

Gebiedsontwikkeling en de huisarts

Exploratief onderzoek naar ontwikkeling van de sociale ruimte
en de verbinding met gezondheidszorg

Kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

Ontwikkeling fysieke ruimte

Ontwikkeling sociale ruimte

Gebiedsprogramma



Gebiedsontwikkeling is huizen bouwen, infrastructuur aanleggen, voorzien in winkels, elektra, groen en speeltuinen



Gebiedsprogramma is ook armoede, werkloosheid en criminaliteit verminderen, opleidingsniveau verhogen en gezondheid verbeteren

Kunnen gebiedsontwikkelingen een bijdrage leveren aan het werk van huisartsen?

Colofon

Titel:	Gebiedsontwikkeling en de huisarts
Subtitel:	Exploratief onderzoek naar ontwikkeling van de sociale ruimte en de verbinding met gezondheidszorg
Omschrijving:	<p>‘In aanvulling op het generieke beleid op het terrein van wonen, werken, inkomen, onderwijs, veiligheid en gezondheid is een gebiedsgerichte inzet nodig voor het verbeteren van de kwaliteit van de woningvoorraad en de leefomgeving, en zijn extra inspanningen nodig voor het stimuleren van scholing en participatie op de arbeidsmarkt’ (Ministerie BZK, 2022). In Nederland zijn 20 stedelijke focusgebieden aangewezen waar de leefbaarheid en veiligheid verbeterd moet worden door ingrepen in zowel de fysieke als de sociale ruimte. Deze gebiedsontwikkelingen worden gebiedsprogramma’s genoemd. In deze scriptie wordt onderzocht of, en zo ja hoe, huisartsen ook onderdeel kunnen zijn van deze vorm van gebiedsontwikkeling. Om dit te onderzoeken wordt uitgegaan van de theorie dat gebiedsontwikkeling een Complex Adaptief Systeem is en zich als dusdanig kan ontwikkelen.</p>
Auteur:	Erlijne van den Bergh
Studentnummer:	317496
Email:	erlijnevandenbergh@gmail.com
Opleiding:	Master City Developer Erasmus Universiteit Rotterdam, TU Delft
Begeleider:	Giuliano Minardo
Opdrachtgever:	Nationaal Programma Rotterdam Zuid
Status:	Definitief concept
Datum:	Januari 2024
Copyright:	Erlijne van den Bergh

Dankwoord

In 2020 kriebelde er iets. Ik was lekker aan het werk, Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond is een fantastische organisatie om te werken. Maar na vier verschillende functies in 15 jaar vroeg ik me steeds vaker af hoe het bij andere organisaties en in andere vakgebieden zou zijn. Ik was toe aan een 'tweede loopbaan', een compleet nieuw vakgebied en een wetenschappelijke uitdaging.

Mijn zoektocht naar een nieuwe passie startte bij de vraag wat ik eigenlijk had willen studeren na de middelbare school. Gezien de kennis van toen had ik geen slechte keuze gemaakt, maar wetende wat ik nu weet, sluit sociologie veel beter aan bij wie ik ben en wat ik kan. Binnen dit vakgebied leek de MCD door zijn sociologische basis en praktische uitwerking een goede keuze. Via een intakegesprek, waarin ik moest uitleggen waarom ik als teamleider Informatiemanagement de MCD wilde volgen, mocht ik in september 2020 starten met de eerste module. Deze start bleek niet alleen kennisverrijkend en inspirerend maar ook erg pittig. Meepraten met studiegenoten over de verdiepende vraagstukken in het vakgebied bleek lastig als jezelf de basis niet volledig overziet. Gelukkig werd dit kennisgat per collegedag kleiner en bleven de diverse (gast-)docenten inspirerend.

Modules 2 t/m 6 brachten nog veel meer inhoudelijke kennis en nieuwsgierigheid en met het plezier van deze modules in mijn rugzak kon ik opzoek naar een afstudeeronderwerp. Waar mijn medestudenten konden putten uit vraagstukken gerelateerd aan hun huidige werkzaamheden lag dat bij mij anders. Om mijn afstuderen zo nuttig mogelijk in te vullen heb ik het Nationaal Programma Rotterdam Zuid (NPRZ) benaderd met de vraag of zij een vraagstuk hadden dat onderzoek vereiste. Zo kwam ik uit bij Astrid Kroos, adviseur pijler 'Thuisbasis op orde', een bevlogen professional in bezit van een heleboel kennis en ervaring. Astrid bedankt voor deze mooie onderzoeksvraag, je openheid en enthousiasme. Ik wens jou en het NPRZ nog veel successen toe. Volledigheidshalve wil ik wel vermelden dat ik als onderzoeker niet verbonden ben aan het NPRZ. Zo heeft het NPRZ niet meegelezen met deze scriptie en was er geen financiële vergoeding verbonden aan dit onderzoek. Het NPRZ heeft mij alleen voorzien van een vraagstuk, de benodigde informatie en een lijstje met mogelijke contactpersonen.

Het daadwerkelijk schrijven van deze scriptie was best een bevalling. De interviews waren heel leuk om te houden en hebben enorm veel informatie opgeleverd. Door de openheid en bezieling van de geïnterviewden en mijn brede interesse was de hoeveelheid opgehaalde informatie overweldigend. Deze informatie ontrafelen totdat de patronen zichtbaar werden was een tijdrovende klus, waarna deze patronen ook nog geverifieerd moesten worden bij diverse geïnterviewden. Het mag duidelijk zijn dat ik deze scriptie niet had kunnen schrijven zonder de hulp van alle geïnterviewden, waarvoor nogmaals hartelijk dank.

Natuurlijk is ook een woord van dank op zijn plaats voor Giuliano Minardo, die als geduldige afstudeerbegeleider mij mijn eigen weg heeft laten wandelen en voor Maurice Lenferink, voor het faciliteren van deze masteropleiding.

En last but not least. Een dikke knuffel voor Remco, Rick, Thijs, Ilse en Annette. Onwijs bedankt voor het meedenken, alle bemoedigende woorden, de vele kopjes thee, jullie zelfstandigheid en het dichtrennen van de gaten thuis.

Erlijne van den Bergh
Januari 2024

Samenvatting

Voor dit afstudeeronderzoek heeft het Nationaal Programma Rotterdam Zuid (NPRZ) gefungeerd als opdrachtgever en een onderzoeksvraag uit het programma beschikbaar gesteld. Het NPRZ is in 2011 opgericht als gebiedsprogramma om de sociaaleconomische problemen in Rotterdam-Zuid aan te pakken. Hierbij wordt veelal ingezet op nieuwe interventies die bestaande processen kunnen doorbreken. De programmaleiding heeft het vermoeden dat de resultaten van het programma verbeterd kunnen worden als huisartsen (beter) aangehaakt zouden zijn in dit gebiedsprogramma.

Om te bekijken of deze onderzoeksvraag geschikt is voor een MCD-afstudeerscriptie is eerst vooronderzoek gedaan. In dit vooronderzoek is geconstateerd dat gebiedsontwikkeling en gezondheidszorg op nationaal niveau twee compleet gescheiden domeinen zijn die beleidsmatig weinig invloed op elkaar hebben. Hierbij is ook geconstateerd dat beide domeinen zich richten op dezelfde maatschappelijke problematiek. In 2022 is een stap gezet om verbinding te leggen tussen deze beleidsterreinen middels de vaststelling van het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid. Hierin uit het Rijk de ambitie om samen met gemeenten en andere lokale partijen de leefbaarheid en veiligheid in 20 focusgebieden te verbeteren. Deze aandacht voor het ontwikkelen van de sociale ruimte, tegelijk met de ontwikkeling van de fysieke ruimte, is een stap die past in de totale ontwikkeling van gebiedsontwikkeling als vakgebied. Na een periode waarin Rijk en gemeenten weinig aandacht hadden voor de leefbaarheid in kwetsbare wijken lijkt er nu sprake van een opleving. De komst van gebiedsprogramma's zijn hier onderdeel van (Van der Velde & Can, 2022).

De hoofdvraag voor dit onderzoek is vervolgens als volgt gedefinieerd:

Willen en kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

In de bijbehorende deelvragen is aandacht voor de bereidheid van huisartsen om te participeren, voor de manier waarop een gebiedsontwikkeling functioneert en de voorwaarden voor een actor om deel te nemen. Hiernaast is ook aandacht voor het toegepaste netwerkmanagement en voor de sturingsmechanismen die ingezet kunnen worden in gebiedsontwikkelingen. Bij al deze vragen ligt de nadruk op gebiedsontwikkelingen waarbij óók aandacht is voor de ontwikkeling van de sociale ruimte. Gebiedsontwikkelingen die alleen betrekking hebben op de fysieke ruimte zijn buiten scope.

Het onderzoek bestaat uit twee delen; een theoretisch en een empirisch deel. In het theoretische deel ligt de focus op gebiedsontwikkeling als Complex Adaptief Systeem (CAS). Allereerst wordt een onderbouwing gegeven van gebiedsontwikkeling als CAS. Aansluitend hierop komen de basis principes voor samenwerking binnen een CAS met multi-actoren aan bod. Ook wordt in het theoretisch kader aandacht besteed aan netwerkmanagement en sturingsmechanismen die binnen een gebiedsontwikkeling toegepast kunnen worden.

In de empirische fase zijn 16 interviews gehouden. De geïnterviewden zijn huisartsen, andere eerstelijnszorgverleners en betrokkenen uit het (gemeentelijk) sociaal domein. Omdat de onderzoeksvraag door het NPRZ gesteld is, is het merendeel van de geïnterviewden werkzaam in Rotterdam. De andere geïnterviewden zijn werkzaam in Utrecht en Den Haag. De meest relevante bevindingen uit de interviews zijn:

- Gebiedsprogramma's, eerstelijnszorg en het sociaal domein zijn verbonden door het bedienen van dezelfde bewoners en het nastreven van dezelfde doelen.
- De netwerken waarin gebiedsprogramma's opereren zijn dusdanig groot dat hier moeilijk sturing aan te geven is.
- Huisartsen kennen in zijn algemeenheid een hoge werkdruk en zijn overvraagd.
- De betrokkenheid van huisartsen bij hun patiënten is groot, maar huisartsen zijn door privacywetgeving en de financieringsstructuur beperkt in hun handelen.

- De koepelorganisatie van huisartsen in Rotterdam ziet geen meerwaarde in samenwerking met een gebiedsprogramma.
- Het NPRZ is opgezet als een netwerk administratieve organisatie. Samenwerkingspartners zijn niet hiërarchisch verplicht om mee te doen. NPRZ moet partners verleiden of bestuurlijke druk uitoefenen om commitment te krijgen.
- NPRZ vervult als gebiedsprogramma een richtinggevende en regulerende rol en stuurt nu voornamelijk op afstand.

Voor het merendeel van de bevindingen uit de interviews is ook bewijslast gevonden in onderzoeken, wetgeving of andere documentatie.

Het complete onderzoek heeft meer dan voldoende informatie opgeleverd om de deelvragen en vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden. De tweeledige hoofdvraag die gaat over de bereidheid van huisartsen om een bijdrage te leveren aan gebiedsontwikkelingen en de mogelijkheden die de huisarts hiertoe heeft kan als volgt worden beantwoord:

- Huisartsen als verenigde actor willen op strategisch niveau niet deelnemen in de netwerkstructuur van gebiedsontwikkelingen.
- Individuele huisartsen willen wel deelnemen in gebiedsontwikkelingen en een bijdrage leveren aan kleinschalige samenwerking in (focus-)wijken.
- Huisartsen kunnen als verenigde actor niet deelnemen in gebiedsontwikkelingen omdat zij niet aan de voorwaarden voldoen.
- Huisartsen kunnen op individueel niveau wel een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen op wijkniveau.

De bijdrage van huisartsen aan gebiedsontwikkelingen blijkt dus afhankelijk van de opzet en de schaalgrootte van de ambities. Op dit moment is er wel draagvlak voor samenwerking tussen gebiedsprogramma's en huisartsen op wijkniveau, maar is de tijd niet om gezamenlijk in te zetten op nieuwe interventies die bestaande processen kunnen doorbreken.

De analyse van het gebruikte netwerkmanagement en de toegepaste sturingsmechanismen van het NPRZ levert geen opmerkelijke conclusies en aanbevelingen op. De opzet van het NPRZ als netwerkadministratieve organisatie functioneert goed en zou ook geschikt zijn om huisartsen te laten toetreden. Ten aanzien van de sturingsmechanismen zou het NPRZ haar aanpak kunnen uitbreiden. Naast richtinggeven en reguleren en is het aan te bevelen soms ook een faciliterende rol te pakken.. Tevens wordt het NPRZ aanbevolen om door te gaan met het enthousiasmeren van de koepelorganisatie van huisartsen als potentiële samenwerkingspartner. Alle verandering gaat langzaam en dit geldt zeker voor het realiseren van systeemdoorbraken. De aanbeveling is dan ook om geduldig vol te houden.

Dit exploratieve onderzoek toont aan dat gebiedsontwikkeling zich naast de ontwikkeling van de fysieke ruimte ook richt op de ontwikkeling van de sociale ruimte én dat hierin een relatie ligt met gezondheidszorg. Er zijn in dit kader nog vele onderdelen, invalshoeken en perspectieven die onderzocht kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is het toepassen van een ander perspectief op de onderzoeksvraag van deze scriptie en te onderzoeken hoe gebiedsprogramma's een bijdrage kunnen leveren aan het werk van huisartsen.

Inhoudsopgave

Dankwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding en vooronderzoek	7
1.1 Het Nationaal Programma Rotterdam Zuid als opdrachtgever	7
1.2 Vooronderzoek: maatschappelijke opgaven gebiedsontwikkeling en gezondheidszorg	7
1.2.1 Scheiding van beleidsterreinen	7
1.2.2 Gedeelde maatschappelijke problematiek	8
1.2.3 Verschuiving binnen beleidsterrein gebiedsontwikkeling; beleid op sociale ruimte	8
1.2.4 Gebiedsprogramma's	9
1.2.5 Beleid voor sociale ruimte zeer gewenst	9
1.2.6 De doorontwikkeling van gebiedsontwikkeling als vakgebied	10
1.2.7 Conclusies vooronderzoek	11
1.3 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	11
1.4 Onderzoeksopzet	12
1.5 Onderzoeksvraag en deelvragen	13
1.6 Literatuuronderzoek en interviews experts	13
1.7 Leeswijzer	14
2. Theoretisch kader	15
2.1 Gebiedsontwikkeling is een Complex Adaptief Systeem (CAS)	15
2.2 Voorwaarden voor het functioneren van een gebiedsontwikkeling	15
2.3 Netwerkorganisatievormen binnen een gebiedsontwikkeling	17
2.4 Sturingsmechanismen binnen een gebiedsontwikkeling	18
2.5 Conceptueel onderzoekskader	19
3. Empirie	21
3.1 Interviews, opzet, soorten geïnterviewden	21
3.2 Bevindingen	21
3.2.1 Gebiedsprogramma's zijn verschillend in opzet en aanpak	22
3.2.2 Samenwerkingsstructuur bij gebiedsprogramma's complex	23
3.2.3 Netwerkmanagement bij gebiedsontwikkelingen verschillend ingezet	24
3.2.4 Sturingsmechanismen bij gebiedsontwikkelingen verschillend ingezet	24
3.2.5 Betrokkenheid van huisartsen bij de wijk groot maar beperkt	25
3.2.6 Eerstelijnszorg en sociaal domein zoekend (naar een eindverantwoordelijke)	27
3.2.7 Geen bereidheid tot gezamenlijke inzet systeemdoorbraken	30
3.3 Conclusies empirie	31
4. Conclusies	33
4.1 Beantwoording hoofd- en deelvragen	33
4.2 Beperkingen onderzoek	36
4.3 Aanbevelingen	36
Nawoord	38
Literatuurlijst	39
Lijst geïnterviewden	43

Lijst van tabellen en figuren

1. Grafische vertaling conclusies NPRZ midterm review	7
2. Grafische weergave ambities NPRZ als gebiedsprogramma	9
3. Voorbeeld van een resultatenwiel omgevingswijzer	10
4. Tijdlijn 75 jaar stedelijke vernieuwing	11
5. Onderzoekopzet inclusief leeswijzer	12
6. Eigenschappen, karakteristieken en sturingsprincipes van een CAS	16
7. Voorbeeld van een fully connected mesh	17
8. Verschijningsvormen van netwerk-governance	17
9. Meervoudig sturingsmodel	18
10. Ambities NPRZ zoals benoemd in het uitvoeringsmodel 2023-2027	22
11. Principes gebiedsontwikkeling Samen voor Overvecht	23
12. Samenwerkingsvorm NPRZ weergegeven in een dubbele fully connected mesh	23
13. Gebruikt sturingsmechanisme NPRZ in meervoudig sturingsmodel	24
14. Gebruikt sturingsmechanisme Samen voor Overvecht in meervoudig sturingsmodel	24
15. 4D model Huisartsen	25
16. Netwerkaart samenwerkingsverbanden zorg en welzijn, deelgemeente Feijenoord	28
17. Gezondheidscentrum De Rubenshoek, Den Haag Schilderswijk	30

1. Inleiding en vooronderzoek

Voor het doen van een afstudeeronderzoek en het schrijven van deze scriptie is gezocht naar een opdrachtgever. Een opdrachtgever die zich inzet om de wereld een beetje mooier te maken. Dit is een bewuste keuze geweest omdat op deze manier het onderzoek en de scriptie een kleine bijdrage kan leveren aan dit doel. Het Nationaal Programma Rotterdam Zuid (NPRZ) is een organisatie met grote maatschappelijke ambities en zij waren bereid om voor deze scriptie een onderzoeksvraag uit het programma beschikbaar te stellen.

