bevorderende en belemmerende factoren komen aan bod in het vraaggesprek.

Ik stel het enorm op prijs als u uw medewerking wil verlenen aan mijn onderzoek. Het interview is face-to-face en kan op uw werklocatie plaatsvinden. Het interview wordt opgenomen met een digitale voice-recorder, duurt maximaal een uur en de resultaten worden anoniem verwerkt.

In de loop van volgende week neem ik telefonisch contact met u op om eventuele vragen nader toe te lichten en om een afspraak te maken. Bij voorbaat wil ik u buitengewoon dank zeggen voor uw interesse en tijd om uw kennis over en ervaring met dit boeiende onderwerp te willen delen.

Met vriendelijke groet,
Ingrid Dekker MA

T: 06-31644169
M: ingrid.dekker@planet.nl.

