



# Wijk-governance ‘in the making’: het verplaatsen van zorg en ondersteuning naar wijken

---

*Uitvoering:*

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Sectie: Healthcare Governance  
Erasmus Universiteit  
Juni 2014

*Onderzoekers:*

Lieke Oldenhof MA en MSc  
Email: oldenhof@bmg.eur.nl  
Prof dr. Roland Bal  
Email: r.bal@bmg.eur.nl

*Opdrachtgever:*

De Academische Werkplaats CEPHIR  
Onderzoek in het kader van het Klein Maar Fijn Project, ZonMw

*Maatschappelijke vragensteller:*

Samen één in Feijenoord

Introductie.....	3
Wijkgericht Werken: ‘Samen één in Feijenoord’.....	3
Onderzoeksvragen.....	4
Doelstelling rapport: beschrijving van zoekproces wijkgerichte samenwerking & aanbevelingen.....	5
Methoden.....	5
Outline rapport.....	6
1. Wijk-governance ‘in the making’.....	7
1.1 Verschillende logica’s van wijk-governance.....	8
1.2. Normatieve vraagstukken in wijk-governance.....	9
1.2.1 Welke wijken verdienen aandacht (en welke niet)?.....	9
1.2.2. In- en exclusie: wie mag mee doen?.....	11
1.2.3 Sociale wijkteams: het ei van Columbus?.....	13
1.2.4 Preventie: de rafelrand van verschillende wetten opzoeken?.....	14
1.2.5 De positionering van de wijkverpleegkundige?.....	16
1.2.6 De generalistische wijkprofessional of de specialist?.....	18
1.2.7 Uniform beleid of lokale verschillen?.....	19
1.2.8 Wat zijn goede sturingsinstrumenten?.....	21
1.3 De wijk & andere schaalgroottes van beleid.....	22
1.4 Institutional layering: de wijk als nieuwe bureaucratische laag.....	23
1.5. Samen één in Feijenoord: verbinden van gefragmenteerde wijkinitiatieven.....	25
2 Casus Multifunctionele Accommodatie ‘t Slag: professioneel grenzenwerk & overkoepelende wijkinfrastructuur.....	27
2.1 Over waarden en waardering van een gebouw.....	28
2.1.1. Waarden in het ontwerp van ‘t Slag.....	28
2.1.2 Waardering & lezing van ‘t Slag door bezoekers.....	30
2.1.3 Waardering en lezing van MFA ‘t Slag door professionals en managers.....	34
2.2. Ontkokeren: multidisciplinaire samenwerking tussen professionals.....	40
2.2.1 Fysieke nabijheid: niet de enige factor die meespeelt bij samenwerking.....	40
2.2.2 Sociale nabijheid en afstand.....	43
2.2.3 Multiproblematiek vereist grenzenwerk tussen professionele domeinen.....	45
2.2.3 De rol van grensobjecten bij grenzenwerk.....	48
2.3 ‘t Slag: een gedeelde wijkinfrastructuur.....	51
2.3.1 Professioneel wijknetwerk: netwerklunches.....	51
2.3.2 Beleidsmatig wijknetwerk: Samen één in Feijenoord.....	53
Conclusie en aanbevelingen.....	54
Literatuur.....	62

## Introductie

Deze introductie begint met een korte achtergrondschets van het wijknetwerk 'Samen één in Feijenoord' & het maatschappelijk krachtenveld waarin dit netwerk zich op dit moment bevindt. Vervolgens wordt op basis van dit maatschappelijk krachtenveld centrale onderzoeksvragen geformuleerd die in dit onderzoeksrapport van iBMG beantwoord worden.

### Wijkgericht Werken: 'Samen één in Feijenoord'

In Feijenoord zijn uiteenlopende organisaties actief op het gebied van wonen, welzijn, zorg, onderwijs en participatie. Sinds 2007 werken veel van deze organisaties samen in het organisatie netwerk 'Samen één in Feijenoord'. Het doel van dit netwerk is om de gezondheid en kwaliteit van leven van wijkbewoners van Feijenoord te verbeteren door middel van wijkgerichte samenwerking tussen verschillende organisaties en vanuit verschillende sectoren in een goed georganiseerd, lokaal netwerk. Dankzij verbindingen tussen organisaties en sectoren kan een geïntegreerd zorg- en dienstenaanbod worden ontwikkeld in de deelgemeente. Integratie van verschillende diensten is in het bijzonder van belang voor wijkbewoners met multi-problematiek, die relatief veel aanwezig zijn in de deelgemeente Feijenoord.<sup>1</sup>

Onder het samenwerkingsverband Samen één in Feijenoord zijn de laatste jaren netwerkbijeenkomsten georganiseerd voor organisaties en uiteenlopende projecten gerealiseerd. Voorbeelden van gerealiseerde projecten zijn: de bouw van diverse gezondheidscentra, de Multifunctionele Accommodatie 't Slag<sup>2</sup>, de gehonoreerde aanvraag van het project Zichtbare Schakels, het Praktijkhuis<sup>3</sup> en verschillende projecten gericht op leefstijl en preventie, maar ook armoede en laaggeletterdheid. Recentelijk heeft het Jan van Es Instituut de "Eerstelijns Transformatie Prijs 2012" uitgereikt aan Samen één in Feijenoord vanwege de vernieuwende en geïntegreerde bijdrage aan wijkgericht werken. Deze prijs werd o.a. toegekend doordat Samen één in Feijenoord extern geëvalueerd was door het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg.

Het netwerk van 'Samen één in Feijenoord' (SEF) moet zich verhouden tot een dynamisch, maatschappelijk krachtenveld waarin de gemeente Rotterdam en de gebiedscommissie Feijenoord belangrijke spelers zijn. De decentralisaties op het vlak van werk, jeugd en ondersteuning vormen voor de gemeente Rotterdam een belangrijke impuls om, tezamen met zorgverzekeraars, een nieuwe infrastructuur in het sociale domein te ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn de opzet van 'sociale wijkteams', de

---

<sup>1</sup> Zie het visiedocument van Samen één in Feijenoord via website [www.sameneenfeijenoord.nl](http://www.sameneenfeijenoord.nl)

<sup>2</sup> In 't Slag zijn verschillende organisaties gevestigd waardoor een samenhangend aanbod van zorg en dienstverlening ontstaat: CJG, Bibliotheek, gezondheidscentrum, vraagwijzer, kinderopvang, ontmoetingscentrum voor ouderen, apotheek.

<sup>3</sup> In het Praktijkhuis ontwikkelen leerlingen van het Albada College, in het kader van hun opleiding, een activiteitenprogramma gericht op leefstijl dat wordt aangeboden aan jongeren in de leeftijd tot en met 12 jaar.

ondersteuning van buurtnetwerken, de inzet van nieuwe verbindende wijkprofessionals en het gemeentelijke convenant met Achmea en VGZ. Een belangrijke uitdaging voor SEF is om deze nieuwe gemeentelijke initiatieven te verbinden met bestaande wijkgerichte initiatieven, zodat overlap in sociale infrastructuur zoveel mogelijk kan worden voorkomen. Ook binnen het netwerk van SEF is er de nodige dynamiek vanwege de bezuinigingen waarmee veel dienstverlenende organisaties te maken hebben. Hierdoor is het de vraag of organisaties juist de meerwaarde van een gedeeld netwerk blijven inzien of zich meer gaan richten op interne reorganisaties en het verstevigen van de eigen concurrentiepositie.

Kortom, deze ontwikkelingen in het maatschappelijk krachtenveld genereren bepaalde kansen voor samenwerking en verbinding op wijkniveau, maar ook risico's voor gefragmenteerd beleid en dienstverlening. Het is dus belangrijk voor het netwerk van SEF om te achterhalen op welke terreinen het nuttig is om de verbinding te zoeken in samenwerking en op welke terreinen het zinnig is om afzonderlijk en meer gespecialiseerd te werk te gaan. Tevens is een centrale uitdaging voor SEF om de gelaagdheid van samenwerking – i.e. de verschillende schaalgroottes van samenwerking (nationaal/regio/stad/gemeente/voormalig deelgemeente/wijken) – nog beter te benutten en op elkaar af te stemmen. Inzichten in de randvoorwaarden voor succesvolle verbindingen kan ervoor zorgen dat SEF als netwerk beter kan sturen op wijkgerichte uitkomsten.

### Onderzoeksvragen

Gezien de huidige verschuivingen in het maatschappelijk krachtenveld heeft Samen één in Feijenoord (SEF) als wijkgericht netwerkverband te maken met verschillende uitdagingen die ook vragen oproepen. Hoe kan SEF als netwerkverband de verschillende wijkgerichte initiatieven van veldpartijen en gemeenten verbinden zodat gemeenschappelijk hulpbronnen worden benut en er geen overbodige infrastructuur wordt gecreëerd? Hoe kan gestuurd worden op succesvolle wijkgerichte samenwerking door middel van fysieke gebouwen? Welk type verbindingen zijn hiervoor nodig? En in welke gevallen is er geen verbinding en wijkgerichte samenwerking nodig?

Deze praktijkvragen zijn hieronder vertaald naar verschillende onderzoeksvragen, die aansluiten aan voortbouwen op bestaand onderzoek van iBMG naar Wijkgericht Werken (2012 & 2013):

Op macro niveau: analyse van wijkgovernance

- Welke verschillende logica's van wijkgericht werken bestaan er bij veldpartijen en is het nodig deze logica's beter met elkaar te verbinden?
- Hoe verhoudt een wijkgerichte aanpak van zorg en ondersteuning zich tot beleid dat is ontwikkeld op andere schaalgroottes (stedelijk, regio)?
- Wanneer is het nuttig om te verbinden en samen te werken en wanneer niet?

Op micro niveau: case-study fysieke samenwerking: MFA 't Slag

- Welke typen verbindingen worden gecreëerd in de Multifunctionele Accommodatie 't Slag en welke effecten hebben deze verbindingen voor burgers en hulpverleners?
- Wat zijn de belangrijkste randvoorwaarden voor succesvolle verbindingen in wijkgerichte gebouwen?

Adviesvraag Samen één Feijenoord:

- Welke praktische consequenties heeft dit onderzoek voor de verdere inrichting & organisatie van Wijkgericht Werken door Samen één in Feijenoord?
- Welke overkoepelende randvoorwaarden voor wijkgerichte samenwerking kunnen worden geïdentificeerd in Feijenoord, die in meer algemene zin van waarde kunnen zijn voor andere wijken?

### **Doelstelling rapport: beschrijving van zoekproces wijkgerichte samenwerking & aanbevelingen**

Dit rapport brengt het zoekproces van veldpartijen in kaart naar nieuwe wijkgerichte samenwerkingsverbanden en werkwijzen. De vorm en uitkomsten van deze samenwerkingsverbanden staan van te voren niet vast, maar komen incrementeel tot stand dankzij allerlei interacties tussen wisselende partijen. De worstelingen en uitdagingen van veldpartijen staan in dit zoekproces centraal.

Het rapport geeft daarnaast inzichten in verschillende typen verbindingen, de keuze voor samenwerking versus niet samenwerken, randvoorwaarden voor succesvolle verbindingen, en de gelaagdheid van samenwerking die leiden tot concrete aanbevelingen voor het management van SEF zodat de praktijk van Wijkgericht Werken kan worden versterkt en verbeterd.

### **Methoden**

Vanwege de explorerende aard van dit onderzoek, is voor een kwalitatieve opzet gekozen. Ten eerste is een breed palet aan veldpartijen geïnterviewd in Rotterdam die bezig zijn met de ontwikkeling van wijkgericht werken. In totaal zijn 37 personen geïnterviewd waaronder verschillende gemeenteambtenaren; een deelgemeentebestuurder, medewerkers van zorgverzekeraars Achmea en VGZ; professionals en managers van publieke dienstverleners (zorg, wonen, welzijn, onderwijs) en enkele vrijwilligers in een wijkcentrum. Op basis van deze interviews met veldpartijen is in kaart gebracht wat de verschillende logica's van wijkgerichte samenwerking zijn. In aanvulling op de interviews zijn, gedurende een tijdsbestek van een jaar, verschillende observaties uitgevoerd tijdens Topontmoetingen van SEF; stuurgroep overleggen; netwerkklunches; en gemeentelijke informatiebijeenkomsten over wijkgericht werken. De observaties dienden ter verdere verdieping van deze interviews.

Naast een brede verkenning van wijkgovernance is voor dit onderzoek een verdiepende casestudy uitgevoerd in de Multifunctionele Accommodatie 't Slag. In deze

casestudy is onderzocht welke rol een wijkgebouw speelt bij het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking tussen professionals. Ook is onderzocht in hoeverre MFA 't Slag een overkoepelende infrastructuur biedt voor professionals werkzaam in de omliggende wijken. Deze casestudy is op basis van interviews, observaties en documenten uitgevoerd.

### **Outline rapport**

Dit rapport bestaat uit twee kernhoofdstukken. Het eerste hoofdstuk beschrijft de verschillende logica's van wijkgoenance en de concrete vormgevingsvraagstukken die komen kijken bij wijkgovernance. Hierbij zal specifiek worden ingezoomd op de sociale wijkteams in Rotterdam en de consequenties voor bestaande infrastructuren in de wijk en de positie van zorg- en welzijnsaanbieders. Het tweede hoofdstuk zoomt in op de fysieke kant van wijkgerichte samenwerking op basis van een casestudy naar MFA' t Slag. Het onderzoeksrapport eindigt met een conclusie en enkele aanbevelingen gericht aan Samen één in Feijenoord.

## 1. Wijk governance 'in the making'

Wijkgericht Werken is niet een uniek Nederlands fenomeen. In Engeland heeft de Britse premier Cameron bijvoorbeeld de gedachte van 'big society' geïntroduceerd. Met de 'big society' wordt een decentralisatie van verantwoordelijkheden bepleit: niet de centrale overheid, maar de lokale samenleving is verantwoordelijk voor de oplossing van problemen. Hiermee is de focus meer komen te liggen op lokaal bestuur en wijkinitiatieven. Ook in Nederland is wijkgericht werken populair: zowel bij de rijksoverheid als bij gemeenten en publieke dienstverleners. Er bestaan verschillende invullingen en voorbeelden van wijkgericht werken, zoals het krachtwijkenbeleid, Buurtzorg, de herintroductie van de wijkverpleegkundige (Zichtbare Schakels), en Eigen Kracht Conferenties. Hierbij gaat het om een variëteit aan wijkinitiatieven: soms top-down geïnitieerd en/of gefinancierd door de Rijksoverheid (krachtwijkenbeleid; Zichtbare Schakels) en soms bottom-up ontwikkeld (Buurtzorg). De ene keer betreft het nieuwe vormen van professionele dienstverlening (Zichtbare Schakels; Buurtzorg), de andere keer wordt een groter beroep gedaan op eigen regie van burgers (Eigen Kracht conferenties).

Om tot een afbakening te komen van wijkgericht werken, wordt gebruikt gemaakt van bestaande literatuur. Wijkgericht werken wordt in verschillende studies aangeduid met de term 'neighbourhood governance' (Purdue 2001; Lowndes and Sullivan 2008; Durose and Lowndes 2010; Davies and Pill 2012; Griggs and Roberts 2012). Lowndes & Sullivan geven een bruikbare definitie van 'neighbourhood governance'. Zij definiëren 'neighbourhood governance' als 'arrangementen voor publieke dienstverlening en collectieve besluitvormingsprocessen op sublokale schaal' (2008). Hierbij is volgens de auteurs sprake van een decentralisatie van autoriteit en verantwoordelijkheden naar wijken. De auteurs benadrukken dat 'neighbourhood governance' een andere manier van organiseren en sturen inhoudt. Wederzijdse afhankelijkheden tussen publieke en private partijen maakt dat samenwerking vaker wordt vormgegeven in lokale samenwerkingsverbanden, netwerken en vormen van co-creatie (ibid). Tegelijkertijd benadrukken sommige auteurs dat 'neighbourhood governance' niet automatisch een afwezigheid van de overheid (rijk, provincie, gemeente) of centrale sturing inhoudt (Pill and Bailey 2012). De overheid blijft vaak sturen door wijkinitiatieven te financieren en eisen te stellen aan de uitvoering ervan. Hierdoor blijft een afhankelijkheidsrelatie bestaan ten opzichte van centrale overheden (ibid.).

Vanuit de definitie van 'neighbourhood governance' van Lowndes & Sullivan (2008), bekijken wij in dit rapport de ontwikkelingen van wijkgericht werken in de stad Rotterdam en de voormalig deelgemeente Feijenoord. Hierbij richten we ons allereerst op de verschillende logica's die onderliggend zijn aan wijk governance (1.1). Daarna zoomen we in op enkele normatieve vraagstukken van wijk governance die zich op dit moment voordoen bij de gemeentelijke vormgeving van sociale wijkteams. Deze hervorming heeft ook gevolgen voor zorg- en welzijnsaanbieders en bestaande wijkinfrastructuren. Vervolgens bespreken we het risico van 'institutional layering' (Van de Bovenkamp et al. 2013), en de bijdrage van het bottom-up wijknetwerk Samen één in Feijenoord aan het verbinden van verschillende wijkinitiatieven.

## 1.1 Verschillende logica's van wijk-governance

Omdat er uiteenlopende verwachtingen bestaan van de wijk, onderscheiden we de belangrijkste onderliggende logica's van wijk-governance. Een logica is een samenhangend ordeningsprincipe, waaruit bepaalde keuzes en handelingsrepertoires voortvloeien voor professionals, managers, burgers, en gemeentelijke beleidsmakers (Mol 2006). De hieronder beschreven logica's zijn overwegend generiek van aard (RMO 2008; Lowndes & Sullivan 2008), maar hebben wel een eigen 'couleur locale' doordat zij zijn gebaseerd op interviews in Rotterdam met de gemeente, verzekeraars, en publieke dienstverleners in sectoren als zorg, welzijn, wonen en onderwijs.

Logica	Definitie	Voorbeelden	Voordelen	Nadelen
<b>Professionele logica</b>	De wijk als werkterrein van professionals	Zichtbare Schakels; Buurtzorg, Even Buurten Spillen; wijkleerbedrijven (Albeda college); sociale wijkteams; generalistische wijkprofessionals	Nabijheid  Korte lijnen  Lokaal signaleren van problemen	Wijktunnelvisie  Uitsluiting van burgers op basis van postcodebeleid
<b>Beleid logica</b>	De wijk als plek om publieke diensten en voorzieningen te ontkokeren en integreren	Generalistisch werken; 1 centraal loket; '1 gezin, 1 plan, 1 coördinator' methodiek; intersectorale stuurgroepen; intersectorale netwerkverbanden zoals Samen één in Feijenoord (SEF)	Minder doorverwijzingen van burgers  Minder fragmentatie  Holistisch denken	Wijk als nieuwe bureaucratische laag  Frontstage ontkokeren, maar niet backstage (e.g. gemeentelijke diensten)  Verlies van gespecialiseerde vak expertise
<b>Burger logica</b>	De wijk als plek van ontmoeting, sociale cohesie en eigen regie burger	Wijkcentra die grotendeels in zelfbeheer zijn van vrijwilligers, zoals "De Proeftuin"; LETS cirkels; maatjesprojecten; opzomerdagen	Empowerment  Eigen kracht	Overvraging van burgers zonder netwerk  Formaliseren van informele verbanden
<b>Financiële logica</b>	De wijk als schaal voor substitutie, integrale financiering en efficiëntiewinst	Populatiebekosting; integrale wijkbudgetten; wijkaanbestedingen; substitutie van 2 <sup>e</sup> door 1 <sup>e</sup> of 0 <sup>e</sup> lijn	Minder zorgkosten  Gefocust wijkbeleid	Te optimistische inschattingen kostenreductie  Lastig meetbaar maken van



				maatschappelijk rendement
--	--	--	--	---------------------------

In de praktijk manifesteren deze logica's zich zelden in een 'pure' vorm. Er is vaak sprake van een mengvorm van verschillende logica's. Zo stellen Tonkens en Hurenkamp bijvoorbeeld dat 'onbevlekt burgerschap' een illusie is: vaak zijn burgerinitiatieven tot stand gekomen met hulp van professionals of gemeentelijke co-financiering (Hurenkamp en Tonkens 2011). Dit doet niet af aan de kwaliteit van burgerinitiatieven, zo stellen de auteurs. Ook in Rotterdam zien we dat er allerlei combinaties worden gemaakt tussen verschillende logica's. Wijkcentrum de Proeftuin in Feijenoord is een mooi voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen verschillende financiers (o.a. gemeente, woningbouw, burgers die huur betalen voor het gebruik van het centrum), professionals en vrijwilligers. Het wijkcentrum wordt hoofdzakelijk gerund door vrijwilligers, maar deze worden ondersteund door enkele professionals die financiële zaken afhandelen en eindverantwoordelijkheid dragen. Ook de sociale wijkteams zijn een goed voorbeeld van de combinatie van verschillende logica's. De professionals in het wijkteam hebben een bepaalde wijk als werkterrein (professionele logica). Daarnaast wordt verwacht dat zij integraal burgers ondersteunen (beleidslogica van ontkokering) en dat zij regie van eigen burgers aanspreken (burger logica). Hierdoor verwacht de gemeente kosten te kunnen reduceren (financiële logica).

## 1.2. Normatieve vraagstukken in wijk-governance

Bij de vormgeving van wijk-governance in Rotterdam spelen op dit moment verschillende vraagstukken. De gemeentelijke transities in het sociale domein, en in het bijzonder de opzet van sociale wijkteams, roepen veel vragen op: niet alleen bij de gemeente zelf, maar ook bij publieke dienstverleners, zoals zorg- en welzijnsaanbieders. De vragen lijken in eerste instantie operationeel en soms wat technisch van aard: e.g. hoe moeten wijkteams ingericht worden? Wat is de 'span of control' van een wijkteam? Wat is de positie van de wijkverpleegkundige? En hoe verhoudt het wijkteam zich tot bestaande infrastructuur in de wijk? Echter, aan deze operationele vragen liggen belangrijke normatieve discussies ten grondslag over wat bijvoorbeeld een 'goede' wijkprofessional is; welke wijken aandacht 'verdienen' (en welke niet); wat 'acceptabele' en 'wenselijke' verschillen zijn in ondersteuning van burgers; en welke organisaties 'mogen' meedoen in de wijk. We lichten de belangrijkste vraagstukken kort toe in de volgende paragrafen. Het doel is niet om een concreet antwoord te geven op deze vragen, maar vragen bloot te leggen en daardoor bespreekbaar te maken voor verdere discussie.

### 1.2.1 Welke wijken verdienen aandacht (en welke niet)?

Bij het opzetten van een nieuwe infrastructuur voor het sociale domein, heeft de gemeente Rotterdam in eerste instantie het plan opgevat om in 42 wijken sociale

wijkteams op te zetten. Deze indeling was gebaseerd op het idee dat er een volledige dekkingsgraad moest zijn van de stad Rotterdam. Tijdens de ontwikkeling van de wijkteams kwam de gemeente langzamerhand terug op deze eerste indeling. Heeft elke wijk wel een wijkteam nodig? En als dat niet het geval is: welke wijken verdienen dan de aandacht?