1.1 Het Nationaal Programma Rotterdam Zuid (NPRZ) als opdrachtgever

Het NPRZ is in 2011 opgericht om de sociaaleconomische problemen in Rotterdam-Zuid aan te pakken en heeft tot doel om de kansen van bewoners te vergroten en het leven op Zuid te verbeteren. De opzet van deze grootstedelijke vernieuwingsaanpak is een lange termijn aanpak (20 jaar) en heeft betrekking op wonen, onderwijs, werk en veiligheid. Het NPRZ is nu 10 jaar onderweg en in de midtermreview is o.a. geconcludeerd dat het bereik van de aangeboden hulp onder het landelijk gemiddelde blijft hangen. Waar bij andere programma's gemiddeld 45% van de hulpbehoevenden wordt bereikt is dit bij het NPRZ tussen de 37% en de 41%. Zeker gezien de hoeveelheid maatregelen en de variëteit aan (buurt-)initiatieven is dit een lage score. Blijkbaar is een meerderheid van de hulpbehoevenden in Rotterdam-Zuid niet te bereiken via de gebaande paden (NPRZ, 2022).

Nu heeft de programmaleiding het vermoeden dat deze bewoners wel te bereiken zijn als de huisartsen (beter) aangehaakt zouden zijn in het programma. Deze aanname is o.a. gebaseerd op feedback van de wijkteams en de ervaringen van een gebiedsprogramma in Utrecht. Deze aanname wordt versterkt door berichten in de media zoals in de documentaire *Beter!* (NPO, 2022). Het NPRZ heeft dan ook gevraagd om te onderzoeken hoe huisartsen beter bij het NPRZ aangehaakt kunnen worden.



Figuur 1: Grafische vertaling conclusies NPRZ midterm review

1.2 Vooronderzoek: de relatie tussen gebiedsontwikkeling en gezondheidszorg

Om te bekijken of de onderzoeksvraag van het NPRZ, 'Hoe kunnen huisartsen beter betrokken worden bij het NPRZ?', geschikt is voor deze scriptie, is het noodzakelijk om eerst vooronderzoek te doen. Dit vooronderzoek is nodig omdat de vraag op het eerste gezicht nogal vergezocht lijkt. Gebiedsontwikkeling en gezondheidszorg zijn twee aparte beleidsterreinen die op het eerste gezicht weinig raakvlakken hebben. Bovendien is de vraag te operationeel van aard en moet onderzocht worden of deze geabstraheerd kan worden.

1.2.1 Scheiding van beleidsterreinen

Het vooronderzoek start op nationaal niveau waar gekeken wordt naar de ambities en plannen voor het ruimtelijk domein. Het vaststellen van deze ambities en plannen is een verantwoordelijkheid van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK). De visie van het Rijk op ruimtelijke ordening en gebiedsontwikkeling is vastgelegd in de Nationale Omgevingsvisie (NOVI), het cultuur- en

erfgoedbeleid en de structuurvisie op infrastructuur en ruimte (SVIR). Deze visies behartigen de nationale belangen m.b.t. het versterken van de economie, het beter benutten van infrastructuur, het verbeteren van de kwaliteit van water, bodem en lucht, het beschermen tegen wateroverlast en overstromingen en het behoud van unieke cultuur en natuur*. De inhoud van deze visies richt zich op de inrichting van de fysieke ruimte in Nederland. Voor het opstellen van deze plannen en ambities is ambtelijk alleen geborgd dat BZK haar plannen afstemt met het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat. Afstemming met andere ministeries staat de beleidmakers van BZK natuurlijk altijd vrij, maar is niet geborgd.

Beleid ten aanzien van gezondheid en eerstelijnszorg wordt opgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Over de ambtelijke afstemming van VWS met andere departementen is niets vastgelegd. Het ministerie van BZK heeft, voor zover zichtbaar, geen invloed op de ambities en plannen van VWS. Deze scheiding in beleidsterreinen is ook zichtbaar in gemeentelijk beleid waar de verantwoordelijkheden voor gebiedsontwikkeling en gezondheidszorg ook bij aparte wethouders en aparte directies belegd zijn.

1.2.2 Gedeelde maatschappelijke problematiek

Het opstellen van het beleid voor gebiedsontwikkeling en het beleid voor gezondheidszorg zijn twee compleet gescheiden trajecten. In de nationale beleidsstukken van beide vakgebieden zijn ook geen onderlinge verwijzingen opgenomen. Deze scheidslijn in vakgebieden zorgt er voor dat de vraag over de rol van huisartsen in gebiedsontwikkeling vergezocht lijkt. Wanneer echter gekeken wordt naar de drijfveren achter de betreffende beleidsdocumenten dan valt op dat deze voor een groot deel identiek zijn. De maatschappelijke problemen, waar beleidsmatig oplossingen voor gevonden moeten worden, zijn overlappend. Zowel in de nationale beleidslijn als in de gemeentelijke plannen wordt beleid t.a.v. gebiedsontwikkeling mede ingezet om de welvaart te verbeteren, de armoede en de werkloosheid af te laten nemen en de vitaliteit en veerkracht van inwoners te verhogen. Ambities die ook terug te lezen zijn in nationale en gemeentelijke beleidsstukken over gezondheidszorg. Ook hierin wordt als doel benoemd dat iedereen, ook mensen in een kwetsbare positie of met een verminderde gezondheid, mee kunnen doen in de samenleving.

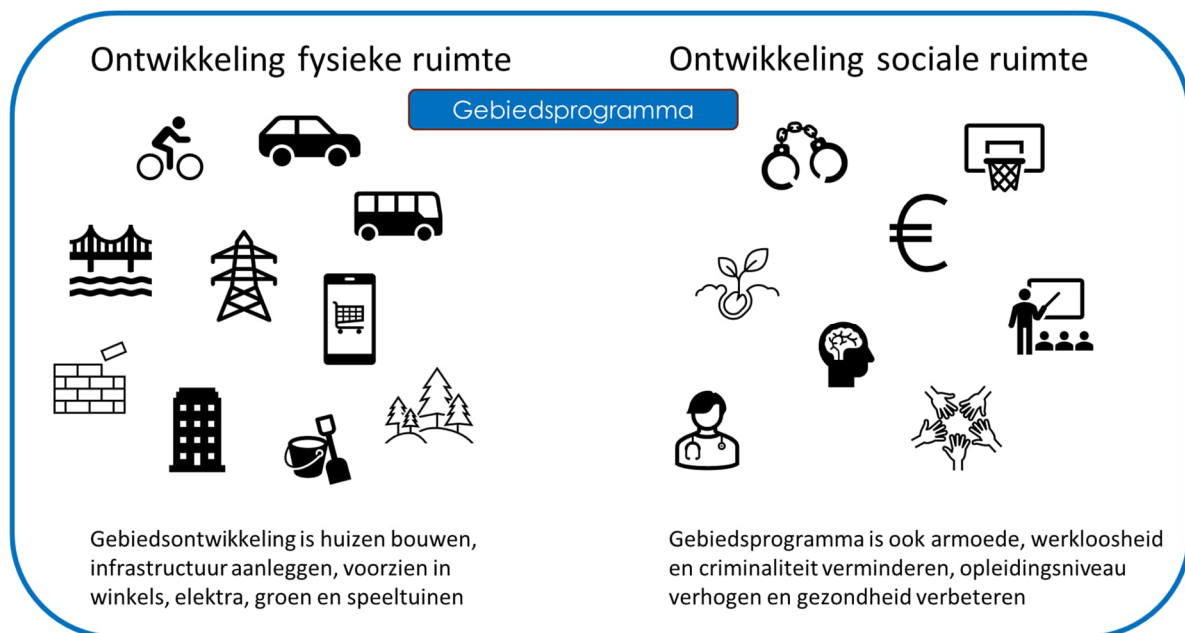
1.2.3 Verschuiving binnen beleidsterrein gebiedsontwikkeling; beleid op sociale ruimte

In 2022 is een verschuiving opgetreden in het speelveld zoals hierboven geschetst. Waar alle beleidsdocumenten voor gebiedsontwikkeling gericht waren op de ontwikkeling van de fysieke ruimte is in 2022 ook een visieplan vastgesteld dat zich richt op de ontwikkeling van de sociale ruimte; het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid (Ministerie BKZ, 2022). In dit meerjarenprogramma uit het Rijk de ambitie om samen met gemeenten en andere lokale partijen de leefbaarheid en veiligheid in 20 focusgebieden te verbeteren. 'In aanvulling op het generieke beleid op het terrein van wonen, werken, inkomen, onderwijs, veiligheid en gezondheid is een gebiedsgerichte inzet nodig voor het verbeteren van de kwaliteit van de woningvoorraad en de leefomgeving, en zijn extra inspanningen nodig voor het stimuleren van scholing en participatie op de arbeidsmarkt' (Ministerie BZK, 2022). Het gaat om 19 gemeenten met 20 stedelijke focusgebieden die geografisch over heel Nederland verspreid liggen en waar in totaal ruim 1,2 miljoen mensen wonen. Doordat deze visie nog maar kort geleden het levenslicht heeft gezien is de inhoud van deze visie nog niet verwerkt in de visies op de fysieke ruimte. Ook de doorvertaling van deze landelijke visie naar visies en plannen op gemeentelijk niveau heeft nog niet plaatsgevonden. Een link met (nationaal) beleid voor gezondheidszorg is er evenmin. Gelukkig betekent dit niet dat er nu een leemte is. Binnen meerdere gemeenten zijn in de afgelopen jaren al visies vastgesteld die zich richten op de aanpak van de focusgebieden.

* www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ruimtelijke-ordening-en-gebiedsontwikkeling/beleid-ruimtelijke-ordening

1.2.4 Gebiedsprogramma's

Op gemeentelijk niveau is al langer aandacht en bijbehorend beleid voor de aanpak van focus gebieden. Zo is in 2012 in Rotterdam het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ) opgericht als antwoord op het adviesrapport "Kwaliteitssprong Zuid: Ontwikkeling vanuit Kracht" (Deetman & Mans, 2011). In dit adviesrapport wordt een uitvoerige analyse gegeven van de problemen in Rotterdam-Zuid. De wijken zijn een kweekvijver voor criminaliteit en de oorzaken zijn diep verankerd. Veel inwoners hebben geen opleiding, geen legaal werk, beperkte financiële mogelijkheden en slechte woonomstandigheden (Deetman & Mans, 2011). Met de oprichting van het NPRZ wordt een structuur geboden waarbinnen het Rijk, Gemeente Rotterdam, corporaties, zorginstellingen, schoolbesturen, bedrijfsleven, politie en Openbaar Ministerie samenwerken om deze problemen op te lossen door ingrepen in de fysieke en in de sociale ruimte. Het NPRZ is hierbij niet gedefinieerd als een gebiedsontwikkeling, maar als een gebiedsprogramma. In een gebiedsprogramma gaat het niet alleen over het bouwen van huizen, het aanleggen van infrastructuur en voorzien in energie, winkels, groen en speeltuinen: de fysieke ruimte. In een gebiedsprogramma gaat het ook over het verminderen van armoede, werkloosheid en criminaliteit, het verhogen van opleidingsniveau en het verbeteren van de gezondheid: de sociale ruimte. Een gebiedsprogramma is dan ook de belichaming van de manier waarop Sennett beschrijft dat naar een stad gekeken moet worden. In zijn boek *Stadsleven* beschrijft Sennett dat je een stad op twee manieren kunt bekijken. Naast kijken naar de fysieke ruimte, de 'Ville', is het van belang om bij de ontwikkeling van een stad ook te kijken naar de sociale ruimte, de 'Cite'. Omdat deze twee dimensies met elkaar verbonden zijn is het belangrijk om deze in samenhang te bekijken omdat veranderingen in de fysieke ruimte niet het gewenste effect zullen hebben zonder aandacht voor de sociale ruimte (Sennett, 2018).



Figuur 2: Grafische weergave ambities NPRZ als gebiedsprogramma

Ook in andere steden zijn gebiedsprogramma's gestart in de afgelopen jaren. Zo wordt in Utrecht al lange tijd o.a. extra aandacht gegeven aan de wijk Overvecht (Gemeente Utrecht, 2019). In Den Haag richt de ambitie voor gebiedsontwikkeling zich op 'een gezonde, leefbare en duurzame stad' (Gemeente Den Haag, 2020). Om hier invulling aan te geven zijn projecten opgestart in 18 gebieden.

1.2.5 Beleid voor sociale ruimte zeer gewenst

Dat in 2022 beleid is vastgesteld voor sociale ruimte waarin de verbinding gelegd wordt tussen de fysieke en sociale ruimte is een ontwikkeling waarvoor meerdere onderzoekers en opiniemakers zich

de afgelopen jaren hard hebben gemaakt. Zo bepleit Cody Hochstenbach (stadsgeograaf) in zijn boek *Uitgewoond* dat door de focus op de fysieke ruimte de sociale ruimte uit het oog verloren wordt (Hochstenbach, 2022). Floor Milikowski (journalist en geograaf) vraagt zich af of ontwikkelingen van de fysieke ruimte in Amsterdam wel altijd ten goede komen van de sociale ruimte (Milikowski, 2018). En Arjen van Veelen (schrijver en journalist) betoogt dat Rotterdam de plaats is waar de economie altijd voorrang krijgt, alles wat zakelijk overbodig is geschrapt wordt en leefbaarheid niet belangrijk is (Van Veelen, 2022). Maar niet alleen uit de journalistieke hoek was er kritiek de afgelopen jaren. In 2021 is een VN-rapport verschenen waarin kritiek geuit werd op het woonbeleid in Rotterdam (Rajagopal et al, 2021). De rapporteurs stelden dat de armoede en de werkloosheid zou toenemen als de Woonvisie Rotterdam 2030 uitgevoerd zou worden en er dus 13.500 sociale woningen verdwijnen. En ook het Cultureel Planbureau concludeerde dat het 'Bij integrale gebiedsontwikkeling belangrijk is om vanaf het begin een bredewelvaartsperspectief te hanteren' (Hendrich et al, 2023). Onder dit bredewelvaartsperspectief wordt verstaan dat aandacht moet zijn voor leefbaarheidseffecten en brede welvaart van toekomstige generaties. Een nieuwe definitie van een gebiedsontwikkeling wordt hierbij niet gegeven, wel een vijftal tips voor de aanpak van deze bredere opvatting. Deze tips hebben overeenkomsten met de tips/ ontwerpprincipes die door Sennett benoemd worden in zijn boek *Stadsleven voor het verbinden van de fysieke ruimte (de 'Ville') en de sociale ruimte (de 'Cite')*.

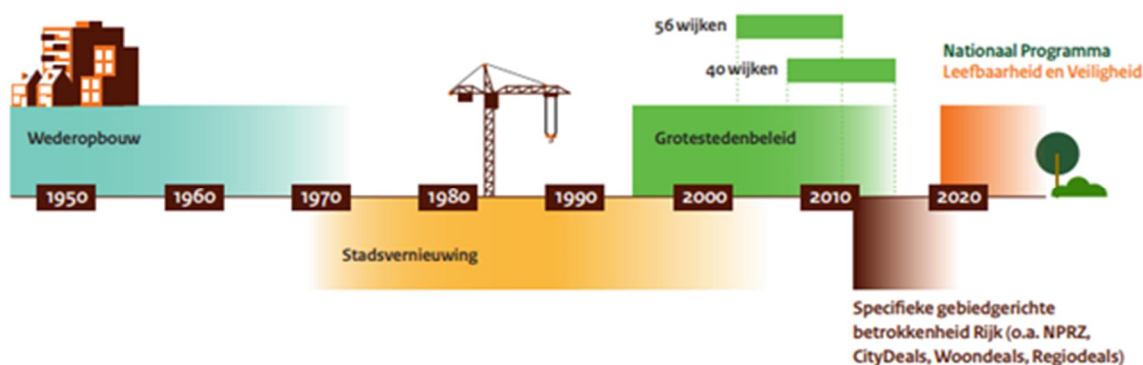
Als tegenhanger van al deze onderzoeken en boeken waarin benoemd wordt dat er een probleem is zijn er ook instanties waar stappen gezet worden waarin de verbinding tussen de fysieke en de sociale ruimte zichtbaar is. Zo hanteert het Ministerie voor Infrastructuur en Milieu al een bredere definitie bij het beoordelen van gebiedsontwikkelingen. Elke gebiedsontwikkeling wordt gescoord in de omgevingswijzer waarin aandacht is voor profit, planet en people. Door beoordeling op twaalf thema's wordt de duurzaamheid van een project concreet gemaakt waarna de gebiedsontwikkeling geprioriteerd wordt. Hierbij is binnen het resultaat 'People' aandacht voor ruimtegebruik, ruimtelijke kwaliteit, welzijn & gezondheid en sociale relevantie (figuur 3).



Figuur 3: Voorbeeld van een resultatenwiel omgevingswijzer (www.omgevingswijzer.org)

1.2.6 De doorontwikkeling van gebiedsontwikkeling als vakgebied

Gebiedsontwikkeling als vakgebied is relatief jong. De ontwikkeling van deze integrale manier van werken komt goed tot uiting in figuur 4. In opdracht van Platform 31 beschreven Van der Velden & Can in hun kennisdossier dat de manier waarop in Nederland naar stedelijke vernieuwing wordt gekeken in de afgelopen decennia grote ontwikkelingen heeft doorgemaakt. Wat opvalt in de tijdlijn stedelijke ontwikkeling van Platform 31 is de duidelijke afwisseling in de verschillende fasen tussen perioden met een dominante fysieke aanpak ('stenen stapelen') en perioden waarin de nadruk ligt op een sociale aanpak ('sociale stijging en sociaaleconomische verbetering'). Van der Velden & Can constateren anno 2022 dat na een periode waarin Rijk en gemeenten weinig aandacht hadden voor de leefbaarheid in kwetsbare wijken er nu weer sprake lijkt van een opleving. Sinds 2020 wordt leefbaarheid en veiligheid gezien als onderdeel van stedelijke vernieuwing. De komst van gebiedsprogramma's zijn hier onderdeel van.



Figuur 4: Tijdlijn 75 jaar stedelijke vernieuwing. (Platform 31- bewerkte versie van 75 jaar stedelijke vernieuwing – update 2022 (Van der Velde & Can, 2022))

Dat gebiedsontwikkeling als vakgebied in ontwikkeling is blijkt ook uit het jaarverslag 2022/ voortuitblik 2023 van de Stichting Kennis Gebiedsontwikkeling (SKG). Het SKG betoogt dat in 2023 en verder gebiedsontwikkeling zich moet verbreden door zich te richten op ruimtelijke uitdagingen op het terrein van mobiliteit, energie en klimaat. De recente komst van uiteenlopende publieke, private en maatschappelijke deelnemers bij de SKG bewijst dat het vakgebied zich disciplinair verbreed en dat de zogenoemde waardeketen van gebiedsontwikkeling zich verdiept (SKG, 2023). Een zelfde ontwikkeling is zichtbaar bij de Master City Developer (MCD). Ook voor de MCD is het zichtbaar dat het vakgebied continue in ontwikkeling is. Ontwikkelingen die geïnitieerd worden door de markt, ontwikkelingen door nieuwe opvattingen van de overheid of ontwikkelingen met een meer natuurlijke achtergrond zoals klimaatverandering en de energietransitie. Om de opleiding actueel te houden heeft de MCD dan ook vorig jaar zijn curriculum uitgebreid en twee nieuwe modules toegevoegd (Urban Transformation en Urban Law).

1.2.7 Conclusie vooronderzoek

Uit het vooronderzoek blijkt dat de onderzoeksvraag zoals gesteld door het NPRZ: *‘Hoe kunnen huisartsen beter betrokken worden bij het NPRZ?’* relevant en niet te ver gezocht is. De gedeelde ambities en de verantwoordelijkheid voor dezelfde maatschappelijke problematiek maakt samenwerking tussen gebiedsontwikkeling en gezondheidszorg opportuun. De opkomst van gemeentelijke gebiedsprogramma's, het in 2022 opgestelde Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid en de geschetste doorontwikkeling van het vakgebied zijn hiervan concrete voorbeelden.

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Voor het NPRZ (en andere gebiedsprogramma's) wordt door landelijke en lokale overheid flink in de buidel getast. Om deze investering van maatschappelijke gelden te verantwoorden is het belangrijk dat deze programma's aantoonbaar resultaat opleveren. Ook voor het succes van de totale gebiedsontwikkeling in Rotterdam-Zuid is het slagen van het gebiedsprogramma voorwaardelijk. Zonder verbetering van de sociale ruimte is de verbetering van de fysieke ruimte van korte duur.

Naast bovengenoemde maatschappelijke relevantie is er ook een wetenschappelijke relevantie. Het succes van gebiedsprogramma's laat zich moeilijk meten. Gijs Custers, onderzoeker aan de Erasmus Universiteit, concludeerde n.a.v. de midterm review op www.socialevraagstukken.nl nog dat er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor het NPRZ. Hij stelt dat onderzoeken zich beperken tot gesprekken met bestuurders en enkele bewoners en niet verder komen dan het beschrijven van ontwikkelingen op gebiedsniveau. Custers pleit er voor om wetenschappelijk onderzoek te doen welke interventies effect hebben en welke bewoners hiervan profijt hebben.

De rol van zorgverleners, en huisartsen in het bijzonder, bij gebiedsontwikkeling is nog helemaal niet wetenschappelijk onderzocht.

1.4 Onderzoeksopzet

Om te bekijken of de onderzoeksvraag van het NPRZ, 'Hoe kunnen huisartsen beter betrokken worden bij het NPRZ', geschikt is voor deze scriptie is eerst vooronderzoek gedaan (zie 1.2). Met de verkregen informatie uit de eerste verkennende gesprekken en het eerste literatuuronderzoek kon bepaald worden of de vraag te onderzoeken is en of voor de vraag een passend theoretisch kader bestaat. Zoals in 1.2 valt te lezen is een mogelijke participatie van huisartsen binnen gebiedsontwikkeling niet zo ver gezocht als dit in eerste instantie lijkt. De maatschappelijke problemen die door beide beleidsterreinen geïdentificeerd zijn, en een deel van de bedachte oplossingsrichtingen, zijn overlappend. Op basis van dit vooronderzoek is besloten om de onderzoeksvraag van het NPRZ te vertalen naar een abstracter niveau.

Om te kunnen onderzoeken of een nieuwe samenwerkingspartner toegevoegd kan worden aan gebiedsontwikkelingen moet eerst duidelijk zijn wat voor organisatie model gebiedsontwikkelingen zijn. Voor het antwoord op dit vraagstuk kon geput worden uit recente literatuur uit het vakgebied zelf. Gebiedsontwikkeling is geïdentificeerd als een Complex Adaptief Systeem (CAS). In het theoretisch kader is uitgewerkt wat de eigenschappen van een CAS precies zijn, onder welke voorwaarden een CAS werkt en welke componenten een rol spelen in dit systeem. Aanvullend hierop wordt beschreven welke soorten netwerkmanagement toegepast kunnen worden en welke zachte sturingsmechanismen gebruikt kunnen worden binnen een CAS. Dit geheel leidt tot een conceptueel onderzoekskader.



Figuur 5: Onderzoeksopzet inclusief leeswijzer

De empirische fase zal bestaan uit interviews met betrokkenen vanuit gebiedsontwikkeling en betrokkenen vanuit de gezondheidszorg. Vanuit gebiedsontwikkeling zal de focus liggen op de verantwoordelijken voor gebiedsprogramma's. Binnen de gezondheidszorg zal gesproken worden met huisartsen, gemeenteambtenaren en andere eerstelijns zorgverleners. Omdat de onderzoeksvraag door het NPRZ gesteld is zal het onderzoek zich focussen op Rotterdam, maar er zal ook gekeken worden naar de ontwikkelingen in Utrecht en Den Haag. Utrecht en Den Haag zijn namelijk net als

Rotterdam onderdeel van de G4 en zijn dus in schaalgrootte vergelijkbaar. Bovendien heeft het Ministerie van Binnenlandse Zaken in alle drie de steden een stedelijk focus gebied aangewezen, te weten Rotterdam-Zuid, Utrecht Overvecht en Den Haag Zuidwest. Deze gedeelde omvang en problematiek maakt de drie gemeenten vergelijkbaar. Wanneer de verkregen informatie uit de interviews gerelateerd wordt aan het onderzoekskader kan een analyse plaatsvinden en kan de onderzoeksvraag beantwoord worden. In figuur 5 wordt deze opzet grafisch weergegeven.

1.5 Onderzoeksvraag en deelvragen

Het NPRZ wil graag weten of huisartsen aangesloten kunnen worden op hun programma. Om deze vraag geschikt te maken voor deze scriptie is deze vraag geabstraheerd: 'Willen en kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkeling?'. Bij deze vraag ligt de nadruk op gebiedsontwikkelingen waarbij óók aandacht is voor de ontwikkeling van de sociale ruimte. Gebiedsontwikkelingen die alleen betrekking hebben op de fysieke ruimte zijn buiten scope.

Om dit te onderzoeken zijn eerst antwoorden gezocht op deelvragen die betrekking hebben op de werking van een gebiedsontwikkeling. Vervolgens is middels het houden van interviews antwoord gezocht op de vraag of huisartsen zouden willen deelnemen aan gebiedsontwikkelingen en wat hierbij de kansen en bedreigingen zijn.

Hoofdvraag:

Willen en kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

Deelvragen:

1. Willen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?
2. Onder welke voorwaarden kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?
3. Is het gebruikte netwerkmanagement van het NPRZ geschikt om huisartsen te laten toetreden?
4. Is het toegepaste sturingsmechanismen van het NPRZ geschikt om huisartsen te laten toetreden?

1.6 Literatuurstudie en interviews experts

In de literatuurstudie ligt de focus op het Complex Adaptieve Systeem. Allereerst wordt een onderbouwing gegeven van gebiedsontwikkeling als een CAS. Na deze vaststelling zal het principe van een CAS ontleed worden zodat de werking van het systeem en de werking binnen het systeem duidelijk wordt. Hierbij zal nadrukkelijk gekeken worden naar de verschillende componenten binnen het systeem en de manier waarop deze zich tot elkaar verhouden. Om de theorie van het Complex Adaptieve Systeem goed scherp te krijgen zal gekeken worden naar internationale literatuur en waar mogelijk ook naar nationale literatuur. Voor de werking van gebiedsontwikkeling als CAS wordt gebruik gemaakt van meerdere onderzoeken die redelijk recent hebben plaatsgevonden.

Om te onderzoeken of huisartsen een bijdrage kunnen leveren aan gebiedsontwikkeling worden interviews gehouden met huisartsen, ambtenaren en andere betrokkenen in de eerstelijns (gezondheids-)zorg. Het doel is om te onderzoeken of de manier waarop huisartsen georganiseerd zijn en te werk gaan past binnen de voorwaarden die gelden binnen een CAS. De interviews zijn semigestructureerde interviews rondom de onderzoeksvraag en zijn open van aard. Dat betekent dat

alle gestelde vragen 'open-vragen' zullen zijn en dat er ruimte is voor de geïnterviewden om inhoudelijk alle informatie te kunnen delen die zij relevant achten. De geïnterviewde wordt gevraagd om te kijken naar zijn of haar eigen rol en naar de rol van alle relevante componenten. De eerste interviews worden gehouden met de opdrachtgever en de directe contacten van de opdrachtgever. Hierna wordt het sneeuwbaaleffect toegepast. Aan het einde van ieder interview wordt gevraagd met welke andere experts gesproken moet worden. Dit principe wordt volgehouden totdat er geen nieuwe experts meer genoemd worden. Om een representatief beeld te krijgen is het wenselijk om 10-20 interviews te houden. Het minimum per betrokken soort actor is drie. Indien drie dezelfde actoren in het interview dezelfde informatie aandragen kan aangenomen worden dat deze informatie representatief is voor het vakgebied.

1.7 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) wordt het theoretische deel van het onderzoek beschreven. Op basis van diverse literatuur en theorieën wordt in dit hoofdstuk een conceptueel onderzoekskader bepaald. In het derde hoofdstuk staat de empirische fase centraal. Allereerst wordt beschreven hoe deze empirie is uitgevoerd en in de latere paragrafen staan de bevindingen centraal. In het vierde en tevens laatste hoofdstuk zijn de conclusies, beperkingen en aanbevelingen opgenomen.

2. Theoretisch kader

Zoals in paragraaf 1.2.6 staat beschreven is gebiedsontwikkeling als vakgebied relatief jong en continue in ontwikkeling. Deze ontwikkelingen kunnen doorgemaakt worden omdat gebiedsontwikkeling een Complex Adaptief Systeem (CAS) is. In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven wat een CAS is en wat de eigenschappen van een CAS zijn. In de paragraaf drie wordt nader ingezoomd op het samenwerken in een gebiedsontwikkeling met multi-actoren. In paragraaf 4 komen de sturingsmechanismen binnen een gebiedsontwikkeling aan bod. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conceptueel kader. Dit conceptueel kader dient als basis voor de empirische fase waarin aan huisartsen gevraagd wordt of zij willen en kunnen delen in gebiedsontwikkelingen.

2.1 Gebiedsontwikkeling is een Complex Adaptief Systeem

Ten aanzien van gebiedsontwikkeling verklaart De Zeeuw in zijn boek 'Zo werkt gebiedsontwikkeling' dat gebiedsontwikkeling een Complex Adaptief Systeem is dat op meerdere schalen actief is (De Zeeuw, 2017). De Zeeuw benadrukt hierbij dat voor het begrip 'gebiedsontwikkeling' geen definitie is vastgesteld, maar dat de meeste omschrijvingen in de vakliteratuur complementair zijn aan elkaar. In de diverse definities wordt o.a. benoemd dat altijd meerdere partijen nodig zijn om een gebiedsontwikkeling te realiseren. Enkele voorbeelden van definities zijn opgenomen in onderstaand kader. Voor de link naar de systeemtheorie verwijst De Zeeuw naar een proefschrift van Spaink waarin geconcludeerd wordt dat gebiedsontwikkeling kenmerken heeft van een CAS. 'Complexe adaptieve systemen evolueren voortdurend, geleidelijk of sprongsgewijs (.....). De conclusie is dat gebiedsontwikkeling kenmerken heeft van een Complex Adaptief Systeem, hetgeen er overeenkomstig de theorie op wijst dat vooral het optimaliseren van het proces, het creëren van voorwaarden en het herkennen van kansen een goede aanpak is.' (Spaink, 2017).

Voorbeelden van definities van gebiedsontwikkeling:

De Zeeuw (2017): 'gebiedsontwikkeling is de kunst van het verbinden van functies, disciplines, partijen, belangen en geldstromen, met het oog op de ontwikkeling of transformatie van een gebied.'