*“Het hele financiële aspect van “wat kost het en wat levert het ons op”, dat is natuurlijk een hele relevante discussie (...). En dus niet denken van: “we gaan er 42 doen, maar wat is er nou eigenlijk echt nodig?” Daar begint die ommezwaai ook al: voor wie ben je er nu eigenlijk, echt? Dus ja, dat vraagt ook wel een wat gewijzigde instelling. Interviewer: want was eigenlijk het idee eerst we hebben 42 wijken dus 42 wijkteams? Gemeenteambtenaar: “ja dat is allemaal gebaseerd op studies, sociale index, een aantal parameters, van hoe goed of hoe slecht gaat het in een bepaalde wijk, en ook een zekere dekkingsgraad over de hele stad. Nou ja, dat moeten we gewoon gaan loslaten, ook daar moeten we heel pragmatisch mee omgaan: waar is zorg nodig? Welk type zorg dan? Ga daar dan organiseren. En als we dan met elkaar concluderen in een bepaalde wijk is er een heel dicht netwerk met allerlei informele en formele instellingen, daar hoef je als gemeente niet zoveel te interveniëren, dan moet je ook durven zeggen, nou daar gaan we dan geen wijkteam organiseren.” (gemeente Rotterdam)*

Over de vraag welke wijk een wijkteam verdient, wordt verschillend gedacht. Zorgverzekeraar Achmea geeft aan dat zij voornamelijk kijkt naar de hoogte van zorgkosten en zorgconsumptie in wijken, terwijl de gemeente focust op welzijnskosten, SES, leefbaarheid en criminaliteit:

*“Rotterdam kijkt heel anders naar wijken dan wij. Wij kijken naar zorgkosten en naar zorgconsumptie. En zij kijken naar hoe is de cohesie en wat voor sociale problemen lopen er. Die zien wij eigenlijk niet. Dus wij gaan met Ommoord. Ommoord, ja officieel, de oudste wijk van Nederland, het aantal 65+ is meer dan 23% in die wijk, nou daar wilden wij wat mee, want dat gaat daar echt problemen geven. En dat hebben we, daar zijn ze ook mee akkoord gegaan (...). Het meest extreme voorbeeld in deze stad, dat is Delftshaven. Dat is voor ons de meest perfecte zorgconsumptiewijk van Rotterdam, dat gelooft niemand, maar dat is zo. Die lopen volledig in de pas: dat doet geen wijk- deelgemeente ze na. Terwijl het een slechte wijk is. (...). Volgens de gemeente is het een groot zorgenkind. Veel criminaliteit, slechte huizen, lage SES.”*

Bij de selectie van wijken voor een pilot wijkteam, is de gemeente Rotterdam in de convenanten met VGZ en Achmea uitgekomen op een compromis, waarbij zowel hoge zorgkosten als welzijnsproblemen zijn meegenomen. Hierbij geeft VGZ wel aan dat zij ook een pragmatische keuze maken. De verzekeraar selecteert alleen wijken waar zij veel eigen verzekerden heeft zitten:

VGZ: *“Wij zijn heel maatschappelijk verantwoord, maar als wij maar 2 verzekerden hebben en 12.000 van Achmea, dan ga ik daar geen wijkteam opzetten. Wij zoeken dan wel uit: in welke wijken zien wij significant hoge zorgkosten en zitten daar dan ook veel van onze verzekerden, dan gaan wij daar wijkteams opzetten in samenwerking met de gemeente.”* (VGZ)

Dit roept dus de vraag op of wijken die verdeeld zijn qua marktaandeel tussen verschillende verzekeraars ook aantrekkelijk worden bevonden voor het opzetten van wijkteams. In ieder geval speelt hierbij mee dat verschillende actoren andere definities hanteren van problemen en daarmee tot andere inschattingen komen van waar interventies nodig zijn; compromissen tussen deze verschillende definities zijn dan nodig.

### 1.2.2. In- en exclusie: wie mag mee doen?

De gemeente Rotterdam heeft een bepalende rol bij de herordening van het sociale domein en in het bijzonder de invulling van de sociale wijkteams. In Rotterdam heeft de gemeente een duidelijke keuze gemaakt om alleen gemeentelijke welzijnspartijen in de sociale wijkteams op te nemen (met uitzondering van de wijkverpleegkundige die aangehaakt is bij het wijkteam). AWBZ partijen, zoals ouderenzorg, thuiszorg, GGZ en gehandicapten organisaties, werden bewust buiten het sociale wijkteams gehouden omdat zij te veel financiële belangen zouden hebben:

*“Er zitten enorme belangen bij de grote zorginstellingen, in de meest brede zin, want die zien natuurlijk met dit hele nieuwe gebeuren denk ik wel een groot deel van hun omzet afnemen, dus daar gaat het ook weer om geld.”*  
(gemeenteambtenaar bij de GGD)

*“Dat ligt een beetje gevoelig want de spanning die er zit tussen het wijkteam en het wijknetwerk is dat in het wijkteam geen AWBZ partners zitten. En dat is een bewuste keuze van de gemeente, omdat wij niet met het kalkoen aan het kerstdiner willen zitten (...). Dat heeft ermee te maken als zo'n wijkteam indicaties gaat stellen dan ben je ook je eigen poort tot zorg, en dan kan je daarmee je eigen indicaties gaan stellen als er een zorgpartij inzit.”* (gemeenteambtenaar A, GGD)

Door zorgpartijen buiten te sluiten, heeft de gemeente het idee controle op de zorgkosten te houden:

*“Voorheen was het zo dat gewoon een Bouwman GGZ kon zeggen van “jongens, ik vind dit en dit nodig”. Ja, zo gaat het zo meteen niet meer. Wij zijn zo meteen de verdeler van het geld, en op het moment dat je de invloed laat zoals hij is, kun je geen controle houden op de zorgkosten.”* (gemeente, afdeling Maatschappelijke Ondersteuning)

Aanvankelijk waren AWBZ partijen wel betrokken bij gemeentelijke overleggen over het gemeentelijke toegangsmodel en de opzet van wijkteams. Maar toen de gemeente ervoer dat AWBZ partijen teveel 'the lead' namen bij de invulling van de wijkteams, is besloten het ontwerp van de wijkteams meer naar zich toe te trekken, aldus een ambtenaar van de GGD:

*“De ConFortegroep is de koepelgroep van WT organisaties: dus de Laurens’, de ThuiszorgRotterdams, de Aaffes, die zitten er allemaal onder. En die willen heel graag zelf dat wijkteam gaan vormgeven. Dus zij hadden zoiets van “ja dan regelen wij het wel”. (...) En toen hebben wij toch gezegd “nee dat doen we niet”. En dat is natuurlijk een beetje pijnlijk.” (gemeenteambtenaar A, GGD)*

*“Eigenlijk was de houding van de aanwezigen: laat ons het maar organiseren. En die hebben ook al mailtjes gestuurd intern, van kunnen jullie vanuit ConForte bijvoorbeeld in je eigen organisatie kijken, wie geschikt is om in zo’n wijkteam te zitten? Die wilden de hele organisatie en alles, alsof het al bij hen lag, al ondernemen” (gemeenteambtenaar B, GGD)*

Vanuit de financiële logica is dit een begrijpelijke keuze: het beleid laten maken door de belanghebbende partijen maakt het immers moeilijk tot kostenbesparingen te komen. Vanuit de professionele logica levert dit echter problemen op. Kennisdeling tussen de gemeente en AWBZ gefinancierde instanties, die veel expertise in huis hebben over specifieke doelgroepen en ziektebeelden, wordt hiermee immers bemoeilijkt:

*“Op zich wilden wij hun kennis natuurlijk ook. En wilden wij ook hun meedenken en expertise. Maar omdat ze het teveel naar zich toenamen, kon het ineens niet meer (...). Toen moesten wij weer grenzen stellen.” (gemeente, GGD)*

In de interviews die voor dit onderzoek zijn gevoerd, geven zorg- en welzijnsinstanties aan dat de gemeente voor hen gevoel erg top-down de vormgeving van het sociale domein heeft ingevuld. Hierbij zou volgens de geïnterviewden onvoldoende rekening zijn gehouden met wat er al aanwezig is in de wijk aan kennis en lokale samenwerkingsverbanden. De gemeente wordt hierbij gezien als een bepalende partij die ten dele (bewust) op afstand blijft. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de gemeente verschillende informatie-bijeenkomsten heeft gehouden over de sociale wijkteams het afgelopen jaar, die drukbezocht werden door zorg- en welzijnsinstellingen. Deze bijeenkomsten riepen echter wel veel verwarring op bij veel aanwezigen, zoals blijkt uit de volgende veldaantekeningen:

Er komen veel vragen uit de zaal over de manier van aansturing van de gemeente: *“is de gemeente geen nieuwe blauwdruk aan het opleggen met de wijkteams?”* Professionals in de zaal benadrukken dat zij al het vertrouwen en contact hebben met burgers, dat moet benut worden door de gemeente. Ook geven verschillende vragenstellers aan verward te zijn door de presentaties van

de gemeente en Achmea over 'Children Zones', wijkteams volwassenen en wijkteams jeugd. Iemand uit de zaal: *"ik ben een beetje de weg kwijt. Er is al zoveel in de wijk, allerlei instanties, netwerken etc. Wat is het verband met de wijkteams?"* Een gemeenteambtenaar antwoordt: *"we willen het als gemeente niet overnemen hoor, we maken dankbaar gebruik van wat er al is."* (aantekeningen van bijeenkomst wijkteams 10 september 2013).

Sinds januari 2014 zijn 10 wijkteams gestart in de gemeente Rotterdam. De invulling is dus concreter geworden omdat duidelijk is welke professionals deelnemen aan de sociale wijkteams. Toch blijft er nog veel onzekerheid bestaan over de verhouding tussen de wijkteams en de aanwezige zorg- en welzijnsaanbieders in de wijk: wat is een wijkteam precies? Hoe verlopen doorverwijzingen? En hoe verhoudt het bestaande netwerk van aanbieders in de wijk zich tot het wijkteam? De spanning tussen de financiële en professionele logica blijft hiermee vooralsnog bestaan. Ten slotte is opvallend dat onderwijspartijen al connecties hebben gemaakt met enkele wijkteams. Wijkleerbedrijven van MBO-instellingen kunnen stagiaires leveren die aanvullend werk verrichten ten opzichte van wijkteams, zoals het doen van boodschappen. Zo doen leerlingen relevante werkervaring op in de praktijk en kunnen professionals in het sociale wijkteams deels ontlast worden. Deze initiatieven bestaan op zeer kleine schaal, maar verdienen bij de verdere ontwikkeling van wijkteams de aandacht.

### 1.2.3 Sociale wijkteams: het ei van Columbus?

De verwachtingen bij de gemeenten en verzekeraars ten opzichte van de sociale wijkteams zijn hooggespannen. De wijkteams moeten niet alleen 'ontkokerend werken', maar ook kosten reduceren en de eigen kracht van burgers aanspreken. Deze hoge verwachtingen kunnen ook misleidend zijn, aldus een gemeenteambtenaar, omdat de daadwerkelijke focus meer op de wijknetwerken zou moeten liggen:

*"Alsof dat (het sociale wijkteam, LO) het ei van Columbus is voor al onze problemen in de stad, dan denk ik "nou kom op zeg je moet wel meer doen dan dat". Nee, eigenlijk is dat wijknetwerk belangrijker. Daar zit het eigenlijk. Alleen als gemeente kun je daar niet op sturen. Een netwerk erom heen is natuurlijk veel belangrijker."*  
(gemeenteambtenaar B, GGD)

In de deels ongrijpbare transitie die nu gaande zijn, zijn de sociale wijkteams dus een concreet sturingsinstrument voor de gemeente. Verschillende doelen worden ook op het sociale wijkteam geprojecteerd. Van hen wordt verwacht dat zij zich focussen op 'multi-problematiek' in het algemeen:

*"Je kent de piramide van Kriens? Van de kwetsbare dertigduizend, daaronder honderdtwintigduizend. Mensen met meervoudige problematiek, maar die nog wel in staat zijn om de regie over het leven te voeren. Daaronder de grootste groep van vierhonderd vijftigduizend, die wel eens een probleem hebben, maar in staat zijn*

*om dat volledig zelfstandig op te lossen. Wijkteams richten zich op die middengroep van honderdtwintigduizend.” (Gemeenteambtenaar, afdeling Maatschappelijke Ondersteuning)*

Tegelijkertijd bestaat ook de verwachting dat de sociale wijkteams zich richten op specifieke doelgroepen, zoals fraudeurs, mensen met obesitas en zorgmijders:

*“Lastig dat er nog weinig kaders zijn eigenlijk. Alles mag eerlijk gezegd, wat wij aanpakken. Soms verwacht de politiek wel meer bemoeizorg van ons. Dat wij ook als wij fraude zien..., daar hebben hulpverleners echt heel veel moeite mee. Daar moeten wij echt aan wennen (...). Je wil eigenlijk hulpverlenen en geen verklipper zijn ofzo. Dat was altijd heel erg uit elkaar. Maar eigenlijk krijgen wij die rol veel meer ook.” (teamleider sociaal wijkteam A)*

*“En met zaken die vastlopen in de hulpverlening. Die in dozen gaan. Die worden ook naar ons gezet om te kijken: kan dat wijkteam dat óók niet? (...). En dan heb je ook nog zo’n Achmea die met gezondheid, dat vind ik ook een belangrijke, maar wel heel veel. En die ambtenaren willen van alles dat je uitwerkt.” (teamleider sociaal wijkteam A)*

*“Je hebt Lokaal Zorg Netwerk, dat gaat over zorgmijders. Sommige casussen komen uiteindelijk toch bij ons (...). Wij gaan wel experimenteren hoe ver wij kunnen komen. Ook in het wijkteam. Dus er worden casussen daar vandaan ook bij ons uitgeprobeerd. We zullen het zien. Overlast in de straat. Dat is echt zo’n nummer één tot zeventien. Daar is nu een heel erg groot overleg over op het Stadhuis. Daar ga ik ook naar toe. Dan zijn wij de ‘good guys’ zeg maar. Wij gaan uitproberen of dat kan.” (teamleider sociaal wijkteam A).*

Deze stapeling van verwachtingen & doelen kan leiden tot overbevraging van sociale wijkteams. Sociale wijkteams werken met gedetacheerde parttime krachten die ook nog bij hun eigen moederorganisatie werken. Daarnaast hebben wijkteams over het algemeen een aanzienlijk ‘span of control’ (10-15.000 wijkbewoners). Op een meer fundamenteel niveau is het bovendien de vraag of verwachtingen van ontkokering überhaupt waargemaakt kunnen worden (RMO 2008). Een wijkgerichte aanpak van problemen is – evenals een doelgroepenbeleid of een sectorale aanpak – een ordeningsprincipe dat weer nieuwe kokers in het leven roept (ibid.). Afstemming over wijken heen en tussen wijken en verschillende actoren die wijkoverstijgend werken – inclusief verschillende gemeentelijke diensten – blijft daarmee noodzakelijk.

#### **1.2.4 Preventie: de rafelrand van verschillende wetten opzoeken?**

Een belangrijke doelstelling bij de herziening van het zorg- en welzijnsdomein is preventie: het voorkomen van (zwaardere) problemen door vroeg in te grijpen of

preventief (gezondheids) beleid te ontwikkelen. In de gemeentelijke convenanten met de zorgverzekeraars wordt preventie als een belangrijk speerpunt benoemd. Hierbij speelt de vraag wie preventieve maatregelen moet financieren:

*“Je hebt natuurlijk rafelranden. Die blijf je houden. Rafelranden, wat gebeurt er vanuit de basisverzekering? Wat vanuit de AWBZ en wat vanuit de Wmo? En op die rafelranden moet je elkaar blijven vinden. Een van die rafelranden is natuurlijk preventie.” (gemeenteambtenaar A, GGD)*

Volgens VGZ vormen deze verschillende wetten ‘financiële schotten’ die tezamen een ‘Chinese muur’ zijn. Tegelijkertijd zijn de convenanten opgesteld vanuit de gedachte dat gemeenten en zorgverzekeraars een gezamenlijk (financieel) belang hebben bij preventie. Het voorkomen van problemen levert minder kosten op dan het reageren op escalerende problemen, zo is de gedachte. Het is dus belangrijk volgens partijen om ‘onterechte zorg’ te voorkomen: de inzet van medische zorg als de oorzaak sociaal is (e.g. schuld). Om ontorechte zorg te voorkomen is het volgens de zorgverzekeraars en de gemeente Rotterdam nodig om integraal te kijken naar de ondersteuning van burgers. VGZ verwoordt deze integrale manier van kijken als volgt:

*“Wij weten dat schuldenproblematiek een oorzaak is voor in ieder geval psychische klachten. Dan kan je dus gaan focussen op die psychische klachten, maar je kunt ook kijken: wat kunnen wij doen aan die schuldenproblematiek? Wie pakt daar dan wat in op? Wat kunnen wij dan als zorgverzekeraar? Dat is altijd minder dan de gemeente kan, omdat het ligt in het gemeentelijk domein. Maar samen kijken wij dan naar: hoe kunnen wij hier het liefste vanuit een integrale benadering (naar kijken, LO). Dus niet: schuldenproblematiek, laten wij (de gemeente, LO) maar doen, en aan de andere kant van de wijk gaan wij wat aan psychische problematiek doen (verzekeraar, LO). Nee, dan proberen wij dat wel zo integraal mogelijk op te pakken.” (VGZ)*

Hoewel ‘integraal kijken’ en gezamenlijk optrekken (in convenanten, stuurgroepen etc.) belangrijk wordt gevonden door de gemeente en zorgverzekeraars, is ‘integrale financiering’ nog een stap te ver:

*“Echt integraal financieren, daar biedt het kader ons op dit moment nog geen kader voor. Je moet namelijk naar je eigen toezichthouder verantwoording afleggen. Je zult altijd die financieringsstromen gescheiden moeten houden.” (VGZ).*

*“Misschien zou het bij Achmea nog wel lukken, want daar kunnen we nog wel in budgetten denken. Maar de gemeente wordt daar heel erg nerveus van, want die kan dat dan niet goed verantwoorden naar de burgers.” (Achmea)*

Er bestaat consensus over het belang van preventie, maar de betekenis van preventie verschilt tussen gemeente en zorgverzekeraars (evenals de betekenis van 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn). Volgens VGZ richt de zorgverzekeraar zich specifiek op zorggerelateerde preventie en

risico's (obesitas, diabetes, COPD, roken), terwijl gemeenten een bredere insteek hebben en de ruimte hebben om leefstijlprogramma's te ontwikkelen in samenwerking met maatschappelijke partijen zoals scholen (e.g. het 'gezond ontbijt' project). Daarnaast ontwikkelt de gemeente preventief beleid dat gericht is op doelgroepen, terwijl verzekeraars uiteindelijk vanwege de polissen op individueel niveau een interventie moeten kunnen uitzetten. Ook de betekenis van de 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn verschilt:

*“Nulde lijn is soms wat anders voor een gemeente dan voor een zorgverzekeraar. Dus we hebben soms ook wat begripsverwarring (...). De zorgverzekeraar verstaat ook het welzijnswerk als nuldelijn. Terwijl voor ons is dat eerstelijns. Dat betalen wij. Dat is de plek waar mensen zo naar binnen stappen. Dat is voor ons gewoon eerstelijns. Zoals ze ook bij een huisarts binnen stappen. En nuldelijn is dus voor de gemeente alles wat al in de wijk al georganiseerd is en speelt. Wat bewoners organiseren.” (gemeenteambtenaar A, GGD)*

Door meer intensieve samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar leert men elkaars vakjargon beter kennen en wordt geleidelijk een gemeenschappelijke taal ontwikkeld. De betekenis van preventie en de 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup>, en 2<sup>e</sup> lijn staat dus niet vast, maar wordt op nieuwe manieren uitonderhandeld en vastgelegd in convenanten.

### 1.2.5 De positionering van de wijkverpleegkundige?

De financiering van de wijkverpleegkundige is ondergebracht in de nieuwe Zorgverzekeringswet (2015). Deze institutionele inbedding levert veel vragen op over de positionering van de wijkverpleegkundige ten opzichte van de sociale wijkteams. Dit is een heet hangijzer tussen de gemeente en verzekeraars:

*“Dat is een principiële discussie, de functie van wijkverpleegkundige: hoort die in het wijkteam, of moet dat een autonome functie zijn waardoor die zelfstandig moet kunnen opereren.” (Gemeenteambtenaar, afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling).*

De gemeente Rotterdam ziet een belangrijke rol voor de wijkverpleegkundige weggelegd binnen het sociale wijkteam: als linking-pin met het zorgdomein. Ook VGZ is voorstander van de inbedding van de wijkverpleegkundige in het team. Achmea geeft echter aan de wijkverpleegkundige liever iets meer op afstand te houden van de wijkteams. Wanneer wijkverpleegkundigen in het team zelf opgenomen worden, zouden zij te veel moeten vergaderen en wellicht hun onafhankelijke positie verliezen:

*“Als die wijkverpleegkundige alleen maar in dat wijkteam gaat zitten dan gaat er zoveel tijd in zitten. Want de gemeente denkt dat er elke dag een dagstroom plaats vindt. Nou ja, daar willen wij van afblijven, dan zeggen we, dat is veel te veel investering, veel te veel binnen werken, je moet naar buiten (...). Wij willen juist dat die wijkverpleegkundige mag aansluiten en kan één keer in de week bij de items*



*gaan zitten maar dan weer wegwezen. Want daarmee, omdat de wijkverpleegkundige is voor de wijk, door de wet gesteld als een, ehm, als een zelfstandige positie, naast de huisarts. Daar moet de huisarts ook nog even aan wennen.” (Achmea)*

Dit standpunt van Achmea wordt door gemeente gezien als minder integraal en zakelijker dan de visie van VGZ:

*“Achmea wou geen zichtbare schakel (wijkverpleegkundige, LO) erin. Achmea had een andere visie dan VGZ hierop. Achmea die wilde wijkverpleegkundige zorg zodanig inrichten, dat zij... Als het in het wijkteam zit, dan heeft dat een aanzuigende werking. Dat meer mensen een beroep gaan doen op de wijkverpleegkundige zorg. Maar VGZ heeft een ander beeld. Die denkt van... die vinden het zelfs een eis. Voor de samenwerking met Rotterdam vinden ze het een soort voorwaarde, ook om een volgende wijk weer te kiezen, dat er wijkverpleegkundige zorg of die eerste lijns zorg aangehaakt is in dat wijkteam. Dat is de manier van hoe zij altijd werken. En zij weten ook: het zorgt juist voor een reductie van de zorgkosten. Omdat je breed kijkt.” (Gemeenteambtenaar A, GGD).*

De positionering van de wijkverpleegkundige is niet alleen een kwestie tussen verzekeraars en gemeenten. De wijkverpleegkundigen zelf hebben er uiteraard ook een mening over. Zij ervaren op dit moment al een aanzienlijke werkdruk omdat zij werkzaamheden voor twee opdrachtgevers combineren: hun moederorganisatie en het Zichtbare Schakel project. Deelname aan het wijkteam zou neerkomen op een derde opdrachtgever. Bij de Zichtbare Schakels is intern overlegd of zij het wenselijk vinden om in het wijkteam opgenomen te worden:

*“De gemeente wil heel graag de Zichtbare Schakels, die zijn helemaal hot (...). In overleg met onze projectleiding hebben we besloten dat niet (met klemtoon, LO)\_te doen. Dat we wel een keer in de maand aanschuiven en in overleg dat we korte lijnen houden, maar dat we niet zouden aanschuiven in het team zelf (...). We waren heel erg bang dat we dan hele dagen alleen maar zouden gaan zitten overleggen (...). Dat we dus eigenlijk niet meer doen waar we voor in het leven geroepen zijn.” (Zichtbare Schakel in MFA 't Slag)*

De Zichtbare Schakels werken op dit moment nog zonder CIZ-indicaties. Hierdoor kunnen zij laagdrempelige ondersteuning bieden en zich richten op het signaleren van problemen en de coördinatie van zorg, welzijn en wonen. De bedoeling van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2015 is dat de wijkverpleegkundige zelf straks de zorg gaat indiceren. Een verwacht voordeel is dat wijkverpleegkundigen beter zicht hebben op de zorgbehoeften van mensen dan een indicatieorgaan op afstand. Tegelijkertijd kan deze verandering wel ingrijpende gevolgen voor het inhoudelijke werk van wijkverpleegkundigen. Het risico bestaat dat zij een soort klein indicatieorgaan in de wijk worden en weer verder van de zorg af komen te staan. Daarnaast is de vraag of zij

als onafhankelijk indicatiestellers nog verbonden kunnen blijven met hun eigen thuiszorgorganisaties.

### 1.2.6 De generalistische wijkprofessional of de specialist?

Veel verwachtingen over de decentralisaties komen tezamen in het idee van de generalistische wijkprofessional: i.e. een professional die wijkgericht werkt, eigen regie van burgers aanspreekt en van alle markten en doelgroepen thuis is. Tijdens de informatiebijeenkomst over wijkteams jeugd & volwassenen (september 2013) benadrukten zowel de gemeente als Achmea dat de nieuwe professional een generalist is. Dit riep veel vragen op bij de aanwezige professionals in de zaal die veelal specialistisch zijn opgeleid (juridisch, zorg, welzijn) en een afgebakende doelgroep bedienen (kwetsbare ouderen/jongeren met handicap/volwassenen met schulden etc.). Wat is precies een generalist? En waar haalt de gemeente generalisten vandaan? De gemeente gaf aan dat er geen extra budget is voor de scholing en werving van nieuwe generalisten, dus dat zij een beroep doet op de professionals die al in de wijk werken.

Inmiddels zijn verschillende gemeentelijke wijkteams in Rotterdam opgezet: voor jeugd of volwassenen. Er is een team dat integraal werkt en zich op zowel volwassenen als jeugd richt. De samenstelling van deze wijkteams is multidisciplinair: iedere medewerker heeft een kernexpertise (e.g. schuld of sociale relaties). Tegelijkertijd is de verwachting van professionals in het wijkteam dat zij bij keukentafelgesprekken in staat zijn om alle vragen af te handelen en verschillende doelgroepen te ondersteunen. Generalistisch werken houdt volgens de gemeente in dat je als professionals breed kijkt, voorbij je eigen vakgebied:

*“Het mooiste voorbeeld om te nemen, bijvoorbeeld, als er iets mis is met het kind dat het ook kan liggen aan de ouder, of aan het huis waar ze wonen of aan de schulden die vader heeft waardoor ze zich zoveel zorgen maken, dus dat is breed kijken, breder dan je eigen vakgebied kijken.”* (Gemeentemabtenaar B, GGD).

Ook al propageert de gemeente ‘frontstage’ de wenselijkheid van generalisten, ‘backstage’ is er wel degelijk discussie over de term generalist:

*“Je zult altijd je specialisme behouden. Dus de term generalist is af en toe ook een beetje verwarrend. Wat is dat dan? En hoe werk je dan? En daar zijn we nu ook heel erg mee bezig.”* (Gemeenteambtenaar bij afdeling Maatschappelijke Ondersteuning).

*“Je neemt altijd je bagage mee vanuit je eigen opleiding en volgens mij is dat goed, met alleen generalisten, volgens mij doet dan niemand meer wat. Maar dat is mijn persoonlijke mening”* (Gemeenteambtenaar B, GGD).

Zorg- en welzijnsaanbieders vragen zich af of de gemeente wel in staat is om goede ondersteuning te bieden met generalisten. Zij geven aan dat ze zich zorgen maken over

het verlies van vakexpertise en kennis van verschillende doelgroepen (i.e. LVG'ers, dementerende ouderen). Hierdoor zou bijvoorbeeld complexe problematiek van burgers niet tijdig worden gesignaleerd. Een teamleider van een nieuw wijkteam vertelt over moederorganisaties die aan de bel trekken. Deze organisaties pleiten voor het behoud van vakexpertise van gedetacheerde professionals in het wijkteam:

*“Dat er allang geleden afspraken zijn gemaakt van ‘jullie werk wordt generalistisch. Jullie krijgen gewoon betaald’ enzo. Maar dat je nu dat nog steeds opnieuw dat terugkomt. ‘Ja, maar daar is toch allang handjeklap over gedaan en dan is het klaar?’ Dan krijg je toch nog: wij krijgen eigenlijk, de projectgroep, niet ik... wel een mail van: ‘mensen vinden het jammer om te zien dat steeds we minder specialistisch worden, onze werkkeuzes. Ook andere dingen doen. En ze zijn zo goed in die opvoedondersteuning bieden.’ (teamleider wijkteam).*

Aan de discussie over specialisten en generalisten ligt de vraag ten grondslag wat een goede professional is. En welke competenties deze professionals bezitten. In de herordering van het zorg- en welzijnsdomein worden deze vragen op het moment verschillend beantwoord. Of (en hoe) er ‘backstage’ bij wijkteams compromissen tussen specialistische en generalistische werkwijzen worden gevonden moet blijken in de komende jaren.

### 1.2.7 Uniform beleid of lokale verschillen?

In Nederland zijn veel gemeenten bezig met het opzetten van wijkteams. Hoewel het format van wijkteams gebaseerd is op generieke principes (wijk als werkterrein; keukentafelgesprekken; generalisten), verschilt de lokale invulling van wijkteams sterk tussen steden. Dit roept tevens de vraag op in hoeverre men binnen een grote stad als Rotterdam variatie wenselijk acht tussen wijken en wijkteams. Moet er sprake zijn van uniform gemeentelijke beleid, i.e. een algemeen toegangsmodel, of zijn lokale verschillen wenselijk tussen wijkteams, afhankelijk van de structuur van de wijk, specifieke populatie, en wijknetwerken die wel of niet aanwezig zijn?

Aan de ene kant benadrukt de gemeente dat er 1 toegangsmodel moet zijn voor de organisatie van voorzieningen:

*“Je moet gewoon één structuur en één model hebben voor zo’n stad. Anders kan je niet werken (...). Je kan niet in elke wijk een andere vorm van toegang organiseren.” (Gemeenteambtenaar A, GGD).*

In Rotterdam vormen de sociale wijkteams en de Vraagwijzers (fysiek informatie loket) de ruggengraat van het toegangsmodel. Volgens verzekeraar Achmea stuurde de gemeente aanvankelijk aan op een ‘one size fits all’ aanpak voor de invulling van het toegangsmodel, maar werd tijdens overleg over het convenant besloten speerpunten van de wijkteams lokaal in te vullen afhankelijk van de meest prangende problemen in de wijk:

*“De gemeente wilde one-size-fits-all. En wij zeiden van “ja dat is geen goed idee”. Ommoord is geen Bloemhof. Dus in Ommoord heb je meer behoefte aan mensen die wat meer zijn, bezig zijn met die ouderen, terwijl in Bloemhof heb je die GGZ problematiek. Dus misschien moet de barometer er wel in. Dat zijn allemaal van die dingen die wij geroepen hebben. Want eerst wilden ze niet. Maar nu zijn ze om. Ze zien ook wel dat je per wijk moet verschillen van, wie woont er en wat moeten we aanbieden.”*

Op basis van verschillende indexen en datasets (o.a. zorgconsumptie gegevens van de verzekeraar en gemeentelijke gegevens), hebben Achmea en de gemeente lokale speerpunten geformuleerd voor de afzonderlijke wijkteams.

Deze lokale verschillen in inhoudelijke speerpunten (e.g. GGZ- problematiek in Bloemhof), hebben niet geleid tot een alternatieve mix van professionals in de wijkteams (e.g. 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns partijen). Op stedelijk niveau heeft de gemeente bepaald dat alleen gemeentelijke welzijnspartijen in het wijkteam opgenomen worden. In hoeverre de wijkteams goed kunnen inspelen op specifieke vraagstukken, zoals GGZ- problematiek, wanneer zij geen gespecialiseerde professionals in huis hebben, is de vraag. De gemeente probeert dit probleem te ondervangen door expertteams om de wijkteams heen te bouwen, die geconsulteerd kunnen worden. In hoeverre deze satelliet constructie toereikend is en niet een extra overleg laag gaat vormen, moet nog blijken.

Maatwerk in de ondersteuning van burgers leidt tevens tot lokale verschillen. Hierbij is de vraag welke verschillen tussen burgers acceptabel zijn. Het gemeentelijk uitgangspunt is dat de zorg daar moet worden ingezet waar die het hardste nodig is. Burgers met complexe problematiek verdienen dus meer aandacht dan burgers met kleine oplosbare problemen. Tegelijkertijd is het de vraag of sociale wijkteams al toegang hebben tot burgers die ondersteuning het hardst nodig hebben. Zo geeft een teamleider aan dat onder Turken en Marokkanen in de wijk Bloemhof veel problemen spelen, maar dat het wijkteam moeilijk bij hen binnenkomt:

*“In mijn wijk wonen meer Turkse en Marokkaanse mensen. Maar de hulpverleners zijn allemaal hartstikke blank. Op school ook, de docenten zijn ook allemaal blank. Heel bijzonder (...). De Turkse gemeenschap is heel gesloten, daar komen wij bijna niet tussen de deuren. Dat is wel lastig (...). Ze willen niet de vuile was buiten hangen en lossen dat liever binnen hun eigen kring op. Ze zullen niet zo vaak zeggen dat ze opvoedproblemen hebben of hulp ergens bij nodig hebben. Misschien wel bij de schulden op een gegeven moment. Dan heb je wel een ingang. Maar voor de rest zullen ze niet zo snel aankloppen als ze ergens hulp bij willen.”*

Wanneer ondersteuningsbehoeften niet gearticuleerd worden in een vraag, is het lastig voor een wijkteam om ondersteuning te verdelen op basis van behoefte. Tegelijkertijd kunnen burgers die hun vragen en wensen wel goed onder woorden brengen, wellicht sneller worden doorverwezen naar sociale wijkteams.

### 1.2.8 Wat zijn goede sturingsinstrumenten?

De wijkteams leveren ook nieuwe sturingsvraagstukken op voor de gemeente:

*“Hoe kan je 42 wijkteams in hemelsnaam in bedwang houden, die gaan gewoon allemaal lekker hun eigen dingetje doen (...). Dat ze allemaal op zichzelf staande opererende orgaantjes worden, en wel leuk dat ze een eigen wijkje, eigen fabriekje eigen bedrijffe, je hebt dan totaal geen overzicht meer over wat er in een hele stad gebeurt, je hebt allemaal kleine wijkjes en waar stuur je dan in een stad op, kan je dan nog iets doen in kostenreductie of kan dat dan alleen in een wijkteam.”*

(Gemeenteambtenaar B, GGD).

Er worden op dit moment verschillende monitoren ontwikkeld: niet alleen om prestaties te meten, maar ook om wijkteams bij te sturen op basis van deze prestaties. Op dit moment ontwikkelt bijvoorbeeld verzekeraar VGZ samen met enkele gemeenten in Nederland een monitor om de resultaten van sociale wijkteams in kaart te brengen. De monitor is gebaseerd op drie pijlers van ‘goede zorg’: doelmatigheid, kwaliteit en klantbeleving, waaronder verschillende indicatoren worden gehangen:

*“Samen met gemeenten hebben wij gekeken, wat zijn de indicatoren die onder die 3 pijlers zouden moeten passen. Welke indicatoren zijn van belang? Waar moeten wij op gaan meten? Om die 3 pijlers te kunnen vullen. Daar is een hele monitor voor ontwikkeld. Die monitor loopt in 6 gemeentes. Dan gaan wij kijken wat wij aan de voorkant hebben bedacht, gemeenten en wij, halen wij dat ook? Komt er echt een significante daling in zorgkosten? Beleven burgers in de wijk het ook echt anders? Wat beleven ze anders? Hoe ervaren de ze dan de kwaliteit van zorg? Dat is wel echt een mooie monitor.”* (VGZ).

Niet alleen VGZ, maar ook Achmea is bezig met de ontwikkeling van wijkmonitors. Een geïnterviewde teamleider van een wijkteam geeft aan dat zij blij is dat Achmea geen volledig nieuwe monitor ontwikkelt, maar aansluit bij een bestaande gemeentelijke monitor die al voor de ‘Children Zones’ wijkteams werd gebruikt. Hierdoor kan een stapeling van verschillende monitoren voorkomen. Tegelijkertijd blijft de vraag bestaan hoe de verschillende monitoren van Achmea en VGZ zich tot elkaar gaan verhouden: gaat er afstemming plaatsvinden of werken de monitoren langs elkaar heen?

Sturingsvragen beperken zich niet alleen tot de gemeente. Professionals en dienstverlenende instanties in de wijk hebben ook vragen hoe zij zich gaan verhouden tot sociale wijkteams: wie neemt het initiatief in (aan)sturing van contact? En beperkt het contact zich tot 1 wijkteam of meerdere? Met name grootschalige dienstverleners met een wijkoverstijgend werkgebied gaan te maken krijgen met verschillende wijkteams die deels verschillende werkwijzen en aanpakken hebben ontwikkeld. Op de hoogte zijn van deze verschillen, vereist dan ook een aanzienlijke inspanning van deze instellingen.

### 1.3 De wijk & andere schaalgroottes van beleid

Door de populariteit van de wijk bestaat het gevaar dat andere schaalgroottes voor beleid – i.e. stad, regio, nationaal – onderschat worden of onvoldoende worden verbonden met de wijk (RMO 2008). De huidige focus op de wijk roept tevens de vraag op welke voorzieningen wel en welke niet op de schaal van de wijk kunnen worden georganiseerd.

In de praktijk zien we dat tendensen van centralisering en decentralisering van voorzieningen naast elkaar bestaan. Meer gespecialiseerde voorzieningen, zoals GGZ-problematiek of specialistische kankerzorg, worden in toenemende mate gecentraliseerd en regionaal georganiseerd. Dankzij specialisering, volumenormenten en fusies krijgen ziekenhuis bijvoorbeeld steeds meer een regionale functie. Niet alleen stadsinwoners, maar ook mensen uit andere regio's komen op specialistische zorg af. GGZ-instellingen en andere 2<sup>e</sup> lijninstellingen werken tevens vaak op regionale en stedelijke schaal. Tegelijkertijd zien we ook een tendens van decentralisering en extramuralisering. Verpleeg- en verzorgingstehuizen worden afgebouwd waardoor mensen langer thuis blijven wonen. Ook mensen met een beperking of psychische problematiek wonen steeds vaker zelfstandig in de wijk of op kleinschalige woonlocaties. Dagelijkse zorg en ondersteuning wordt dus meer lokaal georganiseerd in de wijk. Hierbij is laagdrempelige geïntegreerde eerstelijnszorg ook van belang.

In Rotterdam probeert de gemeente op verschillende schaalgroottes verschillende voorzieningen te organiseren. Maatschappelijke ondersteuning wordt zoveel mogelijk in wijkteams belegd, terwijl op stedelijk niveau specifieke doelgroepen worden ondersteund door midden van centrale loketfuncties, zoals "Centraal Onthaal" voor dak- en thuislozen. De Vraagwijzers, die informatie verschaffen aan burgers over schuld, zorg, wonen en inkomen, opereren tussen wijk en stedelijk niveau in. Ondanks de toegenomen aandacht voor wijkgerichte voorzieningen, blijven centrale loketten op stedelijk niveau belangrijk. Postcodebeleid kan er namelijk voor zorgen dat 'zwervende burgers' niet in aanmerking komen voor lokale voorzieningen:

*"Kwetsbare personen zijn vaak mensen zonder postcode of die verhuizen van de ene naar de andere plek, die willen gewoon niet bekend zijn, en die mochten nooit gebruik maken van de diensten van de vraagwijzer want zij waren daar niet ingeschreven. Ik denk 'kom op zeg doe even normaal'. En nu hebben ze dat een beetje opgelost door een paar gemeentelijke balies in stand te houden om te voorkomen dat mensen die zwerven, die niet in een gebied wonen, de balies voor Centraal Onthaal houden we open, dus we hebben centrale balies voor mensen die echt niet terecht kunnen in een wijkteam." (Gemeentemabtenaar B, GGD).*

Voorzieningen op verschillende schaalgroottes bestaan dus niet los van elkaar maar zijn met elkaar verweven. Wanneer bepaalde voorzieningen gecentraliseerd of gedecentraliseerd worden, heeft dit ook effect op de organisatie van bestaande voorzieningen.

Hoewel de wijkteams op wijkniveau opereren, probeert de gemeente de teams meer in te bedden in 'bovenwijkse' expertise, zoals gespecialiseerde kennis van GGZ-problematiek. Het idee is dat wijkteams door adviesteams moeten worden ondersteund:

*"Dat is wat ik bedoel met die adviesteams, want in feite zou je kunnen zeggen dat je eigenlijk een abstractieniveau hoger gaat zitten ten opzichte van een wijkteam. Een wijkteam doet casussen. Wat je met een adviesteam doet, is kijken van 'hé, dat wat we hebben, hoe zouden we dat nou idealiter in kunnen zetten.'" (Gemeente, afdeling Maatschappelijke Ondersteuning)*

Wijkgericht werken in wijkteams bestaat dus naast een meer overkoepelende aanpak van specialistische problematiek en doelgroepen. Ondanks deze specialistische ondersteuning, bestaat er wel discussie intern binnen de gemeente of de 'echt zware gevallen' binnen het sociale wijkteam moet worden belegd. Grenzenwerk tussen verschillende organisatieniveaus blijft daarmee nodig.

#### 1.4 Institutional layering: de wijk als nieuwe bureaucratische laag

*"De uitdaging hierin zit er echt in: je wil met zo'n wijkteam niet zo'n nieuwe bureaucratische laag in het leven roepen. Daar zit je niet op te wachten. Tegelijkertijd wil je wel een stukje borgen. Waar ga je het wijkteam onder hangen? Komen ze in dienst van de gemeente? En gaan die dan de infrastructuur regelen? Of laat je het toch een soort netwerkorganisatie zijn? Wie is dan verantwoordelijk voor die ICT-infrastructuur? En met welke infrastructuur gaan ze dan werken?" (medewerker VGZ).*

De institutionele inbedding van wijkteams in bestaande infrastructuren is een complexe opgave voor gemeenten en verzekeraars. Zoals uit het citaat blijkt, wil men voorkomen dat de wijkteams een nieuwe bureaucratische laag gaan vormen 'bovenop' de bestaande voorzieningen in zorg- en sociale domein. Uit eerder onderzoek blijkt dat institutionele hervormingen niet zozeer gaan over het vervangen van oude systemen. Eerder is er sprake van een geleidelijke stapeling van verschillende systemen die met elkaar interacteren en vergroeiën (Van de Bovenkamp et al. 2013). De interactie tussen bestaande en nieuwe systemen kan nieuwe vruchtbare combinaties opleveren, maar ook leiden tot fragmentatie en versplintering van initiatieven.

Uit de interviews blijkt dat de wijkgerichte hervormingen van de gemeente veel vragen oproepen bij professionals, managers en beleidsmakers. De sociale wijkteams worden vaak ervaren als een top-down format ('blauwdruk') dat onvoldoende rekening houdt met bestaande infrastructuur en wijknetwerken die dienstverleners hebben opgebouwd door de jaren heen. Ook zijn er veel zorgen over toenemende fragmentatie van wijkinitiatieven. Dit bleek ook al uit een eerdere evaluatie van iBMG (2012). Projecten zijn vaak kortdurend van aard vanwege tijdelijke financiering. Dit leidt tot een soort projectencarroussel. Daarnaast zorgen de aanbestedingen voor wisselende partners in de wijk waardoor het lastig is een duurzaam netwerk op te bouwen. Ook de

specialistische aard van professioneel werk zorgt dat er veel verschillende wijkinitiatieven zijn gericht op specifieke doelgroepen of deelproblemen. Het op de hoogte zijn van 'wat er in de wijk is' is dus verre van gemakkelijk. Op informatiebijeenkomsten over de wijk, georganiseerd door de gemeente en Achmea, kennen de aanwezige professionals elkaar vaak niet:

*"Het is niet meer normaal, dat is echt niet normaal als je dat in kaart gaan brengen. Maar alles (klemtoon), werkt langs elkaar heen. Interviewer: Waar merk je dat aan, dat het langs elkaar heen werkt? Geïnterviewde: Dat mensen elkaar gaan voorstellen, daar begint het mee: 'Wat doe jij dan in deze wijk?' Weet je, dat soort vragen." (Achmea).*

De centrale vraag die op dit moment speelt is hoe de sociale wijkteams zich tot dit bestaande gefragmenteerde veld verhouden en of zij zorgen voor meer fragmentatie of juist integratie van voorzieningen. Uit de interviews blijkt dat er nog veel onduidelijkheid is over de sociale wijkteams:

- Hoe verhouden verschillende gemeentelijke wijkteams zich tot elkaar: jeugd (CJG gestuurd), volwassenen, Children Zones.
- Hoe verhouden deze gemeentelijke wijkteams zich vervolgens tot de wijkteams van zorg- en welzijnsaanbieders die ook vaak wijkgericht werken?
- In hoeverre moeten bestaande netwerken zoals het Lokaal Zorg Netwerk worden geïntegreerd in de wijkteams?
- Welke rol spelen de pilot wijkteams (convenanten) ten opzichte van de toekomstige wijkteams?
- In hoeverre moet een 'advies' infrastructuur worden gebouwd om de wijkteams heen? (i.e. bovenwijkse advies/reflectieteams als extra laag bovenop sociale wijkteams)

Deze vragen laten zien dat het risico op fragmentatie zeker aanwezig is. Een eventueel gevolg is dat wijkteams minder flexibel en mobiel kunnen opereren. Een teamleider van een 'integraal' wijkteam (jeugd en volwassenen) geeft aan dat zij veruit de meeste tijd kwijt is met het bijpraten van ambtenaren van verschillende afdelingen binnen de gemeente:

*"Dat er allemaal beleidsmedewerkers bezig zijn op fronten en dat het er teveel zijn. Die allemaal met mij willen bijpraten, dat kost mij heel veel tijd. En dan heb ik niet het gevoel, iedereen wil daar wat over gezegd hebben. Ja (...). Dan heb ik een coach vanuit de volwassenen. Maar ook vanuit de jeugd. Maar vanuit die begeleidingscommissie, die dan die twee samenbrengt, hebben ze ook iemand aangesteld die mij begeleidt. Dus ik heb nu drie ambtenaren die mij begeleiden. Dat ga ik ook niet doen. Ik werk 25 uur en dan ben ik alleen maar bezig met bijpraten en ik ben hen eigenlijk vooral aan het bijpraten, waar ik mee bezig ben." (teamleider sociaal wijkteam).*



Gezien het risico op (verdere) fragmentatie, is het verbinden van verschillende wijkteams en initiatieven een belangrijke uitdaging voor de komende jaren.