Den Heijer et al (2013): 'Gebiedsontwikkeling is het proces van fysieke aanpassingen van een specifieke locatie aan sociaal-economische en ruimtelijke behoeften, door verschillende partijen die verschillende instrumenten en activiteiten gebruiken om een integraal-functionerend gebied te realiseren.'

2.2 Voorwaarden voor het functioneren van een gebiedsontwikkeling

Een CAS is een begrip uit de systeemtheorie. Systeemtheorieën bekijken organisatorische vraagstukken van afstand waardoor relaties binnen het systeem en relaties met de omgeving duidelijk in beeld komen. De systeemtheorie is een managementtheorie die organisaties en hun omgeving ziet als een geheel van samenhangende onderdelen dat als een geheel gemanaged moet worden om een gemeenschappelijk doel te bereiken (Thuis, 1999). Binnen de systeemtheorie is de complexiteitstheorie een van de stromingen. De complexiteitstheorie gaat over veranderingen van systemen die niet lineair en/of regulier plaatsvinden. Het systeem is een samenstelling van opzichzelfstaande en diverse componenten. Eén van de systeemsoorten binnen de complexiteitstheorie is het Complex Adaptieve Systeem (CAS) (Marion, 1999). Een CAS is altijd een aanvulling op bestaande hiërarchische managementlijnen.

Eén van de kenmerken van een CAS is dat er een grote diversiteit aan componenten betrokken is. Onder componenten wordt verstaan: actoren, opvattingen, fysieke elementen en populaties en deze

componenten kunnen op verschillende aggregatie niveaus bekeken of georganiseerd worden (Spaink, 2017). Een ander belangrijk onderdeel binnen het CAS zijn de interacties tussen de verschillende componenten binnen het systeem. Actoren beïnvloeden elkaar en zijn afhankelijk van elkaar (Ellis & Herbert, 2011). Een CAS kan stabiel zijn voor een bepaalde periode, maar zal altijd, conform de complexiteitstheorie, zonder regelmaat aan verandering onderhevig zijn. Wanneer componenten binnen het CAS veranderen, verdwijnen of toegevoegd worden ontstaat, na een fase van instabiliteit, altijd weer een fase waarin het systeem geadapteerd is en dus weer stabiel is. (Choi et al, 2001). Deze afwisseling tussen stabiliteit en instabiliteit is ook kenmerkend voor een CAS. Randvoorwaardelijk voor het vinden van nieuwe stabiliteit is de mate waarin de componenten in staat zijn om zichzelf te organiseren, samen te werken en zichzelf te ontwikkelen (Holland, 1992). Het CAS is vervolgens weer stabiel wanneer alle componenten en hun relaties stabiel zijn. Veranderingen van het CAS zijn vervolgens alleen mogelijk indien deze verandering door de betrokken actoren ervaren wordt. Het CAS kan schoksgewijs veranderen of geleidelijk (Dooley, 1997).

In 2011 hebben Ellis en Herbert op basis van diverse wetenschappelijke literatuur een paper geschreven waarin de eigenschappen en karakteristieken van een CAS gedefinieerd zijn. In figuur 6 zijn deze opgenomen inclusief een aantal basisprincipes voor de samenwerking binnen het CAS (Ellis & Herbert, 2011). Wat hierin vooral opvalt is dat de genoemde karakteristieken eigenlijk randvoorwaarden zijn voor het functioneren van een CAS. Zo wordt het erkennen van dezelfde problemen door de componenten als kenmerk benoemd, net als de onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid.

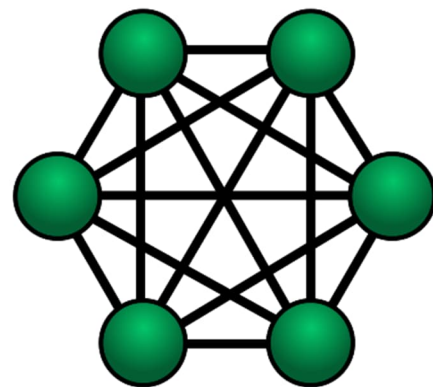
Core CAS elements	Features	Management principles
Multiple agents with schemata	Informal, collaborative networks of individuals that partner and contribute to solution making Connectivity and interdependence between agents Degrees of connectivity	Respect democratic principles that lead to mutual adjustment; jointly steer courses of action
Self-organising networks	Holistic patterns formed through human interactions Causation Feedback	Adjust the fitness landscape: offer incentives, and longer term rewards by setting priorities. Apply simple design principles because they turn into rules; ensure that lines of communication flow across network, so authority and legitimacy become vested in the process as a whole, not on the perspective of one
Coevolution	Innovative pathways of governance emerge – a variety of what is known as ‘emergent behaviour’ in CAS	Appreciate and monitor the implications of feedback, non-linear and mutual causation
System adaptation	Networks represent additions to hierarchies	Respect individuals and their organisations that exist in an ecosystem – avoid major change

Figuur 6: Eigenschappen, karakteristieken en sturingsprincipes van een CAS (Ellis & Herbert, 2011)

2.3 Aantal actoren binnen een gebiedsontwikkeling

Een kenmerk van een CAS is de aanwezigheid van verschillende actoren die allemaal hun eigen belang hebben. Ellis & Herbert geven hierbij aan dat dit betekent dat samengewerkt moet worden in een informeel netwerk. Actoren kunnen in dit netwerk hun zelfstandigheid behouden en alleen samenwerken aan het gezamenlijke belang. Een belang dat zij in consensus bepaald hebben (Ellis & Herbert, 2011).

Over de samenwerking in netwerken met multi-actoren om complexe beleidsvraagstukken - of wicked problems - op te lossen is nationaal en internationaal voldoende literatuur geschreven en zijn de nodige theorieën ontwikkeld (Koppenjan & Klijn, 2004; Bruijn & Heuvelhof, 2017; Rittel & Webber, 1973). Een deel van deze literatuur benoemt kansen of voorwaarden waaraan een dergelijke samenwerking moet voldoen. Zo moeten actoren in het netwerk een gedeelde visie en doelen hebben, elkaar vertrouwen, open communiceren, flexibel zijn en over capaciteit en middelen beschikken (Klijn, 2008). Een deel van de literatuur is ook kritisch op het oplossen van problemen in netwerk verbanden. Zo stellen Bruijn & Heuvelhof dat netwerken een goede plek zijn om informatie uit te wisselen, maar niet geschikt zijn om gezamenlijk problemen op te pakken omdat er in letterlijke zin geen sprake is van samenwerking. Als de problematiek niet door alle betrokken partijen hetzelfde gedefinieerd wordt en er geen sprake is van besluitvormingsmacht binnen het netwerk ontstaat geen effectieve samenwerking (Bruijn & Heuvelhof, 2017). De effectieve samenwerking in een netwerk wordt ook bemoeilijkt naar mate er meer actoren deelnemen (Ecorys, 2012). Voor zover bekend wordt in de literatuur nergens een maximum gesteld aan het aantal actoren dat zou mogen deelnemen in een gebiedsontwikkeling. Het enige dat gesteld kan worden is dat naarmate het aantal actoren toeneemt processen moeilijker te managen zijn (Klijn, 2008). Dit komt niet alleen doordat met de komst van nieuwe actoren ook nieuwe belangen in het spel komen, maar ook omdat het aantal communicatielijnen in het netwerk exponentieel toeneemt wanneer een extra actor toetreedt. In de IT-wereld wordt de verbondenheid tussen actoren vaak grafisch weergegeven als een connected mesh. Het is een netwerk waarin alle actoren ten minste verbonden zijn met twee andere actoren. Indien in het netwerk alle actoren met elkaar verbonden zijn wordt zelfs gesproken over een fully connected mesh.



Figuur 7: Voorbeeld van een fully connected mesh (www.itrelease.com)

Netwerkmanagement

Het succes van een netwerk is o.a. afhankelijk van de manier waarop het netwerk aangestuurd wordt. Samenwerken kan zolang het netwerk goed gemanaged wordt (Klijn, 2008). In de basis zijn er drie mogelijke manieren om een netwerk te organiseren (Provan & Kenis, 2008); een zelfregulerend netwerk, een leiderorganisatienetwerk en een netwerk administratieve organisatie (NAO). In een zelfregulerend netwerk werken verschillende organisaties samen zonder dat een aparte besturingseenheid aanwezig is. Bij een leiderorganisatienetwerk bepalen alle leden in zekere mate een gemeenschappelijke doelstelling en is er sprake van samenwerking en interactie. Eén van de leden van het netwerk treedt hierbij op als organisatieleider en coördineert de activiteiten en de belangrijke besluiten. De laatste variant is een netwerk administratieve organisatie (nao) waarbij de actoren een afzonderlijke entiteit opzetten om het netwerk te managen en de activiteiten te coördineren.

Zelfregulerend netwerk	Leiderorganisatienetwerk	Netwerk administratieve organisatie (NAO)

Figuur 8: Verschijningsvormen van netwerk governance (Provan & Kenis, 2008)

2.4 Sturingsmechanismen binnen een gebiedsontwikkeling

Binnen een CAS zijn meerdere actoren actief die hetzelfde doel nastreven en hierbij in een bepaalde mate afhankelijk zijn van elkaar. Omdat er geen sprake is van hiërarchische relaties tussen de actoren zullen de actoren onderling een samenwerkingsvorm moeten afspreken (Ellis & Herbert, 2011). Deze samenwerkingsvorm kan formeel vastgelegd worden of informeler van aard zijn. Ongeacht de gekozen samenwerkingsvorm hebben Ellis & Herbert een aantal basisprincipes voor deze samenwerking benoemd (figuur 5). Allereerst is het belangrijk dat alle betrokken actoren als volwaardig deelnemer worden gezien en dat alle actoren zelf stabiel zijn. Vervolgens moet erkend worden dat alle actoren een eigen belang hebben en wordt aanbevolen om opzoek te gaan naar het (overkoepelende) gedeelde belang. Voor dit gedeelde belang kan een gezamenlijk gedragen plan opgesteld worden. Om ervoor te zorgen dat alle actoren zich houden aan dit plan wordt aanbevolen om zachte sturingsmechanismen in te zetten. Voorbeelden hiervan zijn goede communicatie die alle actoren geïnformeerd en betrokken houdt, het bieden van incentives en het gezamenlijk bepalen van prioriteiten.

Zachte sturingsmechanismen

Voor de inzet van zachte sturingsmechanismen in gebiedsontwikkeling is de afgelopen jaren ruim aandacht (Adams & Tiesdell, 2013; Lee, 1999; Sennet, 2018, De Zeeuw, 2017). Naast de inzet van harde sturingsmechanismen wordt namelijk gezien dat zachte aspecten minstens zo belangrijk zijn. Voorbeelden van zachte aspecten zijn vertrouwen, samenwerking, visies en de identiteit en het imago van een gebied en zijn gewenste ontwikkeling. Binnen een gebiedsontwikkeling kunnen actoren afhankelijk van het moment of het specifieke vraagstuk kiezen voor verbindende, richtinggevende, regulerende of stimulerende instrumenten. Vaak is het slim om te zoeken naar een combinatie en samenhang van deze instrumenten (Verheul et al, 2019).



Figuur 9: Meervoudig sturingsmodel (Verheul et al, 2017)

In een eerder onderzoek van Verheul et al in 2017 is hiervoor een instrumentenwaaier ontwikkeld waarin de verschillende sturingsinstrumenten zijn ingedeeld in een kwadrantenmodel (figuur 9). Hierbij zijn de instrumenten niet alleen getoetst op een harde of zachte sturing, maar ook op de betrokkenheid van de actor die het instrument toepast. Dit model is gemaakt vanuit het perspectief

van de gemeente. Hierdoor is dit model goed toepasbaar in dit onderzoek omdat gemeenten ook de verantwoordelijken zijn voor gebiedsprogramma's.

Zachte sturingsmechanismen zijn in dit model ingedeeld in richtinggevende en verbindende instrumenten. Bij richtinggevende instrumenten kan gedacht worden aan beleids- en visiedocumenten. Deze documenten geven houvast door een beeld van de gewenste verandering te schetsen. Deze gewenste verandering kan zorgen dat betrokken actoren in een CAS een overkoepelend gedeeld belang herkennen. Verbindende instrumenten hebben betrekking op het organiseren van samenwerking, netwerkvorming, procesbegeleiding, conflictbestrijding of vertrouwen. Deze instrumenten worden ingezet wanneer een gemeente zelf, in een bepaalde mate, betrokken is bij de gebiedsontwikkeling. Om ervoor te zorgen dat de actoren tijd en energie investeren in de gewenste ontwikkeling investeert de gemeente zelf ook tijd en energie.

De harde sturingsinstrumenten in dit model hebben betrekking op financiële en juridische aspecten. Deze instrumenten zijn, zoals benoemd aan het begin van deze paragraaf, minder geschikt binnen een CAS.

2.5 Conceptueel onderzoekskader

Om te onderzoeken of huisartsen een bijdrage willen en kunnen leveren zal deze vraag in de empirische fase gesteld worden. Of huisartsen willen bijdragen is een intentie-vraag die positief of negatief beantwoord kan worden. Indien deze vraag negatief beantwoord wordt ontstaat een harde knock out en kan de hoofdvraag negatief beantwoord worden. Om te toetsen of huisartsen kunnen bijdragen aan gebiedsontwikkelingen wordt getoetst op de kritische succesfactoren voor het toetreden van een actor aan een CAS (Ellis & Herbert, 2011). Dit zijn harde criteria. Indien huisartsen niet aan deze criteria voldoen dan kunnen huisartsen geen bijdrage leveren aan de gebiedsontwikkeling.

Vervolgens wordt bij de gebiedsprogramma's in Rotterdam en Utrecht, resp. NPRZ en Samen voor Overvecht, ook gekeken naar de manier waarop de netwerk-organisatie is opgezet (Provan & Kenis, 2008) en het gebruikte sturingsmechanisme (Verheul et al, 2017). Deze analyse levert geen goed of fout antwoord op. De verschillende netwerkorganisatievormen kennen, net als de verschillende sturingsmechanismen, voor- en nadelen. Op basis van de bevindingen uit de empirische fase kunnen wel aanbevelingen gedaan worden voor het gebruik van een bepaalde organisatie- en sturingsvormen indien huisartsen een bijdrage kunnen en willen leveren.

<p>1. Willen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen? Intentievraag met positief of negatief antwoord.</p>	Ja/ Nee
<p>2. Om deel te nemen aan een gebiedsontwikkeling moeten alle betrokken actoren voldoen aan onderstaande voorwaarden. Voldoen huisartsen aan deze voorwaarden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actoren streven gezamenlijke doelen na - Actoren beïnvloeden elkaar - Actoren zijn afhankelijk van elkaar - Actoren vertrouwen elkaar - Actoren delen informatie - Actoren zijn flexibel - Actoren beschikken over capaciteit en middelen 	Ja/ Nee

3. Gebruikt netwerkmanagement: - een zelfregulerend netwerk, een leiderorganisatienetwerk of een netwerk administratieve organisatie (NAO).	Aanbevelingen
4. Gebruikt sturingsmechanisme: - Richtinggevend, regulerend, verbindend of stimulerend.	Aanbevelingen

3. Empirie

Om de deelvragen, en uiteindelijk de hoofdvraag, te kunnen beantwoorden zijn interviews gehouden met huisartsen, andere eerstelijnszorgverleners en medewerkers van de gemeente en gebiedsprogramma's. In totaal zijn 16 interviews gehouden. Het kortste interview duurde 45 minuten en de langere interviews 2 tot 2,5 uur. Met 7 geïnterviewden heeft ook een tweede (telefonisch) gesprek plaatsgevonden waarin updates besproken zijn of bevindingen zijn geverifieerd. In dit hoofdstuk komt eerst aan de orde wie de geïnterviewden zijn, waarom voor deze geïnterviewden is gekozen en hoe de interviews zijn opgezet. In de tweede paragraaf komen de belangrijkste bevindingen aan bod. In de laatste paragraaf staan de conclusies van deze empirische fase.