---

### 1.5 Samen één in Feijenoord: verbinden van gefragmenteerde wijkinitiatieven

In een eerdere evaluatie van iBMG (2012, p. 48) is geconstateerd dat Samen één in Feijenoord als intersectoraal netwerkverband een belangrijke rol speelt bij het verbinden van verschillende initiatieven in de wijk:

*“Dankzij netwerkactiviteiten zoals Topontmoetingen en het bestaan van een overleginfrastructuur (stuurgroep/ begeleidingsgroepen op locaties/ bestuurlijk overleg) weten organisaties uit verschillende sectoren zoals wonen, welzijn, zorg elkaar sneller te vinden op managementniveau, maar ook in de uitvoering. Het op frequente basis bijeenkomen van netwerkpartners heeft niet alleen tot gevolg dat organisaties zich bewust worden van het multidisciplinaire karakter van problemen in de wijk, maar ook dat concrete verbindingen tussen uiteenlopende diensten tot stand komen: in de eerste jaren van SEF is er gewerkt aan de gemeenschappelijke huisvesting van verschillende voorzieningen in de eerste lijn en is het Praktijkhuis tot stand gekomen. In de laatste jaren zijn er verdere verbindingen gelegd tussen de domeinen van zorg, welzijn, wonen en onderwijs. Hierdoor levert SEF ook een bijdrage aan het reduceren van dubbelingen in dienstverlening.”*

In de afgelopen twee jaar heeft SEF als netwerkverband zich verder gericht op het verbinden van sectoren en verschillende initiatieven in de wijk. De gemeente geeft aan dat de aanwezigheid van een bottom-up netwerk in Feijenoord een belangrijke meerwaarde heeft. Zo heeft de gemeente voor de organisatie van een van de wijkteams informatiebijeenkomsten, SEF ingeschakeld. Doordat SEF een breed netwerk heeft (niet alleen welzijn, maar ook onderwijs, zorg, wonen), kan de gemeente veel partijen in de wijk in één klap bereiken.

De waardering van SEF als netwerkverband is dus groot, waardoor verwachtingen soms moeilijk te managen zijn, zoals blijkt uit een observatie van een stuurgroep overleg van SEF:

Er ontstaat ook een discussie over de externe verwachtingen ten opzichte van wat SEF kan doen in de wijk. Die discussie ontstaat n.a.v. een opmerking van een stuurgroeplid van de GGD. Zij bespreekt een nota die is geschreven aan de hand van de wijkbijeenkomsten van Achmea en gemeente. In die nota staan allerlei verwachtingen opgeschreven over wat SEF kan doen. De projectmanager van SEF antwoordt: *“we worden soms als een vuilnisbak gezien door de gemeente. Allerelei verwachtingen over wat we kunnen doen. Bijvoorbeeld de gemeente denkt dat SEF*

*ook allerlei mantelzorgers kan mobiliseren. Maar we zijn veel meer een wijknetwerk van professionals. Dus dat is lastig. Ook zei iemand anders van de gemeente, we gaan output afspraken maken over SEF. Dat we als SEF zoveel procent bijdragen aan reductie van diabetes in Feijenoord. Ik heb gezegd aan de gemeente, dat kan SEF niet doen als professioneel netwerk, die afspraken moeten meer op de werkvloer liggen.” De GGD medewerker is het met de projectmanager van SEF eens: “Dat is inderdaad geen zaak van het netwerk.” Projectmanager SEF: “ik spreek van de week met de gemeente en dan ga ik deze verwachtingen bijstellen, die output afspraken zijn niet reëel en passend.” Stuurgroeplid van de GGD: “ja, het duurt even voordat het kwartje valt.”*

De waarde van het netwerk van SEF ligt dus voornamelijk in het maken van ‘organisatorische’ verbintenissen tussen sectoren (wonen, welzijn, zorg, welzijn) en tussen professionals, managers en beleidsmakers. Gezien de risico’s van fragmentatie en ‘institutional layering’ (paragraaf 1.5.) zijn deze organisatorische verbintenissen van cruciaal belang. Het risico bestaat daarmee wel dat het SEF zelf ook als een nieuwe bestuurlijke laag wordt gezien waarmee ook prestatieafspraken kunnen worden gemaakt. Tot nu toe is de gemeentelijke invulling van de sociale wijkteams voornamelijk gericht op ‘welzijn’, waardoor het risico bestaat dat het zorgdomein relatief los komt te staan van de wijkteams. Verbintenis tussen welzijn en het zorgdomein is dus een belangrijke uitdaging de komende jaren. Ten slotte geven de beschreven vraagstukken in wijkgovernance (paragraaf 1.2) belangrijke aanknopingspunten voor het maken van toekomstige verbintenissen.

## 2 Casus Multifunctionele Accommodatie 't Slag: professioneel grenzenwerk & overkoepelende wijkinfrastructuur



In dit hoofdstuk zoomen we in op Multifunctionele Accommodatie (MFA) 't Slag in Feijenoord. MFA 't Slag is een geschikte casus om nader te onderzoeken wat de fysieke bijdrage van geïntegreerde gebouwen kan zijn aan wijk-governance: i.e. de sublokale organisatie, sturing en integratie van publieke diensten zoals zorg en welzijn (Lowndes & Sullivan 2008; Oldenhof & Putters 2013).

Geïntegreerde wijkgebouwen die verschillende professionals, organisaties en disciplines samenbrengen zijn niet nieuw. Zowel binnen- als buitenland kent inmiddels een traditie van geïntegreerde gezondheidscentra die eerste lijn partijen bij elkaar brengen, e.g. huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers. Echter, MFA 't Slag is meer dan een geïntegreerd eerstelijnscentrum, aangezien het gebouw ook gemeentelijke, private en welzijns-partijen huisvest zoals de Vraagwijzer (gemeentelijk loket voor zorg, welzijn, wonen, inkomen), een ontmoetingscentrum voor dementerende ouderen & mantelzorgers (Laurens), de bibliotheek (gemeente), het Centrum voor Jeugd en Gezin (gemeente) en een kinderdagverblijf (private partij).

Gezien de sector overstijgende focus van 't Slag en de verschillende doelgroepen die worden aangesproken (oud-jong), is het relevant om te onderzoeken hoe de management logica van 'ontkokering' & 'integratie' uitpakt in de praktijk: hoe gaan professionals met verschillende discipline en sectorale achtergronden, 'meer' of 'anders' samenwerken wanneer zij gezamenlijk gevestigd zijn in één gebouw? En wat merkt de bezoeker van 't Slag hiervan? Bij de beantwoording van deze vraag maken wij gebruik van theorieën over grenzenwerk (Star & Griesemer 1989; Star 2010). Grenzenwerk verwijst naar het onderhandelingsproces waarbij grenzen tussen verschillende leefwerelden op nieuwe manieren worden getrokken. Grenzenwerk gaat zowel over het afbakenen van werkdomeinen als over coördinatie en het vinden van een nieuwe taakverdeling (Bijker, Bal, and Hendriks 2009). Hierbij is de centrale aanname dat grenzen tussen bijvoorbeeld professionele domeinen en publieke dienstverleners niet 'in beton' gegoten, maar onderhandelbaar zijn (Oldenhof 2013).

Voordat we echter inzoomen op multidisciplinaire samenwerking tussen professionals, beschrijven we eerst de ontstaansgeschiedenis van het gebouw en de waarden die in het ontwerp zijn verwerkt. Ook inventariseren we algemene ervaringen van bezoekers, professionals en managers met MFA 't Slag: hoe waarderen en lezen zij het gebouw? En welke aanpassingen maken zij?

## 2.1 Over waarden en waardering van een gebouw

*"We shape our buildings and afterwards our buildings shape us"* (Winston Churchill, geciteerd in Yanow 1996, p. 156).

Fysieke gebouwen, zoals MFA 't Slag, zijn geen neutrale artefacten, maar dragers van bepaalde waarden (Yanow 1996). In de ontwikkel- en ontwerpfasen kennen architecten en beleidsmakers bepaalde waarden en kwaliteiten toe aan gebouwen die worden verwerkt in de design en fysieke lay-out. Zij 'vormen' het gebouw. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van veel glas voor een transparante uitstraling van een publieke instantie of het gebruik van open ruimtes om sociale ontmoeting & cohesie te bevorderen. Wanneer het gebouw er eenmaal staat, stuurt het ook het gedrag van gebruikers. Dit betekent niet dat gebruikers passief zijn: zij maken interpretaties van het ontwerp en geven zo een eigen lezing aan het gebouw. Daarnaast waarderen gebruikers een gebouw op een bepaalde manier (e.g. 'imposant'/open) en maken zij aanpassingen aan de structuur (ibid). Gebouwen zijn in die zin altijd co-constructen: zij geven hun gebruikers vorm maar worden ook vormgegeven door die gebruikers.

### 2.1.1. Waarden in het ontwerp van 't Slag

Hoe is MFA 't Slag gevormd en welke waarden zijn ingebouwd in het ontwerp? Het idee van een geïntegreerd centrum in Feijenoord bestond al langer, maar werd in 2007 door Mieke Reynen (bestuurder van gezondheidscentra Ocer) en Aniek Dane (destijds adviseur bij Zorgimpuls) op papier gezet in een visiedocument over de eerste lijn in

Feijenoord. In dit visiedocument komen verschillende waarden te samen in het idee van een geïntegreerd centrum:

- Geïntegreerde ondersteuning aan burgers met multi-problematiek:

“Door de nauwe samenwerking van de diverse participanten komt men bij dit centrum niet voor een gesloten deur of wordt van het kastje naar de muur gestuurd. Verder is door de samenwerking, samenhang en afstemming omtrent de complexe problematiek. De huisarts werkt bijvoorbeeld samen met de leefstijladviseur, zorgconsulent, sociaal raadsman, maatschappelijk werk, fysiotherapeut en woonconsulent bij een risico gezin rondom diabetes. De aanpak wordt afgestemd en korte lijnen bevorderen het monitoren van het gewenste effect/resultaat.”

- Een prettige & passende werkomgeving voor professionals:

‘(...) verscherpte ARBO-normen bij apotheken, part-time werken van huisartsen e.d. Ook bij deze groepen groeit de behoefte aan meer samenwerking, flexibilisering van arbeidstijden en werkruimte en een sociaal prettige, veilige en nette werkomgeving.”

- Een ontmoetingsplek voor de wijk:

“Deze locatie moet als het kloppend hart van de wijk gaan fungeren.” (Visiedocument 2007).

In de jaren daarna is binnen het netwerkverband Samen één in Feijenoord (SEF) verder gewerkt aan de realisering van een geïntegreerd centrum. Vele gesprekken werden gevoerd met mogelijke partners die in het gebouw gevestigd zouden worden. De hoge huurprijs was in de ontwikkelfase nog een struikelblok, waardoor sommige organisaties met onvoldoende budget niet participeerden of afhaakten. Uiteindelijk committeerden genoeg partijen zich aan ‘t Slag waardoor de bouw mogelijk werd.

Woningbouwcorporatie Havensteder (ontwikkelaar en huurbaas) werkte samen met architect Koos Kok voor het ontwerp van het gebouw. Volgens de architect zijn belangrijke waarden van het gebouw dat het ‘laagdrempelig’ en ‘uitnodigend’ is voor bezoekers ([www.architectuur.nl](http://www.architectuur.nl)). Om deze waarden te realiseren, is er veel glas gebruikt. Een hoge glazen pui loopt rondom het gebouw. Men kan dus vrij naar binnen kijken. Daarnaast loopt het gebouw in een ronde vorm om een binnentuin heen. In deze binnentuin kunnen bezoekers en professionals die werkzaam zijn in ‘t Slag elkaar ontmoeten.

De hoofdingang is twee lagen hoog en gesitueerd op het hoge gedeelte van de Groene Hilledijk (de achterkant van ‘t Slag ligt beduidend lager), waardoor het gebouw een imposante uitstraling heeft. Achter de hoofdingang is een grote vide en een gebogen trappenhuis te zien. Aan de buitenkant van het gebouw zijn de verschillende organisatie logo’s te zien. Hierdoor wordt de multifunctionaliteit van het gebouw duidelijk gemaakt aan bezoekers, aldus de architect (ibid).

Op de begane grond van 't Slag – het meest openbare gedeelte volgens de architect – bevindt zich centrale entree hal, de bibliotheek, de apotheek, een balie (op dit moment onbemenst), en een koffiëcorner (niet meer bemenst vanwege te lage exploitatie). Op de eerste etage zijn het gezondheidscentrum en de Vraagwijzer gevestigd evenals andere hulpverleners zoals Indigo (basis GGZ zorg) en de Zichtbare Schakels. Op de eerste etage is ook een multi-mediale tafel te vinden tegenover de balie van het gezondheidscentrum. Op deze tafel kunnen bezoekers van 't Slag (niet alleen het gezondheidscentrum) zelf informatie zoeken over o.a. wonen, welzijn, gezondheid. De bedoeling van de tafel is dat professionals deels 'ontlast' worden en bezoekers zichzelf informeren en daardoor deels aan zelfmanagement doen. Ook de i-pads in de wachtkamers van de huisartsen dienen dit doel. De zelfmanagende en informerende bezoeker is dus een additionele waarde die tijdens de inrichting van het gebouw is verwerkt. Op de tweede verdieping bevindt zich het Centrum voor Jeugd en Gezin en kinderopvang de Maan. Op de hoogste verdieping is het Ontmoetingscentrum van Laurens gevestigd dat dagbesteding voor mensen met geheugenproblemen aanbiedt en mantelzorgers ondersteunt.

Kortom, in het ontwerp van 't Slag zijn verschillende waarden samen gebracht: integratie van dienstverlening door fysieke nabijheid, sociale ontmoeting in de wijk, een professionele werkomgeving, en de zelfmanagende bezoeker.

### 2.1.2 Waardering & lezing van 't Slag door bezoekers

Inmiddels is 't Slag 2 jaar in gebruik genomen: hoe waarderen bezoekers het ontwerp? Om antwoord te krijgen op deze vraag, zoomen we specifiek in op de ervaringen van bezoekers van het inloopspreekuur van de huisarts en bezoekers van het Ontmoetingscentrum voor ouderen en mantelzorgers (Laurens). Deze ervaringen betreffen zowel de specifieke voorziening (gezondheidscentrum of ontmoetingscentrum) als het gehele gebouw. De individuele ervaringen van bezoekers zijn geclusterd, waardoor overkoepelende thema's konden worden benoemd.

Veel bezoekers benadrukken dat het gebouw een mooie, moderne en nette indruk maakt (afgezien van de 'open' industriële plafonds). Daarnaast zijn de volgende ervaringen van belang:

#### **Instanties 'onder 1 dak' & laagdrempelige voorzieningen**

De meerderheid van de bezoekers van het inloopspreekuur van de huisarts vindt het erg handig dat meerdere organisaties 'onder 1 dak' zijn gehuisvest. Ouders geven aan dat zij het bezoek met de huisarts vaak combineren met het consultatiebureau (Centrum voor Jeugd en Gezin, 2e verdieping) of de bibliotheek. Andere bezoekers combineren bijvoorbeeld een consult bij de huisarts met een bezoek aan de fysiotherapeut. De multifunctionaliteit van 't Slag wordt dus gezien als een belangrijke meerwaarde t.o.v. professionele instanties die geografisch verspreid zijn over de wijk. Ook professionals

krijgen positieve berichten van bezoekers te horen: “ *Ik krijg wel vaak terug dat het als prettig wordt ervaren wordt dat ze hier bijna voor alles terecht kunnen. En vaak ook nog, zeg maar op dezelfde dag. En je hoort ook vaak dat mensen afspraken combineren, dat ze eerst naar de diëtist gaan en dan naar de huisarts of andersom. Nou ja, het voordeel dat ze direct kunnen doorlopen voor het bloedprikken. Maar ook gewoon positief over hoe het gebouw in elkaar steekt: de brede gangen, het licht, de voorzieningen in de wachtkamers*” (huisarts).

Daarnaast benadrukken bezoekers van het gezondheidscentrum dat het fijn is dat er een vrij inloopspreekuur is voor de huisartsen. Bezoekers kunnen dus ook zonder afspraak terecht. De toegang tot zorg is daarmee laagdrempelig. Dit blijkt ook uit de grote toestroom van bezoekers die verwachten dat ze snel kunnen worden geholpen tijdens het inloopspreekuur. Naast de huisartsen hebben het consultatiebureau en de Vraagwijzer ook vrije inloopspreekuren. Ook bij deze spreekuren is er sprake van een toename van bezoekers.

Met name ouders melden dat het ‘t Slag veiliger en kind vriendelijker is in vergelijking met de oude locatie van het gezondheidscentrum (De Randweg). Het trappenhuis is verder van de wachtkamers van de huisarts verwijderd, waardoor het veiliger is voor kinderen. In de wachtkamers staan veel speeltjes en een krijtbord voor kinderen waardoor ze voldoende afleiding hebben.

### **Zelfmanagement: iPads, multimediale tafel & papieren folders**

De iPads die in de wachtkamers van de huisarts staan oefenen vooral aantrekkingskracht uit op kinderen die ze gelijk uitproberen in de verwachting spelletjes te kunnen spelen. Tijdens de observaties werkten de iPads in de rode wachtkamer allebei niet omdat ze ‘gereset’ moesten worden vanwege veelvuldig gebruik (de iPads zijn vastgemaakt met een slot aan de tafel vanwege eerdere diefstal). De verwachting is dat de iPads zelfmanagement mogelijk maken van bezoekers: zij kunnen tijdens het wachten informatie opzoeken over e.g. ziekte en gezond gedrag. Of de iPads op die manier ook daadwerkelijk worden gebruikt is niet verder onderzocht. Volwassenen lijken tijdens het inloopspreekuur vooral geïnteresseerd in de tijdschriften op de tafel.

De multimediale tafel die tegenover de balie van het gezondheidscentrum staat wordt tot nu toe weinig gebruikt door bezoekers. Dit blijkt zowel uit de observaties in ‘t Slag, de ervaringen van baliemedewerkster als korte gesprekken in de wachtkamer van de huisarts. Bezoekers lopen meestal langs de tafel heen op weg naar de wachtkamers van de huisartsen. Door de fysieke locatie van de tafel – tegenover de balie van het gezondheidscentrum – wordt de tafel voornamelijk geassocieerd met het gezondheidscentrum. Uit interviews met professionals blijkt dat organisaties op andere verdiepingen van ‘t Slag een drempel ervaren om bezoekers te verwijzen naar de tafel op de 1<sup>e</sup> verdieping. Maar ook professionals van het gezondheidscentrum zelf verwijzen weinig door naar de tafel. Een huisarts zegt hierover: “*Als je binnenkomt... kijk je ziet die tafel wel, maar het niet heel duidelijk wat je met die tafel kan, als patiënt zijnde. Het is niet heel uitnodigend om te gaan ontdekken wat voor informatie erop staat (...). En je wilt er*

*ook zeker van zijn dat de informatie die je wilt overbrengen, ook wordt overgebracht. Als is het natuurlijk wel een tweede van 'wordt die ook als dusdanig begrepen?'. Ik kan wel zeggen van "loop maar naar die gezondheidstafel, daar vind je de rest van de informatie", ja, hoe weet je dat een patiënt dat gaat doen?"* Om de tafel aantrekkelijker te maken voor bezoekers van 't Slag, die vaak laaggeletterd zijn en moeite hebben met de Nederlandse taal, zijn voorlichting & instructiefilmpjes ontwikkeld in samenwerking met het Albeda college. Op die manier wordt gepoogd om beter aan te sluiten bij de doelgroep.

Afgezien van digitale informatie, spelen 'klassieke' papieren voorlichtingsfolders ook nog steeds een belangrijke rol. Bezoekers van de huisarts geven aan dat zij informatie foldertjes over ziekte & behandeling missen in de wachtkamer zelf. De folders bevinden zich nu bij de entree van het gezondheidscentrum, waar mensen meestal snel langs lopen.

### **Sociale ontmoeting:**

Over het algemeen komen bezoekers gericht voor een consult bij een professional. 't Slag lijkt vooral beschouwd te worden als professioneel dienstencentrum. Soms blijven bezoekers ook hangen voor de gezelligheid, bijvoorbeeld in het consultatiebureau of in het Ontmoetingscentrum. Bij het Ontmoetingscentrum gaat het dan wel vooral om bezoekers die al bekend zijn met 't Slag omdat zij bijvoorbeeld een partner hebben die daar dagbesteding heeft (en niet zozeer wijkbewoners in het algemeen).

Het Ontmoetingscentrum is een dagbestedingslocatie voor mensen met geheugenproblemen en hun mantelzorgers. Het centrum is gericht op ontmoeting in brede zin: tussen mantelzorgers, wijkbewoners, zorgmedewerkers en ouderen. Tijdens de observatie is er een gemoedelijke sfeer in de huiskamer: enkele bezoekers drinken koffie aan de leestafel, bladeren in een tijdschrift of kijken voor zich uit. Een oudere mevrouw strijkt ondertussen de was in de huiskamer. Er zijn meerdere huiskamers in het Ontmoetingscentrum: oplopend in zwaarte van doelgroep (licht tot zwaardere geheugenproblemen). De eerste huiskamer is voor mensen, waarvan familie of hulpverleners een 'niet pluis' gevoel hebben. De ervaringen van bezoekers in het Ontmoetingscentrum zijn niet systematisch in kaart gebracht, omdat niet iedereen concreet antwoord kon geven op vragen van de onderzoeker. Mevrouw C uit Feijenoord vertelt wel uitgebreid over haar leven en hoe zij het Ontmoetingscentrum ervaart. Ze heeft een mooi leven gehad, maar is nu vrij eenzaam. Haar kinderen zoeken haar weinig op. *"Ik wil eigenlijk dood. Maar ja",* verzucht mevrouw C, *"het is wel fijn om hier te komen (Ontmoetingscentrum), dan ben ik tenminste mijn appartement uit."* Ze vertelt verder over wat ze doet in het Ontmoetingscentrum: *"we drinken hier koffie, kletsen wat met elkaar en in de middag krijgen we warm eten. Dat is erg lekker. In Simeon & Anna (verzorgingstehuis met intramurale dagbesteding) werd zelf gekookt, maar hier komt het eten van buiten (catering). Maar het eten is van goede kwaliteit hoor!"*

Medewerkers van het Ontmoetingscentrum geven aan dat de aanwezigheid van het kinderdagverblijf positief wordt ervaren door mensen met geheugenproblemen. Kinderen komen langs in het Ontmoetingscentrum waardoor er spontaan contact en afleiding is. Ook kijken bezoekers van het Ontmoetingscentrum door de ramen naar buiten om spelende kinderen te zien.



Het feit dat dagbesteding niet binnen de muren van een zorginstelling wordt aangeboden, maar in een multifunctioneel centrum zou het stigma van dagbesteding moeten verkleinen en ouderen meer integreren met andere doelgroepen (interview manager). De locatie kan inderdaad een voordeel zijn wat dat betreft, maar sommige bezoekers geven aan dat het ook een nadeel is. In vergelijking met de dagbesteding bij Simeon & Anna is de sfeer in 't Slag minder warm. Mevrouw C verwoordt het als volgt: *“Bij Simeon Ana was het fijner, daar had je ook winkeltjes zitten, een supermarktje, gezellig, daar ging ik altijd naar toe. Hier heb je geen winkels (alleen maar professionele organisaties, LO). Bij Simeon & Anna kende je ook de conciërge die regelde ook het vervoer etc. Fijn, bekend, knus. In het begin moest ik erg wennen aan de nieuwe dagbesteding (Ontmoetingscentrum in 't Slag), het was een beetje kil.”*

### **Onbedoelde gevolgen van het fysieke design & inrichting van 't Slag**

De rondlopende gang zorgt voor veel verwarring bij bezoekers: bij welke wachtkamer (groen, geel, rood) of welk kantoor moet ik zijn? Bezoekers hebben vaak het gevoel in een doolhof te lopen ondanks de aanwezige bewegwijzering. Daarnaast is de looproute naar de laatste wachtkamer van de huisartsen vrij lang vanwege de ronde vorm van het gebouw. De bezoeker moet eerst langs allerlei kantoren lopen. Een kortere looproute zou via de Vraagwijzer zijn, maar dit mag officieel niet omdat het de looproute betreft van een andere organisatie (er bestaan gescheiden organisatorische territoria in 't Slag ondanks de gemeenschappelijke verdieping).