3.1 Interviews, opzet, soorten geïnterviewden

Deze empirische fase bestaat uit interviews met betrokkenen vanuit gebiedsontwikkeling en betrokkenen vanuit de gezondheidszorg. Vanuit gebiedsontwikkeling zijn gesprekken gevoerd met verantwoordelijken voor gebiedsprogramma's. Binnen de gezondheidszorg is gesproken met huisartsen, andere eerstelijnszorgverleners en betrokkenen uit het (gemeentelijk) sociaal domein. Omdat de onderzoeksvraag door het NPRZ is gesteld, is het merendeel van de geïnterviewden werkzaam in Rotterdam. De andere geïnterviewden zijn werkzaam in Utrecht en Den Haag. Utrecht en Den Haag zijn net als Rotterdam onderdeel van de G4 en dus in schaalgrootte vergelijkbaar. Bovendien heeft het Ministerie van Binnenlandse Zaken in deze steden een stedelijk focusgebied aangewezen; Rotterdam-Zuid, Utrecht Overvecht en Den Haag Zuidwest. Deze gedeelde omvang en problematiek maakt deze drie gemeenten vergelijkbaar. De eerste twee geïnterviewden zijn aangedragen vanuit het NPRZ. De andere geïnterviewden zijn óf aangedragen door de geïnterviewden; het zogenoemde sneeuwbaaleffect óf door de onderzoeker zelf benaderd op basis van hun expertise.

De interviews waren open van aard. Dat betekent dat er alleen open vragen zijn gesteld en dat de geïnterviewden volledig vrij waren in hun antwoorden. Het verloop van het interview was per gesprek verschillend. In alle interviews zijn meerdere vervolgvragen en verduidelijkingsvragen gesteld. In de latere interviews is ook aandacht besteed aan informatie die in eerdere interviews is opgehaald om te kijken of deze informatie bevestigd of juist weerlegd kon worden. Alle interviews hielden hierbij het midden tussen een diepte-interview en een vraaggesprek, soms praktisch en soms filosofisch van aard. Alle interviews werden afgesloten met de vragen wie nog meer geïnterviewd kan worden en welke vraag nog niet gesteld is vandaag.

3.2 Bevindingen

De bevindingen in deze paragraaf zijn allemaal onderwerpen die in drie of meer interviews benoemd zijn. Voor het merendeel van de bevindingen was ook bewijslast te vinden in onderzoeken, wetgeving of andere documentatie. Alleen voor het geleende vertrouwen van de huisarts (3.2.5) en voor het gebrek aan bereidheid tot gezamenlijke inzet voor systeemdoorbraken (3.2.6) is geen ondersteunende documentatie gevonden. Het geleend vertrouwen van de huisarts is toch opgenomen omdat dit punt door alle geïnterviewden genoemd is. Het gebrek aan bereidheid tot samenwerking is opgenomen omdat dit in vier interviews is genoemd en door de onderzoeker zelf is geconstateerd.

De eerste overkoepelende bevinding is het feit dat alle geïnterviewden onderschrijven dat hun eigen werk is verweven met dat van gebiedsprogramma's. Iedereen is zich er van bewust dat de bewoners* die zij ondersteunen of behandelen ook baat hebben bij de hulp van andere professionals. Alle geïnterviewden onderschrijven ook de conclusie van het NPRZ dat in de wijken meer nodig is dan alleen scholen voor alle kinderen en jongeren, werk voor alle volwassenen en woningen in leefbare staat en dat er ondersteuning moet zijn voor alle bewoners zodat zij hun dagelijkse leven neterop de rit kunnen krijgen (NPRZ, 2022).

* waar gesproken wordt over 'bewoners' worden ook patiënten en cliënten bedoeld

De andere bevindingen uit de interviews zijn hieronder per thema gebundeld in een paragraaf. In paragraaf 3.2.4 staan de bevindingen over het werk van de huisarts centraal. In paragraaf 3.2.5 zijn de bevindingen benoemd t.a.v. het werk van andere eerstelijnszorgverleners en hulpverleners uit het sociaal domein. Om deze bevindingen goed te kunnen duiden wordt in de eerste paragraaf een korte beschrijving gegeven van de gebiedsprogramma's in Rotterdam en Utrecht.

3.2.1 Gebiedsprogramma's zijn verschillend in opzet en aanpak

In 2012 is in Rotterdam het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ) opgericht. In dit nationale programma werken het Rijk, Gemeente Rotterdam, corporaties, zorginstellingen, schoolbesturen, bedrijfsleven, politie en Openbaar Ministerie samen aan betere kansen voor bewoners op Zuid. Vanuit het programma wordt met alle partners op bestuurlijk niveau een convenant gesloten. Hierbij wordt veelal ingezet op nieuwe interventies die bestaande processen kunnen doorbreken. Het NPRZ helpt de verbonden partners vervolgens bij het verkrijgen van (bestuurlijk) draagvlak, aandacht van de media of het aanvragen van subsidies voor pilots die zij opzetten. Na het vastleggen van de (gezamenlijke) ambities vervult het NPRZ een aanjaagfunctie richting alle partners voor het realiseren van de afgesproken doelen.

Bij de oprichting van het NPRZ in 2012 was geen enkele zorgorganisatie betrokken. In deze eerste fase lag de focus op de pijlers wonen, school en werk. In de midtermreview is echter geconcludeerd dat de aanpak verbeterd kan worden. In het uitvoeringsplan 2023-2027 wordt dan ook meer de focus gelegd op ondersteuning bieden aan bewoners zodat zij hun dagelijkse leven beter op orde kunnen krijgen en houden. Net als voor Ondernijning en Veiligheid wordt hiervoor een aparte pijler benoemd: Thuisbasis op Orde (NPRZ, 2023).

Nationaal Programma Rotterdam-Zuid

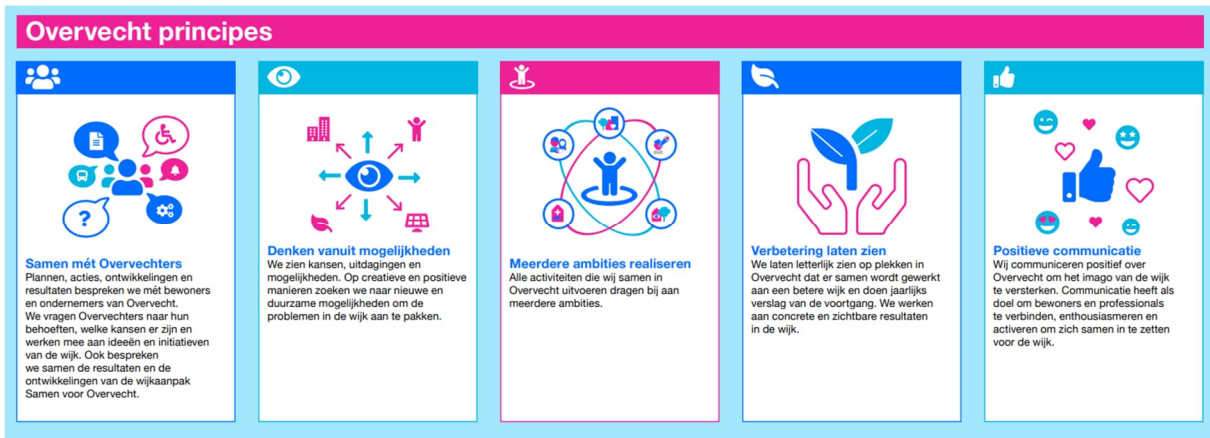
- Bewoners, onnodige achterstanden**
 - Zuid
 - Wanneer gaat het goed met Zuid?
 - Integrale bewonergerichte aanpak school werk en wonen
 - Communicatie met bewoners
- Thuisbasis op Orde en Vrije Tijd**
 - Thuisbasis op orde
 - Cultuur
 - Sport
- Pijler School**
 - Children's Zone
 - Kiezen voor vakmanschap
 - Monitor Pijler School
- Pijler Werk**
 - AanDeBak-garanties
 - Werkzoekenden met een uitkering
 - Economische Structuurversterking Zuid
- Pijler Wonen**
 - Opgave
 - Terugblik periode 2012 - 2018
 - Focus tot 2022
 - Woningvoorraad
 - Woonomgeving
 - Eventuele aanpassing wet- en regelgeving
- Ondernijning & Veiligheid**



Figuur 10: Ambities NPRZ zoals benoemd in het uitvoeringsplan 2023-2027 (NPRZ, 2023)

In Utrecht wordt al langere tijd extra aandacht gegeven aan de wijk Overvecht. Een wijk die in 2007 al door toenmalig minister Ella Vogelaar van Wonen, Wijken en Integratie, aangewezen werd als 'krachtwijk' en waar sinds die tijd meerdere programma's en projecten zijn uitgevoerd. Op dit moment loopt in Overvecht de wijkaanpak 'Samen voor Overvecht' (Gemeente Utrecht, 2019). Een programma

dat in 2019 door de gemeenteraad is vastgesteld en tot doel heeft 'samen werken aan een wijk waar bewoners prettig samenleven, waar de veerkracht van bewoners wordt versterkt en waar iedereen mee kan doen'.



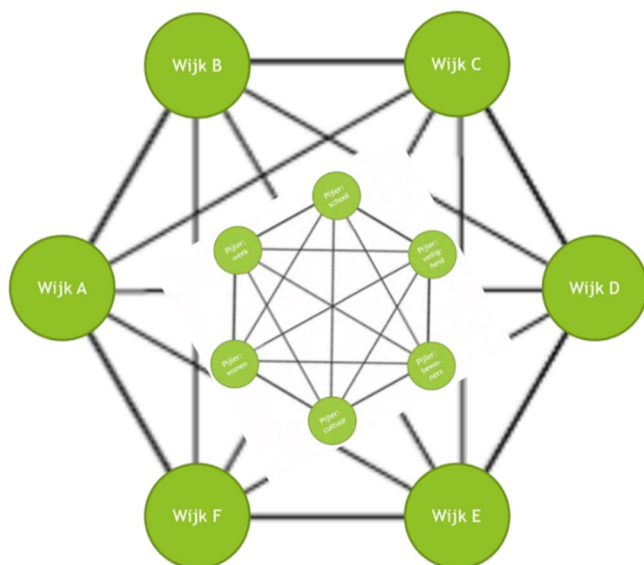
Figuur 11: Principes gebiedsontwikkeling Samen voor Overvecht (Gemeente Utrecht, 2019)

In dit programma staat 'Gezondheid' als speerpunt bovenaan. Dit speerpunt komt voort uit het vorige beleidsakkoord binnen de gemeente waarin aan 'Gezondheid' de hoogste prioriteit werd toegekend. Een ander opvallend punt in de plannen is de nadruk op de faciliterende rol van de gemeente. Het is beleidsmatig vastgelegd dat de gemeente niets zelf doet en alleen initiatieven van anderen ondersteunt. Een visie die in de praktijk ook zo wordt uitgevoerd zo blijkt uit de interviews. In het bijbehorende actieprogramma zijn diverse wijk gerelateerde plannen vastgelegd die op buurtniveau en soms zelf op portiekniveau worden uitgerold.

3.2.2 Samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkelingen zijn complex

In alle interviews is gesproken over het belang van gebiedsprogramma's. Het verbeteren van de leefbaarheid in de wijk door het verbeteren van de fysieke en sociale ruimte wordt door alle geïnterviewden herkend en omarmd. Wanneer vervolgens wordt gekeken naar de partijen die nodig zijn om deze ambitie te realiseren worden in alle interviews een veelvoud aan partners genoemd.

Uit het uitvoeringsplan van het NPRZ blijkt dat alle partners op twee manieren verbonden zijn: per discipline en per wijk. Zo is er een overleggenium per pijler (en deelgebied per pijler) en zijn er overleggenia per wijk (NPRZ, 2019). Wanneer deze netwerkstructuur grafisch wordt weergegeven (figuur 12) ontstaat een dubbele fully connected mesh. Hierin wordt zichtbaar dat het aantal communicatielijnen exponentieel evenredig is aan het aantal partners en dat deze lijnen elkaar kruisen en overlappen. Ook in het programma Samen voor Overvecht zijn tientallen-actoren verbonden. Geïnterviewden geven aan dat deze netwerken dusdanig groot zijn dat hier moeilijk sturing aan te geven is. Het maakt hierbij volgens de geïnterviewden niet uit welke wijze van organiseren wordt



Figuur 12: Samenwerkingsvorm NPRZ grafisch weergegeven in een dubbele fully connected mesh

gekozen. De ervaring leert dat het niet goed mogelijk is om grip te krijgen op de formele en informele verbindingen tussen alle betrokken partners.

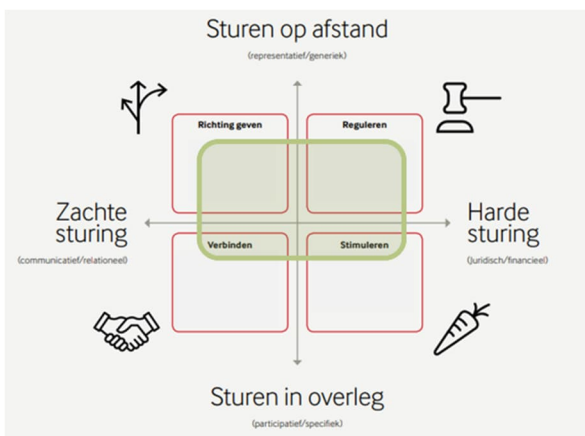
3.2.3 Netwerkmanagement bij gebiedsontwikkelingen verschillend ingezet

Het NPRZ is opgezet als netwerk administratieve organisatie. Bij de oprichting in 2012 is hier bewust voor gekozen. Het NPRZ was destijds het eerste gebiedsprogramma in Nederland en door het programma een aparte status te geven kreeg het programma letterlijk status. Hiermee straalde de gemeente, het Rijk en alle andere betrokkenen uit dat de problemen in Rotterdam-Zuid serieus aangepakt zouden gaan worden. In de praktijk zijn samenwerkingspartners niet (hiërarchisch) verplicht om zich te verbinden aan het programma. Het NPRZ moet partners verleiden of bestuurlijke druk uitoefenen om commitment te krijgen. Bij het NPRZ wordt deze opzet als wisselend succesvol ervaren omdat het NPRZ geen instrumentarium heeft om de andere organisaties in het netwerk hiërarchisch aan te sturen.

Samen voor Overvecht functioneert als een zelfregulerend netwerk. De gemeente heeft een visieplan opgesteld en partners mogen meedoen. De gemeente vervult als één van de betrokken organisaties zelf een eigen rol conform de vastgestelde visie. Indien andere organisaties de gemeente nodig hebben bij het vervullen van hun taak, dan ondersteunt de gemeente. Maar de gemeente coördineert geen activiteiten en er is geen besluitvormingsgremium. Uit de interviews blijkt dat deze opzet naar tevredenheid functioneert. Al kan hierbij wel de kanttekening geplaatst worden dat dit programma geen concrete doelen heeft gesteld en dus tevreden is met alle (kleine) stappen die gezet worden.

3.2.4 Sturingsmechanismen bij gebiedsontwikkelingen verschillend ingezet

Zoals in 3.2.2 benoemd zijn de communicatielijnen in een gebiedsprogramma moeilijk te sturen, maar bij het NPRZ is deze ambitie er wel. In Utrecht blijkt vanuit de programmaleiding minder behoefte te zijn aan om de communicatielijnen te sturen. Hier is de samenwerking informeel ingestoken en stelt het gebiedsprogramma zich alleen dienstverlenend op. Het toegepaste sturingsmechanisme binnen NPRZ en Samen voor Overvecht is daarmee anders. Doordat binnen het NPRZ wordt ingezet op nieuwe interventies om bestaande processen te doorbreken en hiervoor met alle partners op bestuurlijk niveau een convenant wordt gesloten, pakt het NPRZ een regulerende rol. Het programma Samen voor Overvecht past door zijn faciliterende rol alleen zachte sturingsmechanismen toe. Beide programma's zijn inspirerend en richtinggevend. Voor beide programma's zijn visie- en beleidsdocumenten vastgesteld die houvast bieden voor alle betrokkenen. In de figuren 13 en 14 zijn deze verschillende manieren van sturen geplot in het meervoudig sturingsmodel van Verheul et al (2017).