De wachtkamers van het gezondheidscentrum ervaren bezoekers als krap qua omvang, helemaal tijdens de drukbezochte inloopsprekuren. Dit heeft gevolgen voor de in- en exclusie van bezoekers en indirect ook voor de toegankelijkheid. Tijdens observaties van het inloopsprekuren bleek bijvoorbeeld dat minder valide bezoekers in rolstoel & ouders met kinderwagens slechts beperkt zitting kunnen nemen in de wachtkamers omdat er weinig vrije ruimte is om rolstoelen of babywagens te parkeren. Zij wachten dus vaak op de rondlopende gang. Hierdoor kan (onbewust) het signaal worden gegeven dat zij minder welkom zijn.

Tijdens drukbezochte inloopsprekuren moeten sommige bezoekers soms meer dan een uur wachten zonder precies te weten wanneer zij aan de beurt zijn. Het gevolg is dat bezoekers veel heen en weer lopen naar de fysieke balie van het gezondheidscentrum (bij de entree) om te informeren wanneer zij geholpen worden. Dit zorgt voor onrust en enige onvrede in de wachtkamer. Voor bezoekers is het daarnaast verwarrend dat er een grote variatie is tussen huisartsen in werktempo. Officieel houden huisartsen 5-minuten consulten tijdens het vrije inloopsprekuren. Tijdens een 5-minuten consult is er alleen tijd voor enkelvoudige, medische vragen: multi-problematiek blijft in principe buiten beschouwing. Vanuit de wachtkamer wordt 'de snelwerkende huisarts' beschouwd als de 'goede' huisarts (hoe patiënten met multi-problematiek het consult zelf ervaren is niet meegenomen in dit onderzoek). Wanneer patiënten die net arriveren in de wachtkamer gelijk aan de beurt zijn bij een snelwerkende huisarts kan dit onrechtvaardig overkomen bij patiënten die lang moeten wachten. Incidenteel vertrekken bezoekers die te lang moeten wachten.

Vanuit de huisartsen bezien, is de organisatie van het inloopspreekuur een uitdaging. Hoe ga je om met een enorme zorgvraag in een beperkte tijdspanne? Hoe communiceer je dat het inloopspreekuur alleen voor enkelvoudige medische vragen is en dat mensen eerst andere oplossingen dan de huisarts kunnen inzetten (e.g. hulp van de familie, self-management of de multi-mediale gezondheidstafel)? En hoe bewaar je continuïteit van zorg met een wisselende patiëntenpopulatie en doorverwijzingen naar andere hulpverleners? Vanwege een taalbarrière is het vaak moeilijk om bezoekers duidelijk te maken wat het specifieke doel is van het inloopspreekuur. Tevens bestaat bij bezoekers de verwachting dat je gelijk geholpen wordt en dat de huisarts in staat is om ingewikkelde problemen op te lossen (medisch of niet-medisch). Het claimen van zorg en aandacht kan botsen met de specifieke doelstelling van het inloopspreekuur om medische vragen snel af te handelen. Wanneer vragen buiten het medische domein vallen, is het idee dat huisartsen doorverwijzen naar andere hulpverleners (e.g. POH GGZ, Vitaliteitswijzer, Vraagwijzer, PA). Tegelijkertijd willen sommige huisartsen liever zelf patiëntvragen afhandelen om de continuïteit van zorg te bewaren en/of het eigen werkdomein niet te veel in te perken. Hierdoor blijft de druk op de huisartsen tijdens inloopspreekuren vaak groot en wisselen de werktempo's van huisartsen sterk.

In tegenstelling tot andere Vraagwijzers in Feijenoord, heeft de Vraagwijzer in 't Slag in het begin weinig bezoekers gehad, hoewel de inloop de laatste tijd is toegenomen. De inloopfunctie en laagdrempeligheid van de Vraagwijzer kan echter nog verbeterd worden in vergelijking met andere Vraagwijzers. Er zijn verschillende verklaringen waarom de Vraagwijzer in 't Slag minder inloop heeft. De locatie in 't Slag speelt een rol. De Vraagwijzer gevestigd op de 1<sup>e</sup> verdieping i.t.t. andere Vraagwijzers die op de begane grond zijn gevestigd. Hierdoor is de Vraagwijzer minder vindbaar volgens de consultants. Ook hebben bezoekers bepaalde verwachtingen. Bij de Vraagwijzers die gevestigd zijn in wijkcentra, zijn mensen gewend om al naar het maatschappelijk werk te gaan en vragen over schuld te stellen. Bezoekers van 't Slag hebben wellicht in mindere mate de verwachting om voor schuldzaken terecht te kunnen.

Samenvattend kan worden gesteld dat MFA 't Slag door bezoekers wordt gewaardeerd als professioneel dienstencentrum dat meerdere instanties handig onder één dak samenbrengt. Zij bezoeken 't Slag vaak gericht vanwege een of meerdere consulten of zijn aanwezig voor dagbesteding (ouderen) of kinderopvang (De Maan). Door de gemeenschappelijke huisvesting van voorzieningen, genereert 't Slag ook intern contact tussen verschillende doelgroepen, onder andere tussen kinderen uit het kinderdagverblijf en ouderen van het Ontmoetingscentrum. Vooralsnog lijkt 't Slag niet door bezoekers te worden gezien als een sociale ontmoetingsplek in de wijk (zie hierover meer in paragraaf 2.1.3): bezoekers komen gericht op bezoek bij professionals.

### **2.1.3 Waardering en lezing van MFA 't Slag door professionals en managers**

Naast bezoekers, is ook bij professionals en managers verkend hoe zij 't Slag ervaren. Over het algemeen beschouwen professionals 't Slag als een prettige werkomgeving. Het moderne design wordt gewaardeerd evenals de ruimtelijkheid van het gebouw. De

uitstraling van 't Slag wordt vaak omschreven met de termen 'modern', 'imposant' en 'professioneel'. Daarnaast wordt de multifunctionaliteit van het gebouw ook als een belangrijk voordeel gezien (zie paragraaf 2.2. voor een verdere analyse van deze multifunctionaliteit & samenwerking):

*"Ik vind het een mooi pand: gewoon al die centrale functies! Ik ben blij dat de bieb er zit."* (Indigo)

*"Wat nieuw is dat de podotherapeuten nu tegenover me zitten, dus dat ik niet eerst de straat om de hoek moet (...). Wat nieuw is de ouderen geneeskunde (specialist, LO), die zat er nooit bij en de POH GGZ die zat er natuurlijk ook nooit. Dus er komen wel meer samenwerkingspartners bij. En het Alzheimer café hierboven heb ik natuurlijk gemak van en van de Vraagwijzer. Ja, ik vrees voor alle mensen die niet zo'n centrum zitten als wij!"* (POH somatiek)

Er is dus een positieve waardering voor 't Slag als werkomgeving, zowel in termen van functionaliteit als in termen van de sociale omgeving die 't Slag biedt, maar professionals zien ook ruimte voor verbetering. Ze geven bijvoorbeeld aan dat het gebouw nog niet echt 'van hen' voelt en dat noodzakelijke aanpassingen aan werkruimtes moeizaam tot stand komen. De architect en verhuurder Havensteder staan bijvoorbeeld niet toe dat aan de witte kantoor- en gangmuren foto's, voorlichtingsposters of folderrekjes worden gehangen. De verhuurder en de architect willen zoveel mogelijk een cleane uitstraling behouden en esthetische 'verrommeling' van het gebouw tegengaan. Dit is jammer volgens professionals, omdat met enige aanpassingen de werkbaarheid van het gebouw vergroot kan worden en beter rekening kan worden gehouden met behoeftes van patiënten. In de beginfase van 't Slag was er een strijdpunt of er luxaflex voor de open consultkamers mocht worden gehangen. Volgens enkele POH'er hadden patiënten weinig privacy omdat men zowel vanuit de gang als de binnentuin naar binnen kon kijken:

*"POH somatiek 1: We mochten hier ook allemaal geen luxaflexen van de architect (...). Het is natuurlijk belachelijk, iedereen zit hier in het zicht, het gaat toch niemand wat aan wie er bij binnen zit? Mensen hebben toch recht op privacy. (...). Soms moet je iets controleren of je zet ze neer en dan moet je voeten controleren en denk je voeten? Maar sommige mensen zijn ook Moslim en die vinden dat gewoon vervelend. POH Somatiek 2: Of dat de hele trui uit moet en dan zitten ze hier in hun BH. POH Somatiek 1: Dus in het begin zaten patiënten ook gewoon te zwaaien naar de overkant, dan zagen ze ineens een bekende, dan denk ik 'dat moet niet' (...). Nu hebben we luxaflex dus nu zijn ze gewoon naar beneden en dan is er niets aan de hand, maar denk ik wel 'wat een moeite heeft dat gekost voordat we dat hadden'. En ook op de gang, wij hebben mooie posters van longen, voetverzorging, dan weer een uitnodiging voor een informatieavond in het Maasstadziekenhuis, denk ik 'je kunt ze nergens kwijt.'*

Aanpassingen in de 'openheid' van het gebouw beperken zich niet tot luxaflex voor de ramen, maar omvatten ook fysieke aanpassingen, zoals het aanpassen van de balie bij het gezondheidscentrum op de 1<sup>e</sup> verdieping. Deze balie is niet alleen het aanspreekpunt voor patiënten van het gezondheidscentrum, maar fungeert vaak als algemeen aanspreekpunt voor inkomende bezoekers. Wanneer bezoekers instanties niet kunnen vinden, vragen ze vaak bij de balie van het gezondheidscentrum de weg. Helemaal in de beginperiode toen er nog geen bewegwijzering was, werd de balie van het gezondheidscentrum overspoeld met vragen. Ook nu nog ontvangt de balie veel algemene bezoekers, aangezien de officiële ontvangstbalie op de begane vloer op dit moment onbemenst is. Volgens de baliemedewerksters is het niet altijd prettig om achter een lage, open balie te werken: je kunt niet rustig werken aan administratieve klussen als je constant aangesproken wordt. Daarnaast hebben baliemedewerkers te maken met agressieve of eisende patiënten die fysiek dichtbij kunnen komen. Uit de volgende observatieaantekeningen van een gesprek in de koffiekamer blijkt hoe een baliemedewerker het toegankelijke en laagdrempelige karakter van de balie wil beperken om zo een veiliger gevoel te creëren voor medewerkers en meer privacy voor patiënten:

*Interviewer: "Heb jij ook last van verbale agressie?" Baliemedewerkster: "jaaah! Zeker. Ik zit al twee jaar in een clubje om de veiligheid van de balie te verbeteren. Maar het schiet maar niet op. Het liefste wil ik de balie zoals het station bij de NS: helemaal dicht, dat je alleen een klepje hebt waar je iets doorheen kan schuiven. Maar dat gaat waarschijnlijk niet lukken. Maar we willen hier in ieder geval de balie verhogen, dat lage gedeelte voor de gehandicapten, dat moet omhoog. Mensen hangen er helemaal over heen! Als ze boos worden....En ze hoesten zo over je heen! En ze hebben geen manieren: ze drukken bij de balie tegen elkaar aan. Het lastige is wel dat bezoekers aan de balie geen privacy hebben: iedereen krijgt zo mee wat de klachten zijn. Dus we willen met glas scheidingen maken, zodat patiënten meer privacy hebben."*

Aanpassingen aan de fysieke lay-out – in dit geval de balie – kunnen tot gevolg hebben dat andere waarden in het gebouw worden verwerkt, zoals veiligheid van medewerkers en privacy. Tegelijkertijd kunnen deze nieuwe waarden op gespannen voet staan met de oorspronkelijke waarde van toegankelijke zorg voor patiënten met een handicap. Het verhogen van de balie is vanuit het oogpunt van de bezoeker met een handicap een ongunstige ontwikkeling. Bij het maken van aanpassingen is het dus van belang om rekening te houden met tegengestelde belangen en een compromis te maken tussen verschillende waarden.

Het architectonische ontwerp van 't Slag is erg ingestoken vanuit een interdisciplinaire en sector overstijgende insteek. De naamgeving van 't Slag sluit daarbij aan. Het is bewust niet een geïntegreerd eerstelijns centrum genoemd omdat daarmee de nadruk ligt op gezondheid, maar een Multifunctionele Accommodatie dat naast gezondheid, ook welzijn, wonen, en dagbesteding omvat. Opvallend is dat de meeste geïnterviewde professionals aangeven dat 't Slag aanvoelt als 'een ziekenhuis', 'een medisch centrum' of 'gezondheidscentrum' (meerderheid interviews). Volgens

professionals en managers heeft 't Slag voornamelijk een 'klinische' en 'steriele' uitstraling:

*'Dit is natuurlijk heel clean, heel...bijna steriel zou je zeggen als je binnenkomt. Die witte gangen en al die deuren, dus een beetje ziekenhuis-achtig.'*

(Centrummanager)

De steriele uitstraling komt onder andere door de witte, kale muren en het klikkende geluid dat hakken maken op de lange ronde gangen (met name de 1<sup>e</sup> verdieping). Daarnaast wordt de klinische uitstraling gelinkt met de aanwezigheid van het gezondheidscentrum De Randweg. Het gezondheidscentrum heeft relatief veel medewerkers in dienst, waardoor zij numeriek in overwicht zijn. Daarnaast drukt de medische status van huisartsen ook een bepaalde stempel op 't Slag in de ogen van sommige geïnterviewden, zoals Vraagwijzer consultants en maatschappelijk werkers.

Als gevolg van deze medische uitstraling, voelt 't Slag soms wat serieus. Bezoekers komen er vaak wanneer ze bepaalde problemen hebben (medisch/mentaal/schulden/etc.) en verwachten dat ze geholpen worden door professionals. Er lijkt minder een sociale ontmoetingsplek voor de wijk te ontstaan:

*"Het is niet echt een wijkgebouw: het is echt wel een gezondheidscentrum (...). Is niet erg, want dat is eigenlijk waar het voor gebouwd is en dat straalt het ook uit."*

(maatschappelijk werker)

Ondanks dat 't Slag niet aanvoelt als een algemene wijkaccommodatie, hebben zowel het Ontmoetingscentrum als de bibliotheek in 't Slag als doel om sociale ontmoeting te bevorderen tussen bezoekers en een inloopfunctie voor de wijk te genereren. Op de website van Laurens wordt het Ontmoetingscentrum als volgt omschreven:

*"Goed bereikbare, laagdrempelige locaties in de wijk waar ook buurtbewoners binnenlopen."* (website Laurens)

In een interview beschrijft een manager van Laurens, dat het ontmoetingscentrum een manier is om minder 'instellingsgericht' en meer 'wijkgericht' te werken:

*"Laurens is een zorgorganisatie. Wij zijn wel steeds meer naar buiten gericht, maar verzorgingstehuizen zijn altijd erg op zichzelf."*

*"Aan de deur neemt een mantelzorgpersoon afscheid en die is voor de rest niet meer in beeld. Die bel je wel eens om een zorgplan te bespreken, maar verder is hij niet in beeld. Het grote verschil met het ontmoetingscentrum is dat we behalve voor deelnemers een programma hebben, ook voor die mantelzorgers. Ook zitten ze niet in een zorginstelling. Ze zitten in een gebouw waar als iemand binnenloopt niet meteen een bordje op z'n hoofd staat van 'ik ben ziek'. Mensen ervaren dat wel als ze in een verzorging- of verpleegtehuis binnenlopen: daar wil je ver vandaan blijven. Of als je geen ziekte-inzicht hebt, zie je ook absoluut niet de noodzaak niet*

*om een verzorgingstehuis binnen te stappen. Wij zitten in een gebouw als dit, waar ook een bibliotheek en een kinderdagverblijf en andere dingen zitten, lopen die mensen veel vaker naar binnen. Ik heb nu mensen die anders nooit gekomen waren. Die komen niet naar de dagopvang, die komen naar de schilder club.”*

Een wijkgerichte aanpak van dagbesteding kan dus normaliserend werken voor dementerende ouderen, maar roept ook conflicten op met de nog steeds aanwezige zorglogica. Een initiatief uit de wijk om met een groep van 40 wijkbewoners, inclusief kinderen, te gaan koken met de doelgroep van het Ontmoetingscentrum, werd gezien als ‘te belastend’ voor mensen met geheugenproblemen. Wijkgerichte activiteiten moeten bij voorkeur ‘gestructureerd’ en ‘goed geregeld’ verlopen zonder te veel chaos en rondrennende kinderen over de gangen. Een geslaagd voorbeeld van een meer gestructureerd wijkinitiatief was de Nationale Pannenkoekendag, waarbij een schakelklas van jonge kinderen die pas net in Nederland waren zelf pannenkoeken hebben gebakken en geserveerd voor de bezoekers van het Ontmoetingscentrum.

Er vinden dus wijkinitiatieven plaats in het Ontmoetingscentrum, maar een ‘vrije’ inloofunctie blijft in de praktijk beperkt. Vanwege de locatie op de 3<sup>e</sup> verdieping is er een barrière om zonder specifieke reden binnen te lopen, aldus een medewerker. De oude dagbestedingslocatie van Laurens in een zorginstelling was wel gelijkvloers, waardoor je vanuit de wijk gemakkelijker binnen kon lopen. De manager geeft daarnaast aan dat het ook voordelen heeft om juist op de derde verdieping gevestigd te zijn en een gesloten afdeling te hebben (i.e. de deuren van het Ontmoetingscentrum zitten standaard op slot):

*“Ik voel me daar heel prettig bij: om de rust te bewaren ook. Mijn medewerkers hoeven zich niet druk te maken om dingen die in de hal gebeuren. Als je beneden zit heb je dat wel. Er komen alleen maar mensen boven die er horen. In het begin was die wegbewijzing nog niet zo goed en stonden er constant mensen aan de deur te trekken. Mensen zien niet dat het een gesloten stuk is en gaan aan die deuren trekken, dus we moesten echt een bordje ophangen met ‘niet aan de deur trekken’.”*  
(Ontmoetingscentrum)

De bibliotheek, die op de begane grond is gevestigd, heeft naast een uitleenfunctie van boeken ook als doel om te fungeren als een sociale ontmoetingsplek in de wijk. Zo worden er bijeenkomsten georganiseerd om de wijk ‘naar binnen te halen’, zoals voorleesactiviteiten voor laaggeletterden, voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders & kinderen (e.g. over het thema groente eten) en het vertonen van filmpjes van oud Rotterdam. Hiermee probeert de bibliotheek in te spelen op behoeftes die in de omliggende wijken leven (Bloemhof, Hillesluis, Vreewijk). Bij dit soort wijkgerichte activiteiten zoekt de bibliotheek zowel de samenwerking met lokale partijen, zoals de ondernemingsvereniging, als partijen in ‘t Slag zelf, zoals het Centrum voor Jeugd en Gezin. De bibliotheek vat haar taakopvatting dus ruimer op dan alleen het uitlenen van boeken en het onderhouden van een literatuur collectie. Tegelijkertijd is het de vraag of de bezoekers de bibliotheek wel beschouwen als een plek voor gezamenlijke co-creatie en/of sociale ontmoeting:

*“Wij hadden daar ook behoorlijke ideeën over, dure woorden als co-creatie. Als mensen zelf iets willen inbrengen in de bibliotheek... we hebben presentatie meubeltjes, mensen willen dat gewoon helemaal niet weet je wel, wij dachten mensen willen misschien hun leesvoorkeuren delen. Ze willen gewoon boeken lenen of ze willen hier gewoon zitten.”*

De bibliotheekmanager is van mening dat de sociale ontmoetingsfunctie nog meer ontwikkeld kan worden:

*“Kijk, op zich halen we best aardige bezoekersaantallen. Ik...even uit mijn hoofd zitten we boven de 100.000 per jaar. Dat vind ik op zich wel heel erg netjes, maar eh, ik zou gewoon wel meer willen zien wat de bibliotheek een beetje leeft bij mensen. Dat ze hem inderdaad gebruiken waar voor wij denken dat ze hem kunnen gebruiken. He, het is gewoon een plek waar je gewoon samen rond onderwerpen aan de slag kan gaan, waar je mensen kan ontmoeten. En dan hoeft het van mij niet per se over literatuur te gaan maar wel over dingen waar je informatie voor nodig hebt of eh onderwerpen die in de wijk spelen. Dat je de bibliotheek ook kan gebruiken als een plek waar je zeg maar medestanders zoekt. Maar dat komt gewoon niet goed van de grond vind ik. Ik heb hier ook paar keer een Zuiderling café gehouden nou ja, er komen wel wat mensen, er lopen best wel 10 mensen binnen maar het is niet dat je denkt, wow.” (bibliotheek)*

Wanneer we kijken naar het fysieke design van de bibliotheek, is sociale ontmoeting tussen verschillende doelgroepen *binnen 't Slag* wel een belangrijk uitgangspunt. Zo staat de bibliotheek door middel van een speelglijbaan in verbinding met het kinderdagverblijf. Ook zijn er 'gaten' gemaakt, zodat er doorkijkjes zijn naar het kinderdagverblijf. Verschillende leefwerelden komen dus letterlijk samen in de fysieke ruimte van 't Slag. Dit geeft echter wel enige geluidsoverlast: helemaal voor de computerruimte in de bibliotheek. Ontmoeten en stil werken/lezen gaan dus niet altijd samen. De binnentuin, waaraan de bibliotheek grenst, is eveneens gebouwd vanuit de gedachte van ontmoeting. Deze binnentuin kan zich met name in de zomer ontwikkelen als ontmoetingsplek voor wijkbewoners, hoewel tot nu vooral medewerkers er samenkomen.

Kortom, professionals beschouwen 't Slag als een prettige werkomgeving. Zij geven daarbij wel aan dat zij graag meer ruimte willen om aanpassingen te maken aan het gebouw. In zeker zin stellen zij dat het gebouw zou moeten kunnen 'leren' van de ervaringen van gebruikers (Brand 1995). Daarbij komt dat ondanks de multifunctionele insteek 't Slag voor veel professionals voelt als een 'medisch' centrum met een klinische uitstraling. Het is de vraag of deze medische/professionele uitstraling ook andere (potentiele) functies uitsluit, zoals een sociale ontmoetingsplek voor wijkbewoners. In ieder geval lijkt het extra werk met zich mee te brengen om de niet-gezondheidsgerelateerde functies in het gebouw beter in te bedden.

## 2.2. Ontkokeren: multidisciplinaire samenwerking tussen professionals

Gezamenlijke huisvesting van verschillende organisaties, professionals en disciplines onder één dak is volgens de initiatiefnemers van 't Slag een belangrijke manier om korte lijnen tussen professionals te creëren (visiedocument 2007; Voortgangsrapportages 2008-2013). Hierbij is de centrale aanname dat fysieke nabijheid zorgt voor betere samenwerking tussen professionals en geïntegreerde ondersteuning aan burgers met multi-problematiek: een doelgroep die 't Slag relatief veel bezoekt. Hoe pakken deze verwachtingen uit in 't Slag?

### 2.2.1 Fysieke nabijheid: niet de enige factor die meespeelt bij samenwerking

Fysieke nabijheid is belangrijk voor het aangaan van nieuwe samenwerking tussen professionals en het snel kunnen doorverwijzen van cliënten. Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat het niet de enige factor is die bepaalt of professionals samenwerken. Oude samenwerkingsverbanden 'van voor 't Slag' spelen een belangrijke rol en zijn vaak nog leidend voor naar wie men cliënten doorverwijst. Ook kan bureaucratische afstand en sociale afstand soms zwaarder wegen dan fysieke nabijheid (Stoopendaal 2008). We lichten deze conclusies toe aan de hand van voorbeelden in de volgende alinea's.

Fysieke nabijheid wordt veelal gezien als een belangrijke voorwaarde om goed te kunnen samenwerken rondom cliënten met multi-problematiek. Verschillende professionals geven aan dat het handig is om 'gezichten' te kennen en andere professionals kort gesproken te hebben, zodat je weet naar wie je kan doorverwijzen mocht een probleem van een patiënt buiten de eigen professionele discipline vallen:

*"Je merkt dat het hier makkelijker gaat, want je loop toch gemakkelijk bij elkaar naar binnen, ook bij de Zichtbare Schakels, je ziet ze in de koffiekamer, de Vraagwijzer kan je gemakkelijker naar toe. Dus buiten het netwerkoeverleg dat we één keer in de maand hebben loop je makkelijker naar elkaar toe. En kan je mensen ook beter doorverwijzen. Want soms met de Vraagwijzer durven mensen daar niet eens naar toe, en dan zeg ik: 'ik loop wel even met je mee hier aan het eind van de gang, of ik wijs even waar het is.'" (POH'er GGZ).*

*"Wij verwijzen naar de huisarts hier beneden, zo van 'loop maar even naar beneden en maak maar even een afspraak'. Toch fijn als de huisarts er even naar kijkt en andersom ook wel: een telefoontje of ze lopen langs of ze mailen eventjes 'joh deze moeder is bij mij geweest van dit en dit, de groei loopt niet lekker of thuis gaat het niet goed', of wij ze extra op kunnen roepen." (verpleegkundige Centrum voor Jeugd en Gezin)*



*“Ik heb gebeld: joh, ik zit ook in dit gebouw en is het goed als we bij elkaar komen en even een gesprek hebben over de werkwijze want ik weet dat ik met hen (Zichtbare Schakels, LO) wel heel veel raakvlakken heb.” (Maatschappelijk werker, DOCK).*

Het leren kennen van gezichten en het voorstellen aan elkaar is vooral in de beginfase van ‘t Slag vanzelfsprekend. Daarna ervaren sommige professionals een barrière om zich alsnog voor te stellen:

*“Om even op die gezichten terug te komen: wat ik hier mis, ja je ziet elkaar wel, en in het begin heb je elkaar misschien een handje gegeven, maar dat doe je nu niet meer. En ook niet echt als er een nieuw gezicht bij de Vraagwijzer is, dan is het toch ook maar langs elkaar heenlopen op de gang en ‘goedemorgen, goedemiddag’ zeggen, maar verder dan groeten komt het dan niet. Dus wat ik een beetje mis is toch van: “wie ben je nou eigenlijk, wat doe je?” En dan kan je natuurlijk naar elkaar toelopen, maar dat vergt dan toch te veel investering of zo. Of daar is dan toch een bepaalde drempel voor. Dus ik zou graag iets van een smoelenbord ofzo in de koffiekamer willen hangen, zodat ik weet: oke, jij bent een maatschappelijk werkster, dus ik spreek jou daar eens op aan of ik heb daar een vraag over.” (huisarts).*

Deze drempel wordt verlaagd door de netwerklunch die in ‘t Slag één keer per maand plaatsvindt. Tijdens deze lunch leren verschillende professionals van ‘t Slag, maar ook daarbuiten, elkaar beter kennen. Ook heeft Samen één in Feijenoord een smoelenboek opgesteld van professionals werkzaam in de wijk, dat iedereen kan raadplegen (zie paragraaf 2.3.1. voor een verdere analyse van de bijdrage van de netwerklunch).

Dankzij gezamenlijke huisvesting, komen er ook nieuwe samenwerkingsverbanden tot stand. Zo voeren de POH’er somatiek en de specialist ouderengeneeskunde van Laurens gemeenschappelijke huisbezoeken uit bij kwetsbare ouderen. Hierbij focust de POH’er somatiek zich vooral op geprotocolleerde zorg zoals diabeteszorg. Maar het is fijn om even te checken bij de ouderenspecialist of dit past binnen het bredere beeld van de patiënt. De ouderenspecialist verwoordt de meerwaarde van de samenwerking als volgt:

*“Het nut van mij is dat ik echt meer de helikopterview heb over het geheel dus niet alleen maar somatisch. En (dat ik) verder ook (...) sociale en cognitieve dingen eruit pik.” (ouderenspecialist Laurens).*

Daarnaast overlegt de POH’er somatiek ook met medewerkers van het Ontmoetingscentrum om de zorg rondom ouderen beter af te stemmen:

*“Ik heb maandag, deze week, ook overleg gehad met de verzorgende van boven en we willen ook gaan kijken hoe we de samenwerking van het noteren beter kunnen krijgen en dat we ook als we mensen tegenkomen die dement zijn of waar je twijfels*

*voor hebt, dat je die eerder naar hen toestuurt of naar het Alzheimer café.” (POH’er somatiek).*

Een ander voorbeeld van samenwerking is tussen het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) met zowel de bibliotheek als kinderdagverblijf De Maan. Verpleegkundigen van het CJG schuiven bijvoorbeeld aan bij ouderavonden om iets te komen vertellen over kinderziektes. Ook worden er ieder kwartaal voorlichtingen georganiseerd waarbij de bibliotheek en het CJG samenwerken. De onderwerpen variëren, zoals groente eten of het gebruik van leeftijdsadequaate speelgoed. Hierbij maken de bibliotheek en het CJG gebruik van elkaars expertise: de bibliotheek doet de PR en het CJG levert inhoudelijke expertise.

Fysieke nabijheid is dus belangrijk voor goede samenwerking, maar speelt lang niet altijd een bepalende rol. Oude samenwerkingsverbanden van ‘voor ‘t Slag’ zijn vaak richtinggevend voor samenwerking rondom multi-problematiek. Deze oude samenwerkingsverbanden worden vaak ‘mee gekopieerd’ naar ‘t Slag, ondanks dat samenwerkende partijen elders in de wijk zijn gehuisvest:

*“Het Centrum voor Jeugd en Gezin heb ik eigenlijk nog niet nodig gehad (...). We hebben opvoedondersteuners en als ik merk dat moeders moeite hebben met de opvoeding, dan verwijst ik ze eerst naar ons, naar onze collega.” (maatschappelijk werker DOCK)*

Een ander voorbeeld betreft bestaande samenwerkingsrelaties vanuit het oude gezondheidscentrum de Randweg. POH’ers somatiek werkten op de Randweg vaak samen met Buurtzorg en deze samenwerkingsrelatie blijft voortbestaan in ‘t Slag, terwijl Buurtzorg inmiddels elders kantoor houdt. Met de thuiszorgpartij die wel in hetzelfde gebouw is gevestigd – Thuiszorg Rotterdam – heeft men juist weinig samenwerking. Dit wijten de POH’ers aan de reactiesnelheid van organisaties en de bureaucratische afstand die zij ervaren:

*“Bel je Buurtzorg en die zeggen: ‘ja is goed, dan ben ik er om half vier’ (bij een patiënt thuis) (...) Terwijl de thuiszorg, het zijn allemaal prima meiden, niks op tegen, maar het feit dat je dan weer een uitvoeringsverzoek naar het hoofdkantoor moet doen...”*

Ook uit de volgende observaties in de koffiekamer, blijkt dat fysieke nabijheid geen garantie is voor goede samenwerking of het op de hoogte zijn van andermans werk. Andere factoren spelen een belangrijkere rol, zoals gevoelde bureaucratische afstand:

In de koffiekamer van ‘t Slag raak ik in gesprek met twee huisartsen. Ik vraag hen of ze samenwerken met andere partijen in ‘t Slag. Beide huisartsen lachen wat ongemakkelijk. De vrouwelijke huisarts antwoordt: *“Het consultatiebureau zit boven, daar werk ik niet mee samen. En hoe heten ze ook al weer? De Zichtbare Schakels zitten hier op de gang: maar daar kwam ik pas laatst achter. Wat doen zij eigenlijk?”* De mannelijke huisarts springt bij: *“Ik had laatst een huisbezoek bij een*

*Kaapverdische man en toen heb ik de Zichtbare Schakel ingeschakeld. Maar ze coördineren alleen. Dus ja...Als mensen echt ziek zijn en zorg thuis nodig hebben, bel ik de Buurtzorg meestal. En verder: ik schakel meestal de POH GGZ in als er geestelijke problemen zijn.” Onderzoeker: “En werk je samen met Indigo (basis GGZ) hier op de gang?” Huisarts: “Nee ik werk meestal met de POH’er GGZ. Omdat als je een patiënt aanmeldt bij Indigo dan kost dat veel tijd en papierwerk. Je moet een fax sturen en je hoort soms niets terug. Dan denk je na twee weken: hoe zit het nu? Dus ze zitten wel op de gang, maar ik werk er meestal niet mee samen. De POH wel, die verwijzen als het nodig is door naar Indigo en doen dan de aanmelding.”*

Er bestaan grote verschillen tussen huisartsen onderling in samenwerkingsbereidheid. Sommige huisartsen zijn meer gericht op samenwerking met hulpverleners in 't Slag en de wijk en verwijzen vragen vaker door, terwijl andere huisartsen de voorkeur geven aan het zelfstandig afhandelen van vragen in de spreekkamer. Ondanks deze verschillen, is een belangrijke gemene deler dat het voor huisartsen lastig is om een goed overzicht te hebben van alle partijen in de wijk vanwege de vele wisselingen van aanbieders. Oude samenwerkingsrelaties en vaste contacten zijn dan vaak bepalend. Dit sluit wel nieuwe contacten uit. De Zichtbare Schakel merkt in een interview op dat de samenwerking met huisartsen beperkt is in 't Slag vanwege oude contacten met Buurtzorg:

*“Wij zitten hier in het gebouw en ik merk toch dat wij vrij weinig aanmeldingen krijgen van huisartsen in dit gezondheidscentrum (...). Ik heb het idee dat ze heel erg nauw samenwerken met Buurtzorg en dat ze dan denken ‘nou ja dan werken we wel samen’, en dat de huisartsen waarschijnlijk denken dat dat hetzelfde is (Buurtzorg en Zichtbare Schakels, LO), maar dat is niet zo.”*

We kunnen dus concluderen dat in 't Slag fysieke nabijheid verschillende samenwerkingsverbanden & snelle/warme doorverwijzing bevordert, maar dat nabijheid niet per definitie leidt tot uitwisseling. Andere factoren dan fysieke nabijheid spelen soms een meer zwaarwegende rol bij samenwerking, zoals oude samenwerkingsverbanden en gevoelde bureaucratische afstand.

### 2.2.2 Sociale nabijheid en afstand

Uit de vorige paragrafen blijkt dat het kennen van gezichten en het bij elkaar naar binnenlopen bijdraagt aan korte lijnen tussen professionals & samenwerking kan bevorderen. Tegelijkertijd wordt er soms ook sociale afstand gevoeld binnen 't Slag: vooral ten opzichte van de medische wereld van het gezondheidscentrum. Uit de interviews met de Vraagwijzer consultants en maatschappelijk werk, blijkt dat zij vaak sociale afstand voelen ten opzichte van medewerkers van het gezondheidscentrum. Vooral in de gemeenschappelijke koffiekamer wordt deze afstand gevoeld:

*“Ik kom daar wel eens binnen (koffiekamer, LO) en dan zeg ik ‘goedemorgen’ en dan is er niet één die gedag terug zegt. Interviewer: “Echt waar?” Geïnterviewde:*

*“Sinds ik hier ben. Maar dat is niet alleen bij mij. De rest van mijn collega’s hebben dat ook.” Interviewer: “De Vraagwijzer?” Geïnterviewde: “Ja. Dat is echt heel lomp. Dat slaat nergens op. Echt, iedereen kijkt dan om, kijkt me aan. Nou ik m’n kopietje doen of ik ga mijn scan maken want dat apparaat staat daar. En dan loop ik weer weg. Maar ik vertik het om het niet te doen. Ik zeg iedere keer ‘goedemorgen’ (...). Ik kan me best voorstellen dat zij daar dan zitten, dat er dan heel veel mensen dan misschien binnenkomen, dat ze iedere keer gedag moeten zeggen. Maar toch is het raar.” (maatschappelijk werker).*

*“Ze lopen je snel voorbij. Want toen wij hier kwamen hadden we ook het gevoel dat we niet echt welkom waren, dus je komt een lunchruimte binnen en je zegt goedemorgen en dan krijg je tot de dag vandaag geen goedemorgen terug.” (Vraagwijzer consulente).*

Sociale afstand wordt niet alleen bepaald door omgangsvormen, maar ook door praktische redenen: het spreekuur van de Vraagwijzer is in de ochtend en overlapt met de koffiepauze van de huisartsen. Vraagwijzer consulten geven aan dat het daardoor lastig is om voldoende contact te maken.

Vanuit het gezondheidscentrum, ervaart men niet in dezelfde mate deze sociale afstand. Desalniettemin wordt er wel een onderscheid gemaakt tussen internen (de Randwegmensen) en externen (andere organisaties in ‘t Slag):

*“Dus onze pauze, de koffiepauze, dan zie je toch voornamelijk de Randwegmensen. Omdat de koffieruimte ook gewoon te klein is om echt met zijn allen daar koffie te drinken. Dus ja, de externen, zeg maar, die zie je meer over de gangen en wel in de koffiekamer, maar bij het in- en uitlopen. En dan daarnaast bij de netwerklunches. Daar probeer ik wel bij te zijn, maar dat lukt niet altijd. Maar het is zeker niet zo dat alle huisartsen daarheen gaan.” (huisarts)*

Bij het overbruggen van sociale afstand kunnen de netwerklunches een belangrijke rol spelen, mits er genoeg mensen van het gezondheidscentrum participeren. Uit de observaties van de netwerklunches blijkt dat POH’ers aanwezig zijn, maar dat artsen minder vaak participeren. Ook het principe van meeloopdagen is een belangrijk overbruggingsmechanisme. Zo geeft een Vraagwijzer consulente aan dat een POH’er heeft meegelopen met de Vraagwijzer en dat dit veel inzicht gaf in elkaars werk, collegiaal overleg bevordert en een gevoel van nabijheid creëert:

*“Zij kwam toen bij ons en heeft toen een ochtendje meegelopen ook om een beetje een idee te krijgen van wat de Vraagwijzer nou voor mensen binnenkrijgt (...). Als ze klanten krijgt, dan komt ze af en toe binnenlopen van ‘ik heb zo’n zaak en wat is jullie idee daarover’. Dat is wel heel erg leuk.” (Vraagwijzer consulente).*

Ook wijk- informatiemarkten, waarbij verschillende organisaties standjes opzetten & informatie uitwisselen kunnen sociale afstand tussen professionals verkleinen. In het verleden heeft Samen één in Feijenoord in ‘t Slag al een wijk informatiemarkt

georganiseerd. Uit de observaties van deze markt bleek dat professionals vrijelijk langsliepen bij elkaars stand, kaartjes uitwisselden en informeel aan het netwerken waren. Ook uit interviews blijkt dat professionals dergelijke uitwisselingen waarden. Niet alleen om een overzicht te krijgen van 'wat er allemaal is' qua dienstverlening in de wijk (i.e. de sociale kaart), maar ook om later sneller bij elkaar binnen te lopen en sociale nabijheid te creëren.

### 2.2.3 Multi-problematiek vereist grenzenwerk tussen professionele domeinen

Bezoekers van 't Slag komen overwegend uit de omliggende wijken Vreewijk, Hillesluis en Bloemhof. In deze wijken is relatief vaak sprake van multi-problematiek (Visie geïntegreerde eerste lijn 2007). Hoewel de term 'multi-problematiek' suggereert dat de afkadering van deelproblemen voor zich spreekt, is dat minder vanzelfsprekend in de praktijk. Wat is precies een 'medisch' probleem en waar begint een 'sociaal' probleem? En hoe verhoudt stress over schulden zich tot klachten zoals chronische hoofd- en buikpijn? Vaak hebben burgers en dus ook professionals te maken met een kluwen van in elkaar grijpende problemen. Dit vereist grenzenwerk van de professional op verschillende niveaus. Ten eerste op het niveau van de probleemdefiniëring: is er sprake van een enkelvoudige of meervoudige vraag ('ontkluwen van complexe problematiek'), wat zijn de verschillende problemen, en verhouden die zich tot elkaar? Ten tweede op het niveau van het werk dat moet worden uitgevoerd: welke problemen behandel ik zelf (afbakening eigen werkterrein & eigen discipline), wat doet de burger en zijn netwerk zelf (eigen regie/netwerk), wat doen andere professionals (afbakening van andere professionele disciplines), en hoe verhouden verschillende problemen zich tot elkaar in de ondersteuning (coördinatie van multi-problematiek)? Ten derde is het overbruggen van professionele disciplines en werkdomeinen ook een belangrijk onderdeel van grenzenwerk. Het overbruggen van grenzen is een voorwaarde voor integrale ondersteuning.

Tijdens de interviews benoemen professionals in 't Slag dat een 'integrale', 'generalistische' of 'holistische' blik belangrijk is bij de ondersteuning van burgers met multi-problematiek. De mens staat centraal en die is niet in hokjes op te delen. Integrale vraagverheldering tijdens een consult is daarom van belang: het uitvragen van problematiek op meerdere vlakken (schulden, medisch, sociaal netwerk). Tegelijkertijd geven professionals aan dat het lastig is om verantwoordelijk te zijn voor het geheel aan complexe problematiek. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Zo geven professionals aan dat zij: 1) slechts kortdurende ondersteuningstrajecten kunnen inzetten gericht op specifieke 'zorgproducten' (Indigo: basis GGZ); 2) ondersteuning aan de hand van protocollen bieden (POH'er somatiek: diabetes/COPD); of 3) consulten beperkt zijn qua tijd (e.g. bij huisartsen 5 minuten consult tijdens het vrije inloopspreekuur & 10 minuten consult tijdens gewone spreekuren/Vraagwijzer: 20 minuten consult).

Als gevolg hiervan bakenen professionals hun domein vaak sterk af. Zo gaf een huisarts aan dat het verstandig is om 'niet te veel te gaan porren in complexe sociale problematiek' omdat daar geen tijd voor is. Zij focussen zich dan voornamelijk op de

afhandeling van medische problemen en verwijzen sociale/mentale/schuld vragen door naar andere hulpverleners (e.g. Vraagwijzer voor schuld; POH GGZ voor mentale problemen). Ook de Vraagwijzer consulent focust zich vaak op een deelprobleem (schuld). Het is lastig om in een 20-minuten consult achterliggende problematiek uit te zoeken:

*“Nou soms is het heel lastig om in die 20 minuten die je hebt uit te pluizen van wat er nu echt met iemand aan de hand is: wat zit er nu achter dat probleem?”.*

(Vraagwijzer consulente)

Professionals bakenen hun eigen werkdomein ook af omdat zij zichzelf niet ‘deskundig’ genoeg achten voor het geven van ondersteuning op bepaalde gebieden. Bijvoorbeeld, een maatschappelijk werker houdt zich in ‘t Slag hoofdzakelijk bezig met complexe schuldvragen en lichte psychosociale problematiek: zwaardere psychische problemen worden doorverwezen naar de psycholoog die daar meer expertise in heeft (e.g. depressies):

*“Op dit moment zijn er heel veel schulden (...). Dus ja, je moet dat eerst naar beneden zien te krijgen. Eerst moet er zekerheid van een dak boven je hoofd (...). En soms doe ik er inderdaad wel een stukje psychisch-sociaal bij. Soms...eigenlijk altijd wel. Want ik ben vrij positief ingesteld en die negativiteit van de mensen grijp ik altijd wel een beetje aan. Omdat je als je alleen maar donkere wolken ziet, dan heeft aan je schulden werken ook geen zin, weet je. Ja, daar doe ik dan wel iets in. In een gedragspatroon: daar kan ik nog wel eens een tekeningetje van maken of wat dan ook, maar als het te ingewikkeld is, dan verwijst je wel door naar een psycholoog. Want dat, ja...ik ga niet in het brein graaien. Dat is bij ons wel de grens.”*

Ook de Vraagwijzer bakent eigen werkkerrein duidelijk af:

*“Dan kan je bijvoorbeeld denken aan een niet zo hoog IQ of is er in psychiatrische zin wat aan de hand. En dat zijn dingen, ja ten eerste we zijn geen psychiaters of artsen, dus je kan de diagnose niet echt stellen ook al kan je het wel herkennen en dan is het wel fijn als je even contact op kan nemen met de huisarts.” (Vraagwijzer consulente)*

De beslissing om een bepaalde vraag zelf af te handelen of door te verwijzen (afbakening & coördinatie), kan helder zijn. Maar dat is niet altijd het geval, zoals blijkt het volgende citaat van een POH'er GGZ:

*“Je bent echt een soort spin ja, een manusje van alles he (...) Je moet constant schakelen. Interviewer: en schakelen waartussen dan? Geïnterviewde: Tussen verschillende manieren van begeleiden. Dus ga je echt iemand doorverwijzen of doe je het samen. Dus echt doorverwijzen of ook zelf gesprekken doen.”*

Het gevolg van het definiëren van deelproblemen & het afbakenen van eigen werkterrein is dat cliënten met multi-problematiek vaak doorverwezen worden. Dit kan belastend zijn, omdat cliënten hun verhaal opnieuw moeten vertellen bij een andere professional. Ook moet een vertrouwensband opnieuw moet worden opgebouwd, iets wat vaak tijd kost. Professionals wijzen dus niet zomaar door. Soms handelen ze ook zaken af die buiten het eigen specialisme vallen. Bijvoorbeeld, verpleegkundigen van het CJG helpen ook bij het lezen van een gemeentelijke brief. Wanneer professionals wel doorverwijzen, kennen ze het liefste diegene naar wie wordt doorverwezen, al is het maar van gezicht of een belletje.

Doorverwijzen kan snel gaan dankzij gemeenschappelijke huisvesting: even een belletje plegen of meelopen naar een andere professional (warme verwijzing). Het kan echter ook veel tijd kosten. Bij een doorverwijzing moeten professionals soms ook cliënten motiveren & zorgen dat ze daadwerkelijk bij een andere instantie of hulpverlenende partij langsgaan:

*“Bij de doorgeleiding: daar denkt iedereen bij ‘dat verwijst je door’. Maar een gezin gemiddeld hier: daar kan je een half jaar tot een jaar over doen om een gezin waar problemen zijn eerst te motiveren. En dan komt nog de brief en dan moeten mensen ook nog om 10 uur ‘s ochtends bij een of andere SoZaWe zijn. Dat is nogal wat. Doorverwijzen is niet simpel.” (manager CJG).*

Doorverwijzen vereist dus veel coördinatiewerk van professionals: dit is tevens een onderdeel van grenzenwerk, waarbij grenzen tussen disciplines zowel worden benadrukt als overbrugd. Dit coördinatiewerk is nodig omdat het netwerk van hulpverlenende instanties continue verandert als gevolg van aflopende subsidies en aanbestedingen. Voor cliënten is het vaak onmogelijk om een volledig overzicht te hebben van het aanbod van diensten, maar ook professionals zelf vinden dit lastig. Het maken van sociale kaarten (aanbod in de wijk) en netwerklunches zoals in ‘t Slag zijn dus pogingen om overzicht te krijgen op het versnipperde aanbod van diensten. Tijdens netwerklunches informeren professionals naar elkaars werk (wat doet een ergotherapeut precies?), welke diensten worden aangeboden en of diensten wel of niet worden vergoed vanuit het basispakket. Netwerklunches geven dus belangrijke informatie waardoor doorverwijzen überhaupt mogelijk wordt gemaakt, zoals ook blijkt uit de volgende veldaantekeningen van een netwerklunch:

Een aanwezige ergotherapeut Tom (fictieve naam) vertelt tijdens de netwerklunch over zijn vak. Tom: *“Als mensen beperkingen hebben, dan kan ik mensen trainen of hulpmiddelen geven als dat nodig is. Hulpmiddelen worden alleen niet altijd meer vergoed. Sommige mensen zien de ergotherapeut ook wel als een soort hulpmiddelencoach. Maar zo plat zie ik het niet. Ik ondersteun mensen. De kracht ligt in het oefenen thuis. Doel is zelfstandigheid, dat ze zoveel mogelijk zelf doen.”* Een POHer naast mij reageert: *“Ik heb je een keer op een info markt gezien, je had allemaal gekke hulpmiddelen liggen bij je kraam. Gebogen lepels etc. Dus het is mij nog niet helemaal duidelijk: wanneer kan ik cliënten naar je doorverwijzen? En val je onder de fysio?”* Tom: *“Nee, ergotherapie is een zelfstandige discipline.”*

POH'er: "Val je in het basispakket?" Tom: "Ja, 10 uur per jaar. Heel veel mensen van revalidatie worden doorverwezen naar mij voor nazorg." Een andere aanwezige vraagt: "Is er een verwijzing nodig?" Tom: "Ja liever wel. Dan heb je een korte diagnose van de arts, dat werkt fijn." POH'er: "Als we patiënten willen doorverwijzen, moet ik dan een hele specifieke vraag hebben?" Tom: "Nee nee, dat valt wel mee. Ik inventariseer ook bij mensen thuis algemeen: hoe kom je je dag door? Waar heb je hulp bij nodig om zelfstandiger te kunnen functioneren? Dus algemene hulpvragen kun je ook doorsturen naar mij."