Figuur 13: Gebruikt sturingsmechanisme NPRZ in meervoudig sturingsmodel (Geadapteerd van Verheul et al, 2017)



Figuur 14: Gebruikt sturingsmechanisme Samen voor Overvecht in meervoudig sturingsmodel (geadapted van Verheul et al, 2017)

3.2.5 Betrokkenheid van huisartsen groot en beperkt

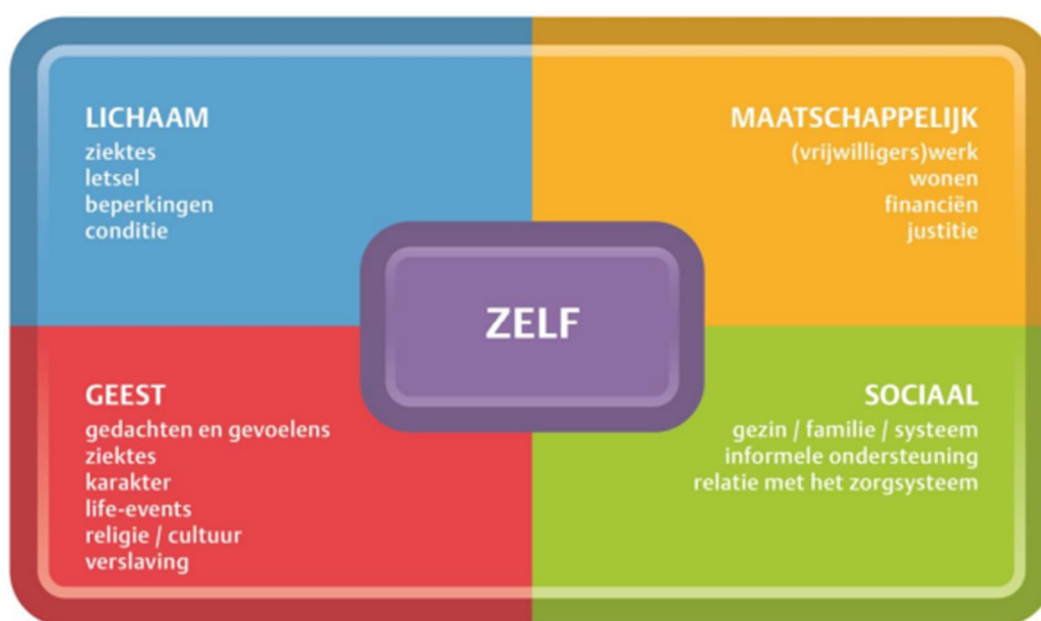
Huisartsen overvraagd

Het werk van huisartsen in Nederland staat onder druk. Op 1 juli 2022 was er zelfs een demonstratie van huisartsen op het Malieveld in Den Haag tegen de torenhoge werkdruk, de administratieve rompslomp en de vele extra taken die zij op hun bord krijgen. Geen van de geïnterviewden blijkt bij deze demonstratie aanwezig te zijn geweest, maar allen geven wel aan de situatie te herkennen. Ook uit onderzoeken blijkt dat het werk van de huisarts in de afgelopen decennia grote veranderingen heeft doorgemaakt en dat huisartsen zich verantwoordingsmoe en overvraagd voelen (Dwarswaard & Trappenburg, 2012; Flinterman, 2023; RVS, 2023).

Uit de interviews blijkt ook dat de problematiek bij huisartsen in de focuswijken complexer is dan in wijken waar de leefbaarheid hoger scoort (Dekker, 2022). De geïnterviewden benoemen dat in focuswijken de gezondheidsvaardigheden van bewoners laag zijn. Hiermee wordt bedoeld dat de basiskennis van bewoners over gezondheid beperkt is. De relatie tussen diabetes en gezonde voeding, de relatie tussen hoge bloeddruk en je fysieke conditie en kennis over de juiste toepassing van anticonceptie zijn hiervan concrete voorbeelden. Een ander fenomeen dat in de interviews nadrukkelijk naar voren kwam is het feit dat huisartsen in focuswijken veel vragen krijgen die niet 'huisarts-waardig' zijn. Vooral bij mensen met een niet Europese achtergrond heeft de functie van arts veel status. Het beroep staat in hoog aanzien en door het beroepsgeheim voelt het vertrouwd om vragen te stellen aan een huisarts. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld bepaalde overheidsinstanties die bij burgers meer wantrouwen oproepen. Overheden beslissen immers over verblijfsvergunningen, uitkeringen en uithuisplaatsingen, terwijl een huisarts alleen handelt in het belang van de patiënt (Verwey-Jonker Instituut (2020).

Pilots om werkdruk te verlichten en processen te verbeteren gestart en beëindigd

Om huisartsen meer tijd te geven voor patiënten met multi-problematiek zijn afgelopen jaren meerdere oplossingsrichtingen getest. Eén van de pilots was het programma 'Meer tijd voor de patiënt' dat als onderdeel van Krachtige Basiszorg in zeven regio's heeft gedraaid. Tijdens deze pilot kregen tien gezondheidscentra en huisartsenpraktijken twee jaar lang extra financiering om inwoners van focuswijken met lichamelijke klachten en/ of sociaalmaatschappelijke problematiek extra zorg te bieden. Hierbij werd gewerkt volgens het 4D-model dat hiervoor speciaal in Utrecht-Overvecht is



Figuur 15: 4D model. Professional Subitems © Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond

ontwikkeld. Dit model is een checklist die gebruikt wordt tijdens de geleverde zorg aan de patiënt en bevat vragen over de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, maar ook over de maatschappelijke en sociale status van de patiënt (zie figuur 15). De conclusies en aanbevelingen, voor zover beschikbaar, geven aan dat de betrokken zorgprofessionals de werkwijze binnen Krachtige basiszorg in combinatie met het 4Dmodel, prettig vinden (Bitter, 2019). Of deze inzet ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de gezondheid van de patiënten is nog niet onderzocht.

De pilot is ondertussen afgelopen en huisartsen krijgen nu geen extra tijd meer voor de patiënten (Leemrijse & Korevaar, 2020). In Gorinchem en omgeving heeft een pilot plaatsgevonden waarbij door schaalverkleining van de praktijk en het wegnemen van de productieprikkel meer tijd voor de patiënt gecreëerd werd. Volgens huisarts Hans Peter Jung was dit een zeer succesvolle pilot die zeker een vervolg moet krijgen omdat het verwijzen naar een medisch specialist wel lukt in tien minuten, maar een gesprek voeren met de patiënt over de zingeving van die verwijzing meer tijd vraagt (Wilman, 2020). Of Jung een kleine praktijk houdt en meer tijd voor zijn patiënten blijft houden is nog onduidelijk omdat de zorgverzekeraar, die het hele project grotendeels financiert, twijfelt aan de resultaten en eerst meer onderzoek vereist.

De geïnterviewden geven aan dat zij ook aan dergelijke pilots hebben deelgenomen in de afgelopen jaren waarbij het verloop gelijkenissen vertoonde met de twee bovengenoemde pilots; huisartsen zijn tevreden met de nieuwe werkwijze, maar aangezien de resultaten zich niet laten vertalen in concrete opbrengsten (lees: lagere zorgkosten) leiden deze pilots niet tot structurele veranderingen omdat zorgverzekeraars niet bereid zijn om structureel meer geld beschikbaar te stellen. De geïnterviewden geven ook aan 'pilot-moe' te zijn en nu vooral behoefte te hebben aan 'simpele' dingen, zoals:

1. vaste structuren en korte lijnen met instellingen/ personen naar wie zij kunnen doorverwijzen,
2. een centraal loket voor het doorverwijzen van patiënten met sociaalmaatschappelijke problemen, en,
3. terugkoppeling na doorverwijzingen zodat zij regie kunnen houden op de behandelingen van de patiënt.

Beperkt handelingsperspectief door financieringsstructuur

Het feit dat zorgverzekeraars aan het einde van een pilotperiode de financiering van deze nieuwe werkwijze stopzetten is niet de enige financiële belemmering die huisartsen ervaren. De geïnterviewden geven aan dat de totale budgettaire toekenningssystematiek voor verwarring en irritatie zorgt. De toekenning van het budget per huisartsenpost is namelijk afhankelijk van het type praktijk, de geleverde diensten, de deelname aan geïntegreerde eerstelijnszorg, uitvoering van extra (gemeentelijke) taken en specifieke afspraken met zorgverzekeraars en koepelorganisaties. Deze variatie aan budgetstromen en bijbehorende labelling en verantwoording ervaren de geïnterviewden als beperkend. Een aantal geïnterviewden gaf aan (via integrale zorgprogramma's) ook financiering te ontvangen voor afstemming met ketenpartners. Andere geïnterviewden gaven aan dat zij hun 'overleg-tijd' niet kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Financiering voor preventieve gezondheidstaken is volgens alle geïnterviewden nog steeds nauwelijks beschikbaar. Soms in pilotvorm, maar nooit structureel. Dit komt doordat preventieve gezondheidstaken zich niet financieel laten vertalen.

De tijd voor dit onderzoek was helaas niet ongelimiteerd. Om deze reden zijn geen interviews gehouden met zorgverzekeraars. Hoe zorgverzekeraars kijken naar de financiering van huisartsen en naar het financieren van preventieve gezondheidszorg is niet duidelijk.

Beperkt handelingsperspectief vanwege privacy

Naast de financiële beperking die huisartsen ervaren wordt in de interviews ook aangegeven dat de privacy van de patiënt eigenlijk een beperking is (Cramer et al, 2021). De arts-patiëntrelatie is door wetgeving gebonden aan vertrouwelijkheid. Dit betekent dat huisartsen geen enkel (medisch) gegeven

over de patiënt mogen delen, zonder expliciete toestemming van de patiënt. Niet met andere instanties, maar ook niet met andere zorgverleners of familieleden. Zelfs niet als de patiënt is overleden. Alleen in geval van acute zorg (lees; levensbedreigende situaties) mogen huisartsen medische informatie delen met de ambulancedienst of het ziekenhuis. Bij een doorverwijzing van een patiënt naar een andere eerstelijnszorgverlener of een hulpverlener binnen het sociaal domein beperkt deze doorverwijzing zich dus tot het attenderen van de patiënt op de beschikbaarheid van deze dienst. Of een patiënt vervolgens met deze dienst contact zoekt is voor de huisarts niet inzichtelijk.

Een aantal geïnterviewden heeft aangegeven in het verleden wel deelgenomen te hebben aan multidisciplinaire overleggen waarin afstemming plaatsvond met andere eerstelijnszorg aanbieders, de gemeente, politie en woningbouw. Maar omdat de huisartsen in deze overleggen op geen enkele wijze informatie over de patiënten mochten delen is deelname niet efficiënt gebleken.

Betrokkenheid is groot

De passie waarmee huisartsen spreken over hun werk en de bereidheid die zij tonen om hun patiënten te helpen blijkt groot te zijn tijdens de interviews. De wens van huisartsen om de echte problemen die ten grondslag liggen aan een klacht op te lossen is groot. Hiermee wordt niet alleen gedoeld op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden van patiënten en andere gezondheidspreventieve maatregelen, maar huisartsen willen ook graag patiënten de juiste weg wijzen ten aanzien van maatschappelijke problematiek. Huisartsen geven dan ook aan graag een bijdrage te leveren aan gebiedsontwikkelingen. De term gebiedsontwikkeling wordt hierbij wel altijd gekaderd tot de gebiedsontwikkelingen waarbij ook aandacht is voor de sociale omgeving, zoals gebiedsprogramma's in focuswijken. Wanneer verder werd gesproken over de wijze waarop huisartsen een bijdrage zouden willen leveren dan loopt deze bijdrage uiteen van kleinschalige samenwerking in de wijk tot aan samen optrekken in beoogde systeendoorbraken. Voor het bereiken van dit laatste verwezen alle individuele huisartsen wel naar de koepelorganisatie omdat deze bijdrage niet geleverd kan worden vanuit één individuele huisarts.

3.2.6 Eerstelijnszorg en sociaal domein zoekend (naar een eindverantwoordelijke)

Huisartsen maken onderdeel uit van de eerstelijnszorg. Eerstelijnszorg betekent dat patiënten direct zonder verwijzing een afspraak kunnen maken. Andere aanbieders van deze zorg zijn bijvoorbeeld tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. Bewoners* kunnen ook zorg krijgen vanuit het sociaal domein, vallend onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Jeugdwet en de Participatiewet. Hier wordt zorg geboden aan mensen die zelfstandig thuis willen wonen en mee willen doen in de samenleving. Sinds 2015 valt een groot deel van deze zorg onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Eén van de zorgverleners in dit sociaal domein is de praktijkondersteuner huisarts (POH). POH-ers worden door de gemeente ter beschikking gesteld aan de huisarts en gehuisvest in de huisartsenpraktijk. Andere zorgverleners in dit domein zijn o.a. schuldhulpverlening, thuiszorg of begeleiding voor baanzoekenden.

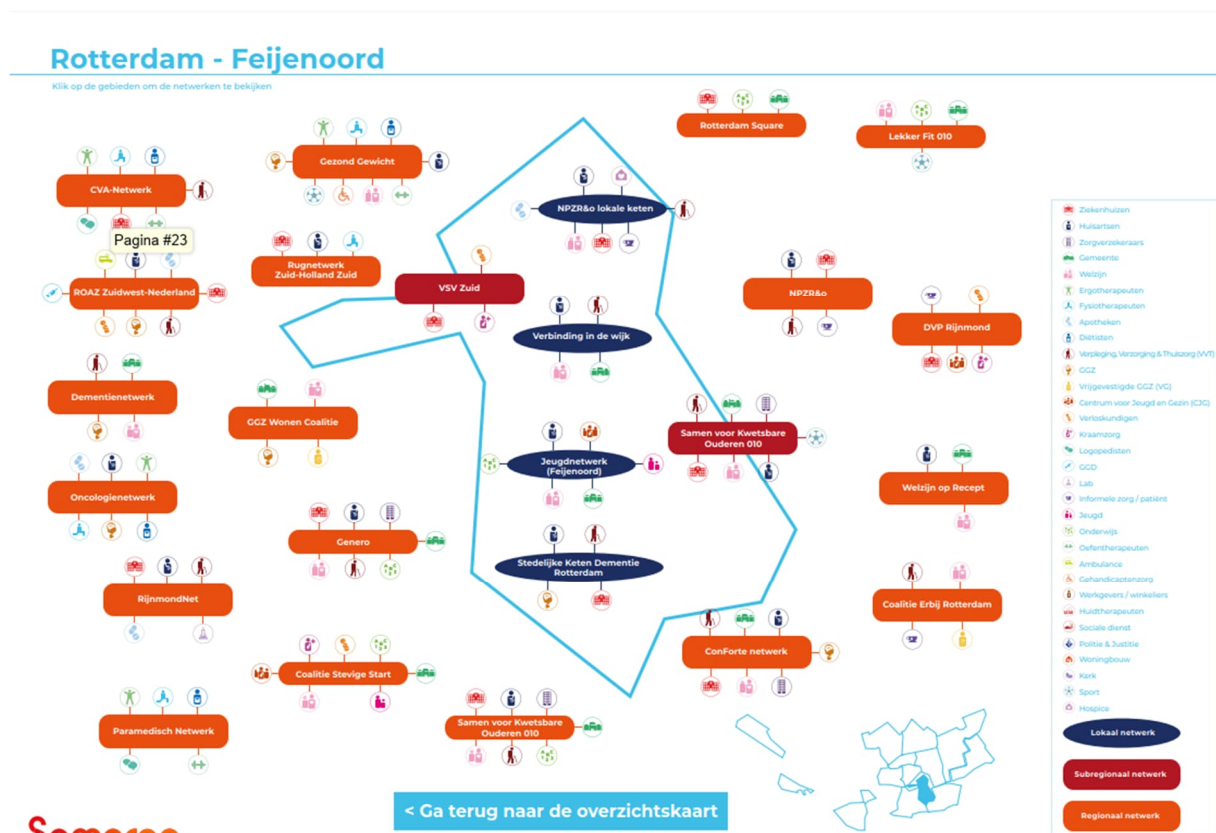
Zorgverlening door de huisarts is dus nauw verbonden met een aantal andere zorgverleners uit de eerstelijnszorg en hulpverleners uit het sociaal domein. Deze constatering kwam niet alleen naar voren tijdens de interviews maar blijkt ook uit onderzoek (Hekelaar et al, 2021; Schaaik et al, 2022). Om deze reden zijn ook interviews gehouden met beleidsmakers en uitvoerders van WMO- en POH-werkzaamheden. Als laatste zijn ook interviews gehouden met coördinatoren van koepelorganisaties omdat het vraagstuk over de (on)mogelijkheden van huisartsen om deel te nemen aan gebiedsontwikkelingen een vraagstuk is dat niet per huisarts maar in groter verband bekeken moet worden. Net als bij de interviews met de huisartsen was bij deze interviews de eerste vraag: kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen? Evenals als bij de interviews met de huisartsen onderschreven ook hier alle geïnterviewden dat het werk van de huisarts en hun eigen werk verweven is met dat van gebiedsprogramma's. De zorg en hulp vanuit de eerstelijnszorg en vanuit

* waar gesproken wordt over 'bewoners' worden ook patiënten en cliënten bedoeld

het sociaal domein richt zich regelmatig op dezelfde bewoners die centraal staan in gebiedsprogramma's. Alle andere opvallende bevindingen uit deze interviews zijn hieronder in deze paragraaf samengevat.