Opvallend is dat coördineren en doorverwijzen niet een bijzaak is, maar een hulpdienst op zichzelf is geworden:

*"Er zijn heel veel instanties die ook vaak coördineren en weer doorverwijzen. Dus heel veel...Dan denk ik: ja, als ik een patiënt doorverwijs, wil ik graag dat ze niet nog een volgende hulpverlener krijgen die ook weer gaat inventariseren en weer gaan doorverwijzen (...). Dus de wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld, Zichtbare Schakels: die melden eigenlijk aan, en dan signaleren ze, en dan melden ze het aan, en die moeten dan ook allemaal weer signaleren. Het is allemaal zo....Ik vind dat je heel weinig mensen hebt van: 'nou, er is nu een behandelaar, jij gaat nu met deze patiënt echt aan de slag, van A tot Z.'" (Indigo)*

Coördinatie lijkt dus een nieuwe vorm van 'zorgen voor' geworden. Het bestaan van gespecialiseerde professionals en een groot aanbod van 'producten' maakt dat deze vorm van coördinatie nodig is, maar maakt ook dat het onduidelijk is wie nu feitelijk hulp biedt. Er is inmiddels ook een tegenbeweging op gang: de roep om de 'generalistische professional' die alle vragen & doelgroepen in principe zelf kan afhandelen. Het spreekwoordelijke schaap met de vijf poten. Echter, de kritiek hierop is dat waardevolle vakexpertise verloren gaat. Er lijkt dus sprake van een slingerbeweging. Wanneer de nadelen van specialisatie zich te sterk gaan manifesteren ('fragmentatie'/veel doorverwijzen) wordt de roep om generalisten harder. Vice versa: wanneer generalistisch denken te veel leidt tot 'one size fits all' oplossingen voor ongelijksoortige vragen en cliënten, wordt de roep om vakexpertise en specialisatie weer groter.

### 2.2.3 De rol van grensobjecten bij grenzenwerk

Grenzenwerk – het afbakenen en coördineren van professioneel (&informeel) werk – wordt niet alleen verricht door mensen, maar ook door objecten. Grensobjecten kunnen een waardevolle rol spelen bij het samenbrengen van verschillende leefwerelden, professionele disciplines & deelproblemen van burgers. Grensobjecten zijn objecten die zich begeven *in* en *tussen* verschillende werelden. Ze zijn multi-interpretabel, zodat verschillende partijen er een eigen betekenis aan kunnen geven, maar blijven breed herkenbaar. Hierdoor kunnen verschillende partijen aanhaken (Star & Griesemer 1989; Oldenhof & Putters 2013; Sullivan & Williams 2012). Dankzij grensobjecten kunnen



vertalingen worden gemaakt en kan kennis worden uitgewisseld. Voorbeelden van mogelijke grensobjecten zijn gemeenschappelijke toekomstvisies, ICT-infrastructuren (e.g. een elektronisch patiënten dossier), en algemene richtlijnen. Deze objecten hebben niet inherent een verbindende werking: zij kunnen echter een verbindend grensobject worden doordat zij op die manier worden ingezet en gebruikt.

In een vorige rapportage van iBMG (2012) is de multimediale tafel in 't Slag als een potentieel grensobject beschreven.<sup>4</sup> Het idee van een multimediale tafel heeft verschillende partijen in 't Slag bijeengebracht. Het algemene doel van de tafel – bezoekers van 't Slag ondersteunen bij extra informatievergarings na of voor een consult bij een professional – werd breed herkend en gedeeld. Professionals hebben vaak weinig tijd tijdens een consult om voorlichting te geven over bijvoorbeeld gezond eten of het belang van bewegen. Deze voorlichting zou gedeeltelijk uitbesteed kunnen worden aan de tafel, althans zo is het idee. Kennis vanuit verschillende organisaties in 't Slag (o.a. Laurens, gezondheidscentrum, kinderdagverblijf) en de deelgemeente is aangeleverd aan externe ontwerpers van de tafel: meestal in tekstuele vorm. Bijvoorbeeld, teksten over voorzieningen in de wijk en informatie over ziektes zoals diabetes. Het passend maken van de 'content' is de ontwikkelfase waarin de tafel zich nu bevindt. Aangezien veel bezoekers van 't Slag laaggeletterd zijn, zijn de huidige teksten moeilijk te begrijpen. De tafel wordt tot nu toe ook weinig gebruikt door bezoekers. Professionals verwijzen tevens weinig door naar de tafel.

Er lijken dus verschillende translaties nodig te zijn om de tafel daadwerkelijk een verbindend grensobject te maken, dat kennis vanuit domeinen integreert in een vorm die aansprekend is voor bezoekers van 't Slag. De eerste translatie betreft de vorm van de 'content': volgens de ontwerpers moet deze meer audiovisueel zijn (e.g. pictogrammen & filmpjes). Deze translatie wordt op dit moment gemaakt door instructiefilmpjes te ontwikkelen. Dit doen leerlingen van het Albeda en Da Vinci college in samenwerking met gezondheidscentrum Randweg. De leerlingen doen zo ervaringskennis in een praktijksituatie. De onderwerpen van de instructiefilmpjes zijn medisch van aard: e.g. het zelf kunnen bloedprikken bij diabetes, het uitspuiten van oren en weghalen van wratten. Met deze translatie wordt de *multimediale* tafel nog meer een gezondheidstafel.

De tweede translatie betreft de ordening en indeling van de 'content' op de tafel. Welke categorieën worden gebruikt? En spreken deze aan bij de gebruikers van de tafel? Op dit moment is de 'content' in de doelgroepen jeugd en ouderen ingedeeld. Daarnaast wordt preventie als categorie gebruikt. Een medewerker van ZorgImpuls die betrokken is bij de ontwikkeling van de tafel vraagt zich af of deze indeling aansprekend is voor bezoekers:

*“Deze indeling hebben we nu zo bedacht, maar er is wel wat op af te dingen. De termen zijn natuurlijk erg vanuit van uit de professional gedacht. Ook woorden als preventie. Dat zegt gebruikers van de tafel waarschijnlijk heel weinig. De sociale*

---

<sup>4</sup> De tafel was ten tijde van het eerste iBMG onderzoek (2012) net opgeleverd. In dit onderzoek staat het gebruik en verdere aanpassing van de tafel centraal. Voor een verdere achtergrond van de tafel verwijzen we naar de vorige rapportage van iBMG.

*kaart is ook echt vanuit de aanbieders gedacht... aanbod-gericht. Patiënten denken veel meer in concrete problemen zoals prikken en suikerziekte. Dus het is nog wel een uitdaging om dat goed vorm te geven. We hebben ook met verschillende indelingen gespeeld. Helemaal in het begin tijdens brainstormen over het ontwerp van de gezondheidstafel hadden we nog de indeling in thema's van zorg, welzijn en wonen. Nu dus de doelgroepen, maar misschien moeten we dat nog wel gaan veranderen."*

Bij het maken van bovenstaande translaties lijkt het dus van belang om de concrete leefwerelden van bezoekers centraal te stellen en het professionele aanbod hierbij te laten aansluiten. Bij de verdere aanpassing van de 'content' speelt ook dat sommige 'content' wellicht te privacy-gevoelig is voor een openbare tafel. De tafel kan door meerdere mensen worden gebruikt (meerdere stoeltjes) en staat in een open ruimte, waar bezoekers van zowel het gezondheidscentrum als de Vraagwijzer langslopen. Het is goed denkbaar dat mensen liever thuis een Alzheimer of diabetestest doen, omdat ze daar meer privacy hebben.

Een laatste translatie betreft niet zozeer de 'content' maar de verwijzing naar de fysieke tafel zelf. De tafel wordt door de meeste geïnterviewde professionals nog niet gezien als een postconsult. Dit komt deels omdat professionals zelf niet op de hoogte zijn van de precieze 'content'. Ook is er enige terughoudendheid om een deel van de voorlichting uit te besteden aan een tafel: komt de voorlichting via de tafel net zo goed aan als een face-to-face voorlichting tijdens een consult? Daarnaast gaf een POH'er aan dat haar suggesties voor het opnemen van voorlichtingsfilmpjes op bezwaren stuitte. Baliemedewerksters willen liever niet te veel geluidsoverlast hebben van filmpjes op de tafel. Ten slotte ervaren organisaties op andere verdiepingen een barrière om mensen naar de tafel te verwijzen. Dit komt vanwege de locatie op de 1<sup>e</sup> verdieping (tegenover de balie van het gezondheidscentrum), maar ook door de medische invulling van veel 'content'. Als gevolg hiervan wordt de tafel vaak nog gezien als een ding van het gezondheidscentrum waarmee andere bezoekers van 't Slag weinig te maken hebben.

Om toch verwijzingen naar de tafel verder te stimuleren, lijkt het dus nuttig om meerdere translaties te maken, zowel naar het medische, sociale en informele domein van bijvoorbeeld mantelzorgers. Daarnaast heeft Samen één in Feijenoord het plan opgevat om stagiaires van het Albeda in te zetten die bezoekers aanspreken en begeleiden bij het gebruik. Dit zou dan in aanvulling zijn op professionals, die ook mensen fysiek kunnen verwijzen naar de tafel door zelf mee te lopen. Ten slotte is de locatie van de tafel nog een punt van aandacht. Deze staat nu in een lege ruimte, waar mensen vaak langs lopen op weg naar een afspraak of de wachtkamers verderop in de gang. Het is de vraag of deze omgeving laagdrempelig genoeg is voor bezoekers.

Uit het bovenstaande blijkt dus dat *potentiële* grensobjecten, zoals de multimedia tafel, pas *verbindende* grensobjecten kunnen worden wanneer er verschillende translaties worden gemaakt. Het projectmanagement van Samen één in Feijenoord kan het maken van deze translaties verder ondersteunen, evenals de ontwerpers van de tafel. De rol van ontwerpers zou dan niet zozeer gaan om 'kant en klare content' in de tafel stoppen (aangeleverd door organisaties van 't Slag), maar betreft meer het

meedenken over de vorm en inhoud van de content, waarbij gebruikerswaarden centraal zouden moeten staan.

### 2.3 't Slag: een gedeelde wijkinfrastructuur

Het opbouwen van een professioneel netwerk in de wijk kost veel tijd omdat er veel wisselingen zijn van aanbieders en kortdurende projecten. Bij wisseling van baan of werkgebied blijkt het netwerk dat is opgebouwd slechts beperkt duurzaam:

*“Heb ik een enorm netwerk opgebouwd, allemaal mensen. Daar bouw je jaren aan. En dan ga je weer weg. En dan stort alles als een kaartenhuis in elkaar.”* (manager CJG)

Professionele netwerken zijn dus vaak erg van individuen afhankelijk. Volgens geïnterviewden is de meerwaarde van 't Slag dat het juist een wijkinfrastructuur biedt die ondanks wisselingen van professionals blijft bestaan:

*“Dat je daar een structuur hebt neergezet waar het niet uitmaakt of het ene poppetje in en het andere poppetje uitgaat (...). Niet iedereen zit in 't Slag, maar iedereen is daar op aangehaakt, dus het is heel makkelijk om elkaar weer te vinden bij die bijeenkomsten (...). Dus je hebt een bestaande structuur, die niet omvalt en die niet afhankelijk is van een of twee personen. Dat biedt 't Slag.”* (manager CJG).

De waarde van 't Slag beperkt zich dus niet tot de partijen die er zijn gehuisvest: 't Slag heeft ook een bredere wijkfunctie in Feijenoord. Dit komt in belangrijke mate door 1) de netwerklunches voor professionals, die bezocht worden door partijen zowel in 't Slag als daarbuiten, en 2) de ontmoetingen en stuurgroepoverleggen van het netwerk van Samen één in Feijenoord. Aan de infrastructuur van 't Slag is dus zowel een professioneel als een meer beleidsmatig netwerk verbonden. We zoomen kort in op beide netwerken.

#### 2.3.1 Professioneel wijknetwerk: netwerklunches

De netwerklunches zijn begonnen als een intern initiatief van 't Slag om nieuwe organisaties te leren kennen:

*“Deze netwerklunch zijn we begonnen omdat de organisaties in 't Slag elkaar eigenlijk niet kenden. Ik wist dat Laurens bovenin zit, maar ja verder ken je ze eigenlijk niet. Je hebt er geen gezicht bij. Maar nu wel door de netwerklunches die hier in 't Slag worden gedaan. Dat is heel fijn.”* (POH'er).

In principe vinden de netwerklunches elke maand plaats in 't Slag rond het luncheon. Inmiddels is de netwerklunch uitgroeid tot een breder netwerk: niet alleen van

professionals in 't Slag, maar ook van andere professionals die werkzaam zijn in Feijenoord. Er is een enorme toeloop van nieuwe organisaties, die ook willen aanschuiven. De achtergrond van de bezoekers van de netwerklunches loopt uiteen: van kleine thuiszorg aanbieders en kortlopende projecten voor tienermoeders tot en met grote zorginstellingen. De meeste professionals hebben een zorg- of welzijnsachtergrond. Opvallend is dat sommige partijen minder vaak of niet aanwezig zijn, zoals huisartsen, psychiaters, en psychologen. Andere professionals zijn juist relatief vaak aanwezig, zoals thuiszorg verpleegkundigen. De netwerklunches worden vaak druk bezocht en passen soms nauwelijks in vergaderzalen van 't Slag.

Vanwege de toestroom en grote groepsoomvang, is het soms zoeken naar de juiste vorm waarin de netwerklunches worden georganiseerd. In kleinere groepsoomvang is het nog mogelijk dat iedereen zichzelf even introduceert. Maar soms is de groep te groot of komen mensen te laat binnen, waardoor het voorstelrondje wordt overgeslagen. De huidige opzet van de lunch begint vaak met een PowerPoint presentatie van een organisatie die is uitgenodigd door de projectleider van Samen één in Feijenoord. De presentatie kan gaan over een bepaalde doelgroep (e.g. jongeren met een beperking), een thema (e.g. belang van bewegen/sport) of over de eigen organisatie en het dienstaanbod. Daarna is er gelegenheid tot vragen stellen. Deze opzet is vrij officieel van aard, waardoor de tijd om even 'informeel' te netwerken vrij beperkt blijft. Vaak gebeurt dit vooraf of na afloop van een netwerklunch. Sommige geïnterviewden gaven aan dat ze hiervoor graag meer tijd hebben. Anderen gaven aan dat de opzet van de lunch meer interactief kan worden vormgegeven aan de hand van casuïstiek bespreking (i.p.v. het luisteren naar een presentatie).

Ondanks deze suggesties voor verbeteringen, benadrukken veel professionals de meerwaarde van de netwerklunch. Op basis van de interviews en observaties kunnen meerdere functies van de netwerklunch worden onderscheiden:

- De netwerklunch helpt professionals om overzicht te krijgen van het gefragmenteerde dienstenaanbod en de vele projecten in de wijk. Wat is er allemaal aanwezig? Waarop kunnen we voortbouwen of aanhaken?
- Ook helpt de netwerklunch om informele contacten te leggen en 'gezichten' te leren kennen. Grootschalige organisaties worden minder grootschalig door persoonlijke contacten en de mogelijkheid om iemand even te kunnen consulteren of opbellen.
- "Het smoelenboek" geeft een overzicht van professionals die aanwezig zijn geweest bij de netwerklunch. In het boek staan contactgegevens en een korte beschrijving van de expertise en doelgroep. Het boek wordt geactualiseerd door Samen één in Feijenoord. Professionals geven aan dat zij het smoelenboek erg waarderen en het raadplegen als ze een cliënt willen doorverwijzen.
- Ook zijn netwerklunches belangrijk om cliënten te kunnen doorverwijzen naar andere instanties. Het helpt dan om te weten 'wie wat doet' en persoonlijke contacten op te bouwen.
- Ten slotte bieden netwerklunches een podium om PR te maken voor de eigen organisatie. Sommige organisaties die bijvoorbeeld niet in 't Slag gevestigd zijn,

proberen in zicht te komen of in beeld te blijven bij doorverwijzende professionals uit o.a. het gezondheidscentrum. Nieuwe verwijzingen genereren inkomsten. Vooral tussen verschillende thuiszorgpartijen is er soms een onderhuidse spanning merkbaar, die tijdens de interviews expliciet werd benoemd.

Dankzij de netwerklunches kan een professioneel wijknetwerk opgebouwd worden, waarop nieuwe professionals in de wijk kunnen aanhaken. Dit netwerk is flexibel van aard: wisselende partijen sluiten aan en haken af, afhankelijk van interesse en werkgebied. Dergelijke flexibele netwerkstructuren zijn van belang om verbindingen te leggen tussen professionals die werkzaam zijn in de wijk en duurzame contacten op te bouwen.

### **2.3.2 Beleidsmatig wijknetwerk: Samen één in Feijenoord**

Naast een professioneel netwerk is er ook een beleidsmatig netwerk dat in 't Slag is gevestigd: Samen één in Feijenoord (SEF). In dit netwerk opereren met name beleidsmakers, middenmanagers en bestuurders. In een eerdere evaluatie is SEF als wijknetwerk geëvalueerd door het iBMG (2012). In deze evaluatie werd geconcludeerd dat SEF als netwerkverband een belangrijke meerwaarde heeft in de deelgemeente Feijenoord. Deze meerwaarde is gebaseerd op de verschillende soorten verbindingen die tot stand zijn gebracht de afgelopen jaren. Het gaat dan om het maken van verbindingen tussen beleidsmakers, manager en professionals uit verschillende sectoren (wonen, welzijn, zorg, onderwijs, (deel)gemeente); het verbinden van gespecialiseerde kennis rondom actuele thema's (WMO, diabetes, sociale wijkteams); en het fysiek samenbrengen van verschillende diensten op wijkniveau (zie 't Slag en enkele geïntegreerde eerstelijns centra in Feijenoord). Belangrijke randvoorwaarden voor deze verbindingen zijn het begrijpen van elkaars vakjargon, het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal tussen netwerkpartners en het creëren van laagdrempelig contact tussen verschillende sectoren tijdens Topontmoetingen en stuurgroep overleggen.

Sinds het de evaluatie van iBMG in 2012, is SEF een betaald netwerk geworden waarvoor leden contributie betalen. Organisaties betalen een minimum bijdrage en kunnen vrijwillig een extra bijdrage leveren. Het doel van deze nieuwe financieringsstructuur is om SEF als netwerk minder afhankelijk te maken van tijdelijke subsidies en uit te groeien tot een financieel duurzaam netwerk. Tegelijkertijd roept deze nieuwe structuur ook uitdagingen op. Zo is er het vraagstuk in hoeverre activiteiten van het netwerk toegankelijk en laagdrempelig moeten blijven voor geïnteresseerde partijen die niet betalen. Inmiddels heeft het projectmanagement van SEF besloten om bepaalde activiteiten, zoals de Topontmoetingen, alleen toegankelijk te maken voor betalende leden. Andere activiteiten, zoals de netwerklunch voor professionals in 't Slag, blijven vrij toegankelijk. Een toekomstige uitdaging is dus om toegankelijk te blijven voor partijen in de wijk en tegelijkertijd betalende leden meerwaarde te geven t.o.v. niet-betalende leden.

## Conclusie en aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat de wijk een belangrijk nieuw ordeningsprincipe is voor zowel gemeenten als publieke dienstverleners in Rotterdam. Het doel van het onderzoek was tweeledig: 1) inzicht geven in de vormgeving van wijk-governance en de verplaatsing van zorg en ondersteuning naar wijken, 2) aanbevelingen geven aan het netwerkverband “Samen één in Feijenoord” voor de verdere ontwikkeling van wijkgerichte samenwerking.

In deze conclusie geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

Op macro niveau:

- Welke verschillende logica's van wijkgericht werken bestaan er bij veldpartijen en hoe verhouden deze logica's zich tot elkaar?
- Hoe verhoudt een wijkgerichte aanpak van zorg en ondersteuning zich tot beleid op andere schaalgroottes (stedelijk, regio)?
- Wanneer is het nuttig om te verbinden en samen te werken en wanneer niet?

Op micro niveau:

- Welke type verbindingen worden gecreëerd in wijkgerichte gebouwen en welke effecten hebben deze verbindingen voor burgers en hulpverleners?
- Wat zijn de belangrijkste randvoorwaarden voor succesvolle verbindingen in wijkgerichte gebouwen?

Adviesvraag Samen één Feijenoord:

- Welke praktische consequenties heeft dit onderzoek voor de verdere inrichting & organisatie van Wijkgericht Werken door Samen één in Feijenoord?
- Welke overkoepelende randvoorwaarden voor wijkgerichte samenwerking kunnen worden geïdentificeerd in Feijenoord, die in meer algemene zin van waarde kunnen zijn voor andere wijken?