Netwerk is onoverzichtelijk groot

Een belangrijk punt dat tijdens de interviews naar voren kwam is dat bewoners op veel verschillende plekken zorg en andere ondersteuning kunnen krijgen. De hoeveelheid beschikbare hulpverleners is groot en in focuswijken is dit aanbod nog groter. Hoe groot het aanbod precies is kon geen van de geïnterviewden aangeven. Wel werd duidelijk dat dit leidt tot twee dezelfde soorten problemen: bewoners zien door de bomen het bos niet én zorg-/hulpverleners zien ook door de bomen het bos niet meer (OVV, 2019; IVenJ & NZA, 2021). Het gevolg is dat bewoners niet goed weten met welk probleem ze naar welk loket moeten en dat zorg-/hulpverleners soms ook niet goed weten waarnaar ze bewoners moeten verwijzen. Deze constatering is ook gedaan in onderzoek (o.a. Kromhout et al. 2020). Wanneer tijdens de interviews werd gevraagd naar een overzicht van samenwerkingspartners in Rotterdam-Zuid werd verwezen naar twee koepelorganisaties: Samergo en Rijnmond Dokters (zie paragraaf 3.2.6). Samergo vervult voor de regio Zuid-Holland Zuid de rol van ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur). Binnen Samergo is de eerstelijnszorg van huisartsen, POH's, paramedici, apothekers, thuiszorg, het welzijnswerk en de wijkteams verenigd. Samergo richt zich op de vorming van netwerken, coalities en platforms. Op de website van Samergo is voor een aantal gebieden een netwerkkaart beschikbaar, maar Samergo geeft hierbij aan dat deze kaarten niet volledig zijn en ook (nog) niet voor elk gebied zijn gemaakt. In de netwerkkaart van Rotterdam-Feijenoord (een van de wijken in het NPRZ-gebied) is zichtbaar dat er in deze deelgemeente 19 regionale netwerken, 2 subregionale netwerken en 4 lokale netwerken actief zijn. In al deze netwerken zijn 32 verschillende soorten partners verbonden. Hoeveel unieke partners verbonden zijn is niet inzichtelijk (Zie figuur 16).



Figuur 16: Netwerkaart samenwerkingsverbanden in zorg en welzijn, deelgemeente Feijenoord (Samergo)

Netwerk kent geen verantwoordelijk dossierhouder

Naast dat de geïnterviewden aangaven dat de grootte van het netwerk zorgt voor een gebrek aan overzicht gaven de geïnterviewden ook aan dat het grootste probleem is dat niemand van de betrokkenen eindverantwoordelijk is voor de hulpbehoevende burger en de regie voert op alle geleverde zorg-/ hulpverlening (Schierbeek, 2020; Hageraats et al, 2020). Er wordt (middels pilots) o.a. geprobeerd om de data-uitwisseling tussen zorg-/hulpverleners te verbeteren (Boetzelaer, 2022), maar hiermee is de verantwoordelijkheid voor de totale zorg en hulp aan een bewoner nog niet geregeld. Volgens de geïnterviewden is dit wel problematisch maar zou geen enkele zorg- of hulpverlener deze eindverantwoordelijkheid moeten krijgen. Elke zorg-/hulpverlener, inclusief de huisarts, is alleen verantwoordelijk voor de zorg die hij/zij zelf levert. Ondanks dat de huisartsen in de interviews aangaven zich voor veel meer verantwoordelijk te voelen dat hun eigen taak, gaven zij ook aan niet meer verantwoordelijk te willen hebben in de toekomst. De redenen die hiervoor werden aangegeven waren divers van aard en varieerden van principiële inzichten over het eigen werkveld tot aan het gebrek aan tijd en middelen.

Concurrentie in de eerstelijnszorg en het sociaal domein

Wanneer tijdens de interviews verder werd ingegaan op de relatie tussen de verschillende zorg-/hulpverleners overheerste het onderlinge respect en werd benadrukt dat er veel waardering is voor elkaar. Wel kwam aan bod dat het gehele systeem perverse prikkels kent die de onderlinge samenwerking geen goed doen. De belangrijkste prikkel hierbij is de financiering. Elke patiënt die wordt behandeld genereert inkomsten voor de behandelaar. Een bijkomende belemmerende factor zijn de aanbestedingsregels waar o.a. het sociaal domein mee te maken heeft. Uit de interviews werd duidelijk dat zowel de Gemeente Rotterdam als ook de Gemeente Utrecht de taken in het sociaal domein middels aanbestedingen belegd heeft bij gespecialiseerde zorg- en welzijnsaanbieders. Beide gemeenten hebben ervoor gekozen om deze aanbestedingen te splitsen in clusters. Zo heeft Rotterdam vier clusters in de markt gezet (Welzijn, Wijkteams, WMO-maatwerkondersteuning en Jeugdhulp) en deze per cluster gegund aan meerdere aanbieders. Hoeveel aanbieders nu daadwerkelijk een contract hebben met de Gemeente Rotterdam in het sociaal domein is niet inzichtelijk geworden tijdens dit onderzoek. Wat wel duidelijk werd tijdens de interviews is dat deze manier van organiseren een groot nadeel heeft: concurrentie.

Een voorbeeld van concurrentie in het sociaal domein is het aanbod van zorg en begeleiding aan bewoners na een moeilijke periode. Hiervoor kunnen bewoners in Rotterdam-Zuid terecht bij het Mentaal Beter plein dat valt onder de verantwoordelijkheid van Wijkzorg en bij de Herstelacademie dat valt onder verantwoordelijkheid van WMO-zorg. Ook de wijkteams van de gemeente en het Huis van de wijk van WMO-radar bedienen dezelfde bewoners.

Geleend vertrouwen huisarts helpt andere zorgverleners

Het principe van 'geleende vertrouwen' is een begrip dat in de zorgsector niet onbekend is. Het is ook van de redenen dat gezondheidscentra bestaan waarin geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) gehuisvest is. Gezondheidscentra maken het zorg-/ hulpverleningsnetwerk fysiek zichtbaar. Deze centra geven niet alleen het gevoel bij patiënten dat de zorg-/ hulpverleners samenwerken, de zorg-/ hulpverleners werken ook daadwerkelijk een beetje samen. Formeel niet, want zij mogen onderling geen informatie delen. Maar zij kennen elkaar wel waardoor verwijzen makkelijker gaat. Bovendien kan een huisarts bij de verwijzing van een patiënt gewoon even met de patiënt naar de andere zorg-/hulpverleners toelopen. Op deze manier weet de huisarts ook dat de patiënt bij dit loket aankomt. Bij een reguliere verwijzing is dit onmogelijk i.v.m. privacyregels. De andere zorg-/ hulpverleners in het gezondheidscentra maken op deze manier gebruik van het 'geleende vertrouwen' van de huisarts.

Een mooi voorbeeld van een gezondheidscentrum is De Rubenshoek in de Schilderswijk in Den Haag. Hier zijn huisartsen gevestigd en een apotheek met daarnaast een fysiotherapeut, een diëtist, een

buurtsportcoach, een helpdesk geldzaken, maatschappelijk werk, een opvoedsteunpunt, een praktijkondersteuner Jeugd en Gezin, Podotherapie, Psychologische zorg, een stoppen met Rokencentrum en een ouderenconsulent. Daarmee is in dit pand het zorg-/ hulpverleningsnetwerk ook fysiek zichtbaar.



Figuur 17: Gezondheidscentrum De Rubenshoek, Den Haag – Schilderwijk (google maps)

Het geleend vertrouwen wordt ook ervaren wanneer de huisarts zijn patiënten attendeert op een product of programma. Een mooi voorbeeld hiervan is de valpreventie-training van WMO-radar in Rotterdam Charlois. WMO-radar schrijft met regelmaat bewoners aan om hen uit te nodigen voor (onderdelen van) hun programma. Op de uitnodiging van WMO-radar aan alle 75-plussers in de wijk om deel te nemen aan een valpreventietraining reageerde 10% positief, 40% gaf aan niet geïnteresseerd te zijn en 50% reageerde niet. Toen een paar maanden later de huisarts dezelfde wijkbewoners aanschreef om deel te nemen aan deze training kwam 80% naar de training.

3.2.7 Geen bereidheid tot gezamenlijke inzet voor systeemdoorbraken

Rijnmond Dokter is de ondersteuningsorganisatie van, voor en door huisartsen in de regio Rijnmond. Rijnmond Dokters ondersteunt ruim 350 huisartsen, dat is 98% van alle huisartsen in dit gebied. Voor het onderzoek was Rijnmond Dokters een belangrijke spin in het web omdat het vraagstuk over de (on)mogelijkheden van huisartsen om deel te nemen aan gebiedsontwikkelingen een vraagstuk is dat niet per huisarts maar als verenigde actor in groter verband bekeken moet worden. In de interviews heeft Rijnmond Dokters echter duidelijk aangegeven dat zij geen meerwaarde zien in een samenwerking tussen huisartsen en gebiedsontwikkelingen (in dit geval het NPRZ). Rijnmond Dokters wil de uitdagingen in de (huisartsen-) zorg liever via hun eigen kanalen proberen op te lossen. Bovendien geeft Rijnmond Dokters aan dat er momenteel al drie partijen bezig zijn om het regievraagstuk in de wijk op te lossen en dat dit voldoende is. Het sluiten van een bestuurlijk convenant tussen Rijnmond Dokters en het NPRZ is daarmee op dit moment niet gewenst.

Ook in Utrecht blijkt dat er geen samenwerking is tussen de gemeente en de koepelorganisatie van huisartsen. De samenwerking tussen het gebiedsprogramma Samen voor Overvecht en de huisartsen in deze wijk verloopt wel heel goed. Deze samenwerking is opgestart in 2008 vanuit de gemeente waarbij ingestoken is op de behoefte van de huisartsen. Op deze manier is samenwerking en vertrouwen opgebouwd en wordt een structuur geboden. Deze samenwerking is kleinschalig opgezet en heeft geleid tot grote betrokkenheid van de huisartsen in Overvecht bij het gebiedsprogramma.

Anno 2023 worden plannen gemaakt om een gezondheidscentrum op te zetten in Overvecht waarin alle disciplines zich kunnen huisvesten.

Huisarts niet afhankelijk van gebiedsprogramma voor uitvoering taken

Zoals hierboven beschreven blijkt uit de interviews dat overkoepelende huisartsen organisaties in Rotterdam en Utrecht momenteel niet openstaan voor een samenwerking met een gebiedsprogramma. Uit de interviews met individuele huisartsen bleek dat zij wel graag betrokken zijn bij de ontwikkelingen in hun wijk maar dat zij hierbij belemmeringen ervaren op het gebied van financiering en privacy. Dit laatste geldt overigens ook voor alle andere zorg-/ hulpverleners die geïnterviewd zijn. Desalniettemin was tijdens de interviews een grote betrokkenheid voelbaar en werd gebrainstormd over dingen die zorg-/ hulpverleners op individuele basis zouden kunnen bijdragen aan gebiedsontwikkelingen of überhaupt bredere maatschappelijke problemen. Naast dat deze betrokkenheid voelbaar was, was het bij de huisartsen ook heel duidelijk dat zij compleet zelfstandig opereren en voor het uitvoeren van hun werk op geen enkele manier afhankelijk zijn van een gebiedsprogramma.

Het laatste opvallende punt is dat meerdere geïnterviewden voorstelden om de onderzoeksvraag om te draaien. De eerste vraag van het interview had niet moeten zijn 'Kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?', maar '**Kunnen gebiedsprogramma's een bijdrage leveren aan het werk van de huisarts?**'.

3.3 Conclusies empirie

De opzet van deze empirische fase was om interviews te houden met betrokkenen vanuit gebiedsontwikkeling en betrokkenen vanuit de gezondheidszorg. Deze interviews hebben allemaal plaats kunnen vinden en hebben een schat aan informatie opgeleverd. Alle bevindingen staan in paragraaf 3.2 uitgebreid beschreven en worden hieronder nog een keer kort benoemd.

Gebiedsprogramma's, eerstelijnszorg en het sociaal domein zijn verbonden

- Alle geïnterviewden onderschrijven dat hun eigen werk verweven is met dat van gebiedsprogramma's.
- Alle geïnterviewden onderschrijven dat in de focuswijken ondersteuning moet zijn voor bewoners zodat zij hun dagelijkse leven beter op de rit kunnen krijgen.

Netwerkmanagement en sturingsmechanisme

- De netwerken waarin gebiedsprogramma's opereren zijn dusdanig groot dat hieraan moeilijk sturing is te geven.
- Het NPRZ is opgezet als netwerk administratieve organisatie. Samenwerkingspartners zijn niet hiërarchisch verplicht om mee te doen. Het NPRZ moet partners verleiden of bestuurlijke druk uitoefenen om commitment te krijgen.
- Samen voor Overvecht functioneert als zelfregulerend netwerk.
- NPRZ vervult als gebiedsprogramma een richtinggevende en regulerende rol en stuurt voornamelijk op afstand.
- Samen voor Overvecht vervuld als gebiedsprogramma een richtinggevende en verbindende rol en gebruikt alleen zachte sturingsmechanismen.

Huisartsen overvraagd

- Huisartsen kennen in zijn algemeenheid een hoge werkdruk en zijn overvraagd.
- Huisartsen in focuswijken worden geconfronteerd met complexere problematiek dan in andere wijken.
- Huisartsen in focuswijken krijgen relatief veel vragen die 'huisarts-onwaardig' zijn.

- Pilots om huisartsen meer tijd voor patiënten te geven zijn afgerond en worden door de zorgverzekeraars niet verlengd omdat deze extra tijd niet aantoonbaar leidt tot lagere zorgkosten.

Betrokkenheid huisartsen groot en beperkt

- De betrokkenheid van huisartsen bij hun patiënten is groot.
- De betrokkenheid van huisartsen bij hun patiënten is tevens beperkt omdat:
 - de financieringsstructuur van huisartsen weinig ruimte biedt voor taken die niet direct declarabel zijn, en
 - privacyregels over de arts-patiëntrelatie de huisarts belemmeren om samen te werken met andere instanties.

Zorg-/ hulpverlening te complex en regie ontbreekt

- Het werk van de huisarts, van andere eerstelijnszorgverleners en van het sociaal domein is verweven omdat zij allemaal dezelfde burger bedienen.
- Het netwerk van zorg-/ hulpverleners is onoverzichtelijk groot.
- Niemand in het zorg-/ hulpverleners netwerk is verantwoordelijk voor de burger als geheel. Iedereen is alleen verantwoordelijk voor de zorg die hij/zij zelf levert.

Relevante mechanismen in de gezondheidszorg

- De financiële prikkels in het zorgdomein leiden tot onderlinge concurrentie.
- Andere zorg-/ hulpverleners hebben baat bij het geleend vertrouwen van de huisarts.

Geen behoefte huisartsen om op strategisch niveau samen te werken met gebiedsontwikkelingen

- De koepelorganisatie van huisartsen in Rotterdam ziet op dit moment geen meerwaarde in samenwerking met gebiedsprogramma's.
- Huisartsen zijn voor de uitvoering van hun werk niet afhankelijk van anderen.

Behoeft huisartsen

- Huisartsen hebben behoefte aan:
 - kleinschalige samenwerking in de buurt,
 - korte lijnen met instellingen waarnaar zij kunnen doorverwijzen,
 - een centraal loket voor doorverwijzingen naar het sociaal domein, en
 - terugkoppeling van andere zorg-/ hulpverleners na doorverwijzingen.
- De onderzoeksvraag zou moeten zijn: 'Kan een gebiedsontwikkeling bijdragen aan het werk van de huisarts?'