### ***Verskillende logica's van wijk-governance***

Op basis van het empirische onderzoek en bestaande literatuur over wijk-governance (RMO 2008; Lowndes & Sullivan 2008), zijn de belangrijkste logica's van wijk-governance geïdentificeerd. Deze logica's zijn deels generiek van aard, maar hebben wel een eigen 'cleur locale' door de lokale invulling in Rotterdam:

Logica	Definitie	Voorbeelden	Voordelen	Nadelen
Professionele logica	De wijk als werkterrein van professionals	Zichtbare Schakels; Buurtzorg, Even Buurten Spillen; wijkleerbedrijven	Nabijheid Korte lijnen	Wijktunnelvisie Uitsluiting van burgers op basis

		(Albeda college); sociale wijkteams; generalistische wijkprofessionals	Lokaal signaleren van problemen	van postcodebeleid
<b>Beleid logica</b>	De wijk als plek om publieke diensten en voorzieningen te ontkokeren en integreren	Generalistisch werken; 1 centraal loket; '1 gezin, 1 plan, 1 coördinator methodiek'; intersectorale stuurgroepen; intersectorale netwerkverbanden zoals Samen één in Feijenoord (SEF)	Minder doorverwijzingen van burgers  Minder fragmentatie  Holistisch denken	Een wijk als nieuwe bureaucratische laag  Frontstage ontkokeren, maar niet backstage (e.g. interne gemeentelijke diensten)  Verlies van gespecialiseerde vak expertise
<b>Burger logica</b>	De wijk als plek van ontmoeting, sociale cohesie en eigen regie burger	Wijkcentra die grotendeels in zelfbeheer zijn van vrijwilligers, zoals "De Proeftuin"; LETS cirkels; maatjesprojecten; opzomerdagen	Empowerment  Eigen kracht	Overvraging van burgers zonder netwerk  Formaliseren van informele verbanden
<b>Financiële logica</b>	De wijk als schaal voor substitutie, integrale financiering en efficiëntiewinst	Populatiebekosting; integrale wijkbudgetten; wijkaanbestedingen; substitutie van 2 <sup>e</sup> door 1 <sup>e</sup> of 0 <sup>e</sup> lijn	Minder zorgkosten  Gefocust wijkbeleid	Te optimistische inschattingen kostenreductie  Lastig meetbaar maken van maatschappelijk rendement

De bovenstaande logica's van wijk-governance manifesteren zich zelden in 'pure vorm'. Zij worden vaak gecombineerd in de praktijk. Zo komen in de sociale wijkteams alle logica's samen: van professionals in een wijkteam wordt verwacht dat zij integraal ('ontkokert') en wijkgericht werken, eigen kracht van burgers aanspreken en kosten reduceren door substitutie. Ook burgerinitiatieven, zoals wijkcentrum de Proeftuin, zijn niet alleen gebaseerd op een pure burger logica (i.e. 'onbevlekt burgerschap', zie Hurenkamp & Tonkens 2011). Zij zijn een compromis tussen de professionele logica en de burgerlogica vanwege de intensieve samenwerking tussen vrijwilligers en professionals.

Op dit moment benadrukken gemeenten en dienstverleners vooral de voordelen van wijkgericht werken, zoals informele netwerken en korte lijnen tussen professionals. Er zijn echter ook verschillende nadelen van wijkgericht werken, zoals een

wijk-tunnelvisie (focus op wijkpartijen i.p.v. relevante partijen elders in de stad) en het formaliseren van informele relaties tussen wijkbewoners. Voor de verdere vormgeving van wijk-governance is het belangrijk om ook deze mogelijke nadelen in het vizier te houden.

### ***Institutionele gelaagdheid, fragmentatie & het belang van (niet) verbinden***

De gemeentelijke implementatie van sociale wijkteams roept bij veel veldpartijen de vraag op of er niet een nieuwe 'bureaucratische laag' wordt gecreëerd die relatief los staat van 1) bestaande wijkinfrastructuur die zorg- en welzijnspartijen en woningbouwcorporaties hebben ontwikkeld, 2) andere schaalgroottes van beleid (stad, regio). Uit dit onderzoek blijkt dat er een belangrijk risico is dat wijkteams leiden tot meer *fragmentatie* in plaats van *integratie* van voorzieningen.

Paradoxaal genoeg wordt bij wijkgerichte samenwerking aan de ene kant 'te veel' verbonden en aan de andere kant 'te weinig'. Het 'te veel' aan verbinding wordt bijvoorbeeld duidelijk in de doelstapel van de sociale wijkteams. Vanuit verschillende gemeentelijke diensten en verzekeraars worden steeds meer doelstellingen verbonden aan de wijkteams, voortkomend uit de verschillende logica's waarin wijkteams moeten werken en uiteenlopend van het oplossen van multi-problematiek tot en met het inspelen op specifieke problemen van doelgroepen zoals fraudeurs, zorgmijders en kwetsbare ouderen. Aan deze doelstellingen worden vaak ook verschillende monitoren en indicatoren gekoppeld. Doelstapel heeft als risico dat de sociale wijkteams te veel taken op zich moeten nemen, zonder deze allemaal goed te kunnen volbrengen. Een vergelijkbaar risico op 'te veel' verbinding zien we bij de Zichtbare Schakels. Deze wijkverpleegkundigen werken bij hun moederorganisatie (thuiszorginstelling), maar worden ook ingezet voor het Zichtbare Schakel project. Daarnaast zijn zij ook benaderd om bij het sociale wijkteam aan te sluiten, waardoor zij hun tijd zouden moeten verdelen over drie verschillende opdrachtgevers. Op dit moment hebben de Zichtbare Schakels gekozen voor een losse verbinding met het sociale wijkteams door eens in de paar weken aan te schuiven bij het teamoverleg. Hierdoor zijn zij wel verbonden, maar blijft de werklast beperkt.

Tegelijkertijd wordt er ook 'te weinig' verbonden. Zo is er bijvoorbeeld weinig verbinding tussen de sociale wijkteams, GGZ professionals en huisartsen. Veel huisartsen zijn bijvoorbeeld niet (goed) op de hoogte van de wijkteams. Aangezien de huisarts een belangrijke toegangspoort en doorverwijzer is, lijkt het van belang om hier meer de verbinding te zoeken. Dit hoeft niet per se in vaste overleggen, maar kan ook door een korte kennismaking of presentatie op een netwerklunch over de sociale wijkteams. Daarnaast bestaat er een risico dat bij de ontwikkeling van nieuwe monitoren en richtlijnen voor sociale wijkteams onvoldoende rekening wordt gehouden met al bestaande monitoren en richtlijnen van gemeenten en dienstverleners. Achmea en VGZ proberen voort te bouwen op aanwezige monitoren en indicatoren, maar tegelijkertijd ontwikkelen beide verzekeraars wel ieder aparte monitoren. Dat kan problematisch gaan worden als die monitoren ook gebruikt gaan worden voor de aansturing van de wijkteams. Het is dus de vraag in hoeverre aparte monitoren langs elkaar heen gaan werken binnen de gemeente Rotterdam.



Ook op financieel vlak lijkt er sprake te zijn van een tekort aan verbinding. Door de kortdurende financiering van veel wijkgerichte projecten, dreigt er een projectencarrousel te ontstaan. Hierdoor is het lastig voor professionals, managers en beleidsmakers om verbinding te zoeken met andere projecten met gelijke of aanvullende doelstellingen: het overzicht op het aanbod in de wijk ontbreekt en projecten lopen vaak af. Deze gefragmenteerde setting bemoeilijkt gerichte doorverwijzingen van patiëntvragen en maakt het tegelijkertijd lastig om patiënten in beeld te houden nadat een verwijzing heeft plaatsgevonden. Ook is op dit moment weinig verbinding – ondanks het afgesloten convenant – tussen budgetten van verzekeraars en de gemeente Rotterdam. De wijkteams uit het convenant worden nu uit aparte potjes gefinancierd, waardoor het risico op afwentelmechanismes blijft bestaan. Een integraal budget voor wijkteams lijkt op de lange termijn meer kansen te bieden voor een gemeenschappelijke aanpak van preventie en het verbinden van zorg en welzijn.

Het is dus de kunst om een nieuwe balans te vinden tussen *wel* en *niet* verbinden binnen wijkgerichte samenwerking. De keuze vóór verbinden moet pas gemaakt worden wanneer er een duidelijke inhoudelijke of financiële meerwaarde is (bv. ontbreken van gespecialiseerde kennis of het delen van schaarse hulpbronnen en middelen) en wanneer betrokken partijen bereid zijn om bestaande taken af te stoten of anders vorm te geven (zodat te sterke doelstapeling voorkomen kan worden). Daarnaast is het van belang de keuze om wel of niet te verbinden in breder perspectief te zien van verschillende schaalgroottes van beleid. Zorg en ondersteuning wordt op verschillende schaalgroottes georganiseerd (wijk, stad, regio): specialistische zorg wordt over het algemeen meer regionaal georganiseerd, terwijl dagelijkse ondersteuning meer in de wijk plaatsvindt. Ondanks deze taakverdeling, is het belangrijk dat verschillende schaalgroottes wel met elkaar in verbinding blijven staan. De effecten van de ene schaalgrootte hebben immers ook consequenties voor de andere schaalgroottes. Wanneer patiënten bijvoorbeeld eerder uit ziekenhuizen worden ontslagen (kortere ligduur), is het van belang een sterker vangnet op wijkniveau te organiseren door bijvoorbeeld informele zorg, thuiszorg en inloopcentra. Maar omgekeerd is ook het geval dat burgers met een beperkt vangnet in de wijk, wellicht eerder en vaker bij de huisarts terecht komen of beroep doen op ziekenhuiszorg. Verbinding tussen verschillende schaalgroottes is dus een blijvend aandachtspunt, zodat overschatting van de wijk als ideale schaalgrootte voorkomen kan worden.

Wanneer partijen wel kiezen om verbindingen te leggen, is het niet altijd nodig om de meest zware vorm van verbinding te kiezen ('tight couplings'), zoals een fusie tussen organisaties, het optuigen van een nieuwe organisatiestructuur, of een centrale aansturing van wijkteams door gemeenten aan de hand van gedetailleerde protocollen. Men ook kiezen voor losse verbindingen ('loose couplings'), die meer flexibiliteit en ruimte geven aan partijen om af te wijken van bestaande organisatie formats en die makkelijker te ontkoppelen zijn (Weick 1976). Voorbeelden van losse verbindingen zijn wijkteams die experimenteeruimte hebben om af te wijken van gemeentelijke formats en zich kunnen richten op wijk specifieke problemen; tijdelijke samenwerkingsverbanden rondom actuele thema's; en flexibele overlegstructuren (incidenteel aanschuiven bij vergaderingen). Bij de verdere vormgeving van

wijkgerichte samenwerking is het van belang om een evenwicht te creëren tussen 'loose' en 'tight couplings' zodat samenwerking zowel *duurzaam* als *flexibel* kan zijn.

***Normatieve vraagstukken bij de vormgeving van wijk-governance:***

Bij de concrete vormgeving van wijk-governance in Rotterdam spelen verschillende vraagstukken een rol, zoals is gebleken uit de interviews en observaties. Deze vraagstukken lijken in eerste instantie operationeel van aard (bv. inrichting van organisatiestructuren en processen), maar blijken in tweede instantie sterk normatief van aard. Omdat er geen 'definitieve norm' bestaat, is er veel discussie over de beantwoording van deze vragen:

- Welke wijken verdienen aandacht (en welke niet)?
- In- en exclusie van partijen: wie mag meedoen in de wijk?
- De generalistische wijkprofessional of de specialist?
- Sociale wijkteams: het ei van Columbus?
- Preventie: de rafelranden opzoeken van verschillende wetten?
- De positionering van de wijkverpleegkundige?
- Uniform beleid of lokale verschillen?
- Wat zijn goede sturingsinstrumenten?

De beantwoording van deze vraagstukken loopt sterk uiteen, afhankelijk van de geïnterviewde veldpartijen. Zo geven verzekeraars bijvoorbeeld aan dat wijken met de hoogste zorgkosten de meeste aandacht verdienen, terwijl de gemeente Rotterdam meer gericht is op wijken met veel schulden en een slechte leefbaarheid. Ook de vraag of professionals in eerste instantie generalist moeten zijn of juist specialist is niet makkelijk te beantwoorden. Zorgorganisaties met specialistisch opgeleide professionals geven aan dat vakexpertise de basis moet zijn voor de ondersteuning van burgers met complexe vragen/beperkingen, terwijl gemeenten en verzekeraars eerder geneigd zijn om het belang van een generalistische professional te verdedigen vanuit het oogpunt van integrale zorg en mogelijke efficiencywinst.

Omdat deze vraagstukken veel discussie opleveren, kunnen zij beschouwd worden als belangrijke inhoudelijke input voor toekomstige Topontmoetingen van SEF en bijeenkomsten voor professionals in de wijk.

***Fysieke samenwerking in gebouwen: casestudy MFA 't Slag***

In dit onderzoek is tevens onderzocht of gemeenschappelijke huisvesting in de multifunctionele accommodatie 't Slag bijdraagt aan multidisciplinaire samenwerking tussen professionals en meer geïntegreerde ondersteuning van burgers met multi-problematiek (zie de beleidslogica van ontkokering bij wijkgerichte samenwerking). Daarnaast is onderzocht in hoeverre 't Slag fungeert als 1) overkoepelende wijkinfrastructuur voor professionals die werkzaam zijn in de omliggende wijken en 2) sociaal ontmoetingspunt voor wijkbewoners.

Gespecialiseerde professionals in 't Slag ervaren belangrijke voordelen van fysieke nabijheid, zoals het snel kunnen doorverwijzen van cliënten naar andere partijen in 't Slag en het ontwikkelen van gemeenschappelijke activiteiten voor specifieke doelgroepen (e.g. kwetsbare ouderen of jeugd). Er komen dus professionele verbindingen tot stand, evenals verbindingen op doelgroep niveau (e.g. gemeenschappelijke voorlichting voor kinderen/ouders door de bibliotheek en het CJG). Daarnaast vinden bezoekers van 't Slag het prettig dat verschillende instanties 'onder één dak' te vinden zijn. Hierdoor is het mogelijk om meerdere afspraken op één dag te plannen. Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat fysieke nabijheid in één multifunctionele accommodatie (professionals samen onder 1 dak) *geen garantie* is voor het ontstaan van multidisciplinaire samenwerking. Gevoelde bureaucratische en sociale afstand tussen professionals kunnen ertoe leiden dat gewenste afstemming uitblijft.

Geïnterviewde professionals geven aan dat zij nog mogelijkheden zien om samenwerking tussen disciplines verder te versterken. Dit betreft ten eerste een betere verbinding tussen het gezondheidscentrum en (gemeentelijke) welzijnswerkers in 't Slag. Daarnaast lijkt de betrokkenheid van huisartsen bij partners in 't Slag en in de wijk nog vrij beperkt, al verschilt dit wel sterk tussen huisartsen onderling. De oude samenwerkingsverbanden die zijn opgedaan in de Randweg, sluiten soms nieuwe samenwerking in 't Slag of de wijk uit. Kennis van nieuwe samenwerkingspartners lijkt echter relevant omdat patiëntvragen moeten worden doorverwezen naar de meest passende hulpverlener.

Vanuit het perspectief van grenzenwerk bekeken, zien we dat professionals in 't Slag zowel professionele expertise en deelproblemen van burgers *afbakenen* als dat zij kennis rondom multi-problematiek van burgers *verbinden & coördineren* (zie de paragraaf doorverwijzingen & samenwerking in doelgroepen). De netwerklunches in 't Slag en beleidsmatige afstemming binnen Samen Eén in Feijenoord (bv. stuurgroep overleggen) zijn belangrijk om gefragmenteerde kennis te verbinden. Dankzij de aanwezigheid van deze netwerken heeft 't Slag ook een belangrijke meerwaarde voor professionals in de omliggende wijken. Wijkbewoners lijken 't Slag vooralsnog niet te zien als een sociaal ontmoetingspunt in de wijk. Zij beschouwen 't Slag vooral als een professioneel dienstencentrum. De medische uitstraling van het gebouw lijkt ook minder aan te sluiten bij een sociale ontmoetingsfunctie in de wijk, zoals bijvoorbeeld in buurthuizen het geval is.

We concluderen dat de invloed van een gemeenschappelijke huisvesting op professionele samenwerking positief is, maar ook grenzen kent. Het neerzetten van een gebouw volstaat niet. Er is extra werk nodig om de komende jaren multidisciplinaire samenwerking verder te bevorderen in 't Slag. Een belangrijke randvoorwaarde voor samenwerking in 't Slag is ten eerste het verkleinen van de sociale afstand tussen professionals uit het sociale domein en het gezondheidscentrum. Afstand kan worden verkleind door meeloopmiddagen buiten het eigen werkdomein te organiseren, zodat men beter op de hoogte raakt van elkaars werk. Ook bieden de netwerklunches aanknopingspunten voor het verkleinen van sociale afstand, mits een juiste mix van professionals aanwezig is (huisartsen en andere partners in 't Slag). Daarnaast is een belangrijke randvoorwaarde voor samenwerking het verkleinen van bureaucratische afstand tussen organisaties. Organisaties kunnen wel bij elkaar op de gang zitten, maar

als vragen niet snel worden beantwoord of afgehandeld blijft verdere samenwerking uit. Om te identificeren waar de belangrijkste blokkades en mogelijkheden zitten wat betreft bureaucratie en samenwerking, kan een inventariserende bijeenkomst worden belegd met partijen in 't Slag.

Daarnaast is het van belang om te leren van gebruikerservaringen in 't Slag en deze in te zetten voor verdere aanpassingen van het gebouw. Zo kan de plaatsing van de multimediale tafel worden heroverwogen en bekeken worden in hoeverre afscherming (privacy) dan wel vrije loop nodig is. Ook kan worden overwogen om nieuwe functies op de begane grond te creëren zodat 't Slag meer een vrije inloop- en sociale functie krijgt voor wijkbewoners. De lege balie kan bijvoorbeeld weer bemand worden door vrijwilligers of stagiaires, zodat bezoekers gelijk kunnen worden verwelkomd. Hierbij kan geleerd worden van ervaringen met de aansturing van vrijwilligers in wijkcentrum de Proeftuin in Feijenoord. Daarnaast zou de Vraagwijzer net als andere Vraagwijzers in Feijenoord op de begane grond kunnen worden gevestigd, zodat ondersteuning laagdrempeliger wordt.

### ***Aanbevelingen aan het netwerk Samen één in Feijenoord***

Naast eerder genoemde aanbevelingen in deze conclusie, hebben wij op basis van dit onderzoek nog aanvullende aanbevelingen geformuleerd voor de bevordering van wijkgerichte samenwerking:

- Zet vanuit het netwerk van SEF in op verbinding tussen de sociale wijkteams en het zorgdomein. Dit kan door aanhaking met de Zichtbare Schakels, zoals nu het geval is, maar is daartoe niet beperkt. Verbinden met huisartsen en GGZ-professionals zijn minstens zo belangrijk gezien de problematiek in Feijenoord. Vanwege de beperkte tijd van huisartsen en andere professionals, is het belangrijk om in te zetten op *losse verbintenissen* ('loose couplings') die flexibel zijn van aard en een beperkte tijdsinspanning vragen van professionals. Voorbeelden van losse verbintenissen zijn o.a. incidenteel aanschuiven bij een werkoverleg van sociale wijkteams, telefonisch overleg of een bezoek van sociale wijkteams aan gezondheidscentra.
- Het belang van onderwijs en een baan voor gezondheid is relatief onderbelicht in de herziening van het sociale domein. De hoofdfocus ligt op welzijn en zorg. Vanuit het netwerk van SEF kan het belang van een baan/stage nog meer onder de aandacht worden gebracht bij gemeentelijke partijen en zorgverzekeraars. Er kunnen bijvoorbeeld verbindingen worden gelegd tussen wijkleerbedrijven van MBO-instellingen en de wijkteams. Deze verbindingen bestaan op zeer kleine schaal al, maar kunnen verder worden ontwikkeld. Dit is niet alleen in het belang van een wijkteam, maar levert MBO-leerlingen ook belangrijke leerervaringen op in de praktijk. Gezien het steeds groter wordende stagetekort kan samenwerking met wijkteams een belangrijke meerwaarde hebben.
- De netwerklunches in 't Slag kunnen vanwege de grote toestroom en vergaderachtige setting juist aan het initiële doel – laagdrempelige, informele

uitwisseling tussen professionals in de wijk – voorbijgaan. Wissel netwerklunches met officiële presentaties daarom meer af met inhoudelijke casuïstiek bespreking in kleinere groepjes of speeddating sessies zodat informele uitwisseling geborgd blijft.

- Een vergelijking tussen verschillende multifunctionele gezondheidscentra in Feijenoord en de bereidheid van professionals tot interdisciplinaire samenwerking zou meer inzicht kunnen geven in de randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking en ondersteuning van burgers met multi-problematiek. Hierbij kan de positie van de huisarts in relatie tot andere hulpverleners verder worden uitgelicht, evenals verschillen tussen huisartsen in werkwijze.
- Het is van belang om afstand te verkleinen tussen verwachtingen van burgers (professionals nemen zorg over) en nieuwe manieren van ondersteuning door professionals (beroep op eigen regie en netwerk). Het managen van verwachtingen kan aan het begin van een consult met een professional plaatsvinden, maar zou idealiter al daarvoor moeten gebeuren. SEF heeft als netwerk een groot bereik onder organisaties, waardoor aandacht voor dit onderwerp kan worden gevraagd tijdens netwerklunches en Topontmoetingen.

## Literatuur

- Bijker, W. E., R. Bal, en R. Hendriks (2009). *Paradox of Scientific Authority. The role of scientific advice in democracies*. Boston: MIT Press.
- Brand, Stewart. 1995. *How buildings learn: What happens after they're built*: Penguin.
- van de Bovenkamp, H., M. de Mul, J. Quartz, A.M. Weggelaar-Jansen, R. Bal (2013). Institutional layering in governing healthcare quality, *Public Administration*, 92 (1), 208-223
- Durose, C. and V. Lowndes (2010). Neighbourhood governance: contested rationales within a multi-level setting – a study of Manchester, *Local Government Studies*, 36 (3), 341-359.
- Griggs, S. and M. Roberts (2012): From Neighbourhood Governance to Neighbourhood Management: A 'Roll-Out' Neo-Liberal Design for Devolved Governance in the United Kingdom?, *Local Government Studies*, 38 (2), 183-210.
- Hurenkamp, M. En E. Tonkens (2011). *De onbeholpen samenleving. Burgerschap aan het begin van de 21<sup>e</sup> eeuw*. Amsterdam University Press.
- Janssen, M. & Oldenhof, L. (2012) *Werken aan grensoverschrijdende innovatie - Een wetenschappelijke blik op het verbredingsprogramma Wijk- en Buurtgericht werken*. Rotterdam: iBMG.
- Lowndes, V. and H. Sullivan (2008). How low can you go? Rationales and challenges for neighbourhood governance. *Public Administration*, 86 (1), 53-74.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen: Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Oldenhof, L. (2012). *Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking dankzij grenzenwerk*. Achtergrondstudie voor het advies *Regie aan de Poort* van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ).
- Oldenhof, L. en K. Putters (2013). *Wijkgericht samenwerken in een netwerk: een kwalitatieve effectanalyse van 'Samen één in Feijenoord'*. Rotterdam: iBMG.
- Pill, M. and N. Bailey (2012). Community empowerment or a strategy of containment? Evaluating neighbourhood governance in the city of Westminster, *Local Government Studies*, 38 (6), 731-751.
- Purdue, D. (2001). Neighbourhood governance: leadership, trust and social capital, *Urban Studies*, 38 (12), 2211-2224.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2009). *De wijk nemen. Een subtiel samenspel van burgers, maatschappelijke organisaties en overheid*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2008). *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schön, A. en M. Rein (1995). *Frame reflection. Towards the solution of intractable policy controversies*.
- Star, S. L. (2010). This is not a boundary object: reflections on the origin of a concept. *Science, Technology & Human Values*, 35 (5), 601-617.

- Star, S. L. and J. R. Griesemer (1989). Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's museum of vertebrate zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19 (3), 387-420.
- Stoopendaal, Annemiek. 2008. *Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Van Gorcum.
- Sullivan, H. P. Williams (2012). Whose kettle? Exploring the role of objects in managing and mediating the boundaries of integration in health and social care, *Journal of Health Organization and Management*, 26 (6), 697 – 712.
- Weick, K. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems, *Administrative Science Quarterly*, 21 (1), 1-19.
- Yanow, D. (1996). *How does a policy mean? Interpreting policy and organizational actions*. Washington D.C.: Georgetown University Press.