4. Conclusies en aanbevelingen

Om te onderzoeken of huisartsen een bijdrage willen en kunnen leveren aan gebiedsontwikkeling is geput uit diverse literatuur en is middels interviews informatie opgehaald bij huisartsen, andere eerstelijns zorgverleners en medewerkers van de gemeente en gebiedsprogramma's. Op basis van alle verkregen informatie worden in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk de hoofd- en deelvragen beantwoord. In de tweede paragraaf worden de beperkingen van het onderzoek benoemd en in de laatste paragraaf staan de aanbevelingen centraal.

Hoofdvraag:

Willen en kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

Deelvragen:

1. Willen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?
2. Onder welke voorwaarden kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?
3. Is het gebruikte netwerkmanagement van het NPRZ geschikt om huisartsen te laten toetreden?
4. Is het toegepaste sturingsmechanismen van het NPRZ geschikt om huisartsen te laten toetreden?

4.1 Beantwoording hoofd- en deelvragen

Deelvraag 1: Willen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

Deze intentie-vraag was de openingsvraag in elk interview en werd in alle gevallen positief beantwoord. Alle geïnterviewden onderschreven dat hun eigen werk verweven is met dat van gebiedsprogramma's en de betrokkenheid van huisartsen bij hun patiënten bleek groot. De term gebiedsontwikkeling is in deze vraag wel beperkt tot het soort gebiedsontwikkeling waarbij ook aandacht is voor de sociale ruimte, zoals bijvoorbeeld bij gebiedsprogramma's in focuswijken (zie ook paragraaf 3.2.5). Wanneer in de interviews dieper werd ingegaan op de manier waarop huisartsen een bijdrage willen leveren dan liepen de antwoorden uiteen van kleinschalige samenwerking in de wijk tot het samen optrekken in beoogde systeemdoorbraken. Voor de realisatie van dit laatste verwezen alle individuele huisartsen naar de koepelorganisatie omdat deze bijdrage niet geleverd kan worden door één individuele huisarts. De koepelorganisatie in Rotterdam heeft vervolgens aangegeven geen behoefte te hebben aan samenwerking met een gebiedsprogramma, in dit geval het NPRZ. De koepelorganisatie heeft de focus op de eigen netwerkstructuur en ziet geen meerwaarde in de deelname aan een andere/ extra netwerkstructuur. In Utrecht is niet gesproken met een koepelorganisatie. Vanuit het gebiedsprogramma Samen voor Overvecht is hier geen behoefte aan. Samen voor Overvecht ambieert geen systeemdoorbraken en zet in op laagdrempelige en wijkgerichte samenwerking met huisartsen. Dit verloopt naar tevredenheid.

Deelvraag 2: Onder welke voorwaarden kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

In het theoretisch kader is benoemd dat gebiedsontwikkeling een Complex Adaptief Systeem (CAS) is. Hierbij is ook benoemd aan welke voorwaarden een actor moet voldoen indien deze wil deelnemen

aan een CAS. Deze voorwaarden zijn harde criteria. Indien huisartsen niet aan deze criteria voldoen dan kunnen huisartsen geen bijdrage leveren aan de gebiedsontwikkeling.

Voorwaarden actor om deel te nemen aan een CAS:

- ✓ Actoren streven gezamenlijke doelen na
- ✓ Actoren beïnvloeden elkaar
- ✗ Actoren zijn afhankelijk van elkaar
- Actoren vertrouwen elkaar
- ✗ Actoren delen informatie
- Actoren zijn flexibel
- ✗ Actoren beschikken over capaciteit en middelen

Uit de interviews, en uit onderzoeken die als bewijslast bij de interviews gevoegd zijn, blijkt dat huisartsen aan zeker aan drie van de zeven voorwaarden niet voldoen. Allereerst zijn huisartsen voor de uitvoering van hun werk niet afhankelijk van andere actoren in een gebiedsontwikkeling. Ja, er is onderschreven dat huisartsen dezelfde burger bedienen als andere hulp-/ zorgverleners. En ja, er is benoemd dat deze samenwerking verbetering behoeft en dat huisartsen bijvoorbeeld behoefte hebben aan terugkoppeling na een verwijzing. Maar deze punten maken huisartsen niet afhankelijk van andere actoren om hun werk te kunnen doen. De tweede voorwaarde waar huisartsen niet aan voldoen is het delen van informatie met andere actoren. Huisartsen willen wel graag informatie ontvangen van anderen, maar kunnen zelf (door wetgeving) geen informatie delen met andere actoren. De derde voorwaarde waar niet aan wordt voldaan is de beschikbaarheid van tijd en middelen om deel te nemen in een gebiedsontwikkeling. Financiering van huisartsen wordt verzorgd vanuit de zorgverzekeraars en vindt grotendeels plaats op basis van declarabele uren. Het aantal uren dat huisartsen aan overleg/ afstemmen met andere zorg-/ hulpverleners mogen besteden is dan ook beperkt.

Op twee punten voldoen huisartsen wel aan de voorwaarden: het nastreven van gezamenlijke doelen en het beïnvloeden van elkaar. Op de punten 'vertrouwen' en 'flexibiliteit' zijn in het onderzoek niet expliciet antwoorden gevonden. Daarom wordt aan deze punten geen kwalificatie toegekend.

Deelvraag 3: Is het gebruikte netwerkmanagement van het NPRZ geschikt om huisartsen te laten toetreden?

Het NPRZ is in 2012 bewust opgezet als netwerk administratieve organisatie (NAO). Deze netwerkform heeft het NPRZ status en een bijbehorend podium gegeven. Samenwerkingspartners van het NPRZ zijn niet hiërarchisch verplicht om mee te doen. NPRZ moet partners verleiden of bestuurlijke druk uitoefenen om commitment te krijgen. Dit geldt ook voor huisartsen. Met de interviews in dit onderzoek heeft het NPRZ de eerste stappen gezet om huisartsen te verleiden om toe te treden.

Het feit dat het NPRZ als NOA is opgezet vormt geen belemmering voor het laten toetreden van huisartsen als actor. Wanneer het NPRZ opgezet zou zijn als een zelfregulerend netwerk of als een leiderorganisatienetwerk zou de mogelijkheid om huisartsen te laten toetreden niet groter of kleiner zijn. Zoals in 2.3 reeds benoemd is zijn netwerken een goede plek om informatie uit te wisselen, maar niet geschikt zijn om gezamenlijk problemen op te pakken omdat er in letterlijke zin geen sprake is van samenwerking. Als de problematiek niet door alle betrokken partijen hetzelfde gedefinieerd wordt en er geen sprake is van besluitvormingsmacht binnen het netwerk ontstaat geen effectieve samenwerking (Bruijn & Heuvelhof, 2017).

Deelvraag 4: Is het toegepaste sturingsmechanisme van het NPRZ geschikt om huisartsen te laten toetreden?

Het NPRZ stuurt voornamelijk op afstand en past richtinggevende en regulerende sturingsmechanismen toe. Het programma heeft visie- en beleidsdocumenten vastgesteld die houvast bieden voor alle betrokkenen. Hierbij is het NPRZ regelmatig zichtbaar in de media, in bestuurlijke omgevingen en bijeenkomsten in de wijk of bij uitvoeringsorganisaties om de visie uit te dragen. Met partners die zich committeren aan de doelen van het NPRZ wordt op bestuurlijk niveau een convenant gesloten waarna het NPRZ een regulerende rol pakt op de afspraken in dit convenant.

De vraag of dit sturingsmechanisme geschikt is om huisartsen te laten toetreden als partner binnen het NPRZ is op basis van het onderzoek moeilijk te beantwoorden. Zoals in deelvraag 1 beantwoord is zijn huisartsen op individueel niveau wel bereid tot kleinschalige samenwerking in de wijk, maar is er geen bereidheid (vanuit de koepelorganisatie) om gezamenlijk op te trekken om grote systeemoorbraken te realiseren. Het sluiten van een bestuurlijk convenant tussen het NPRZ en huisartsen is hiermee dus niet opportuun. Op basis van deze uitkomsten zou geconcludeerd kunnen worden dat het toegepaste sturingsmechanisme van het NPRZ niet geschikt is om huisartsen te laten toetreden. Deze conclusie is echter niet juist omdat bij het uitblijven van een gezamenlijke ambitie tot samenwerking geen enkel sturingsmechanisme geschikt is.

Hoofdvraag: Willen en kunnen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen?

Omdat de hoofdvraag een gesloten vraag is zou deze beantwoord kunnen worden met ja of nee. Het antwoord blijkt alleen niet zo binair. Willen huisartsen een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen? Nee, op strategisch niveau niet. Op individueel niveau zijn echter wel huisartsen te vinden die graag in hun eigen (focus-)wijk een bijdrage willen leveren aan gebiedsontwikkeling. Ook de vraag of huisartsen een bijdrage aan gebiedsontwikkelingen kunnen leveren kan op basis van het onderzoek positief en negatief beantwoord worden. Doordat huisartsen voor hun werk niet afhankelijk zijn van anderen, maar beperkt informatie kunnen delen en beperkt zijn in capaciteit en middelen voldoen zij niet aan de voorwaarden om als actor deel te nemen aan gebiedsontwikkelingen. De ervaringen in Rotterdam-Zuid onderschrijven deze conclusie. Hier is vanuit de koepelorganisatie geen bereidheid om gezamenlijk op te trekken om systeemoorbraken te realiseren. In Utrecht-Overvecht wordt de samenwerking met huisartsen echter wel als succesvol gedefinieerd. Dit komt doordat het programma Samen voor Overvecht als ambitie heeft om kleinschalig in de wijk verbeteringen door te voeren. Het programma ambieert geen grote systeemoorbraken of andere strategische doelen. Huisartsen kunnen dus wel een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen en, zoals in deelvraag 1 beantwoord, zijn er ook huisartsen die dit graag willen. De bijdrage van huisartsen aan gebiedsontwikkelingen blijkt dus afhankelijk van de opzet en de doelen van de gebiedsontwikkeling.

- Huisartsen als verenigde actor willen op strategisch niveau niet deelnemen in de netwerkstructuur van gebiedsontwikkelingen.
- Individuele huisartsen willen wel deelnemen in gebiedsontwikkelingen en een bijdrage leveren aan kleinschalige samenwerking in (focus-)wijken.
- Huisartsen kunnen als verenigde actor niet deelnemen in gebiedsontwikkelingen omdat zij niet aan de voorwaarden voldoen.
- Huisartsen kunnen op individueel niveau wel een bijdrage leveren aan gebiedsontwikkelingen op wijkniveau.

Dit exploratieve onderzoek toont aan dat gebiedsontwikkeling zich naast de ontwikkeling van de fysieke ruimte ook richt op de ontwikkeling van de sociale ruimte én dat hierin een relatie ligt met gezondheidszorg.

Kunnen gebiedsontwikkelingen een bijdrage leveren aan het werk van huisartsen?

Tijdens de interviews hebben meerdere geïnterviewden aangegeven dat de hoofdvraag van het onderzoek eigenlijk omgedraaid zou moeten worden. Het zou niet de vraag moeten zijn hoe huisartsen kunnen bijdragen aan een gebiedsprogramma, maar hoe een gebiedsprogramma kan bijdragen aan het werk van de huisarts. Deze andere manier van kijken naar dezelfde vraag geeft een compleet ander perspectief en zou in de toekomst wellicht de sleutel kunnen zijn voor een succesvolle samenwerking tussen huisartsen en gebiedsontwikkelingen.

4.2 Beperkingen onderzoek

Natuurlijk kent dit onderzoek ook zijn beperkingen. De eerste beperking is gelegen in het feit dat de geïnterviewden allemaal gepassioneerde zorg-/ hulpverleners zijn die bereid waren om tijd vrij te maken voor een interview. Het ligt in de lijn der verwachting dat de zorg-/ hulpverleners die bereid waren een interview te geven ook bereid zijn om een bijdrage te leveren aan gebiedsontwikkelingen. De geïnterviewden zijn hiermee niet representatief voor de zorg- / hulpverleners die niet bereid waren tot het geven van een interview en zijn ook niet representatief voor alle huisartsen (in focuswijken). Dit zou ook kunnen verklaren waarom de koepelorganisatie, die alle 350 huisartsen in Rotterdam vertegenwoordigt, niet open stond voor samenwerking.

Een ander gemis in het onderzoek is dat geen lering wordt getrokken uit ervaringen in het buitenland. In de empirie was dit vanwege de omvang van het onderzoek niet mogelijk. Ditzelfde geldt voor de theoretische fase. Ook hier hadden onderzoeken uit andere landen een toegevoegde waarde kunnen hebben, maar is het hier door de overweldigende literatuur uit eigen land niet van gekomen.

Een laatste beperking is het gemis van betrokkenheid van bewoners. In het gehele onderzoek wordt gesproken *over* bewoners, maar nergens is gesproken *met* bewoners. Waar bewoners behoefte aan hebben en waar bewoners last van hebben komt nergens aan bod.

4.3 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit het onderzoek zijn meerdere aanbevelingen te formuleren: aanbevelingen aan het NPRZ als opdrachtgever, maar ook aanbevelingen aan toekomstige onderzoekers en aan de MCD.

Aanbevelingen aan NPRZ

Het NPRZ wil graag weten hoe huisartsen beter betrokken kunnen worden bij het NPRZ. Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen als verenigde actor op dit moment geen behoefte voelen om deel te nemen in de netwerkorganisatie van het NPRZ. Uit het onderzoek blijkt ook dat huisartsen als individu wel een bijdrage willen leveren in hun eigen wijk. De aanbeveling aan het NPRZ is dan ook om zich ten opzichte van deze individuele huisartsen faciliterend op te stellen. Samen voor Overvecht heeft goede ervaringen met deze vorm van sturen. Voor de ambitie van het NPRZ om samen met huisartsen als verenigde actor systeemdoorbraken na te streven blijkt op dit moment geen draagvlak. De aanbeveling aan het NPRZ is om deze ambitie niet op te geven en door te gaan met het enthousiasmeren van deze potentiële actor. Alle verandering gaat langzaam en de gehouden interviews vanuit dit onderzoek waren voor veel geïnterviewden de eerste keer dat zij over dit vraagstuk nadachten. Het houden van deze interviews kan dan ook gezien worden als het planten van het eerste zaadje. Om dit zaadje te laten bloeien zal nog veel aandacht nodig zijn (vanuit het NPRZ). Maar dit is wel precies waarvoor het NPRZ in het leven is geroepen: het realiseren van structurele veranderingen. De aanbeveling is dan ook om geduldig vol te houden.

Aanbeveling toekomstige onderzoekers en de MCD

Tijdens de interviews en in alle beschikbare literatuur is een schat aan informatie gevonden waarvan maar een klein gedeelte in dit onderzoek gebruikt kon worden. Als het gaat om het ontwikkelen van de sociale ruimte en de verbinding met gezondheidszorg zijn er nog vele onderdelen en invalshoeken die onderzocht kunnen worden. Enkele voorbeelden hiervan zijn

- de functie van het geleend vertrouwen van huisartsen in relatie tot gebiedsontwikkelingen,
- het betrekken van bewoners bij de ontwikkeling van sociale ruimte/ gebiedsprogramma's,
- lering trekken uit het buitenland, en
- de manier waarop gebiedsontwikkelingen kunnen bijdragen aan het werk van huisartsen.

Afsluitend is de aanbeveling aan de MCD om het curriculum te blijven ontwikkelen en regelmatig aan te blijven passen aan ontwikkelingen in het vakgebied. De manier waarop in Nederland naar stedelijke vernieuwing wordt gekeken heeft in de afgelopen decennia grote ontwikkelingen doorgemaakt. Anno 2024 wordt leefbaarheid en veiligheid gezien als onderdeel van stedelijke vernieuwing en zijn er in Nederland gebiedsprogramma's waarin de focus zowel op de fysieke ruimte als op de sociale ruimte ligt. Bij een eerstvolgende aanpassing van het curriculum is het dan ook aan te bevelen deze ontwikkeling te verwerken.

Nawoord

De onderzoeksvraag was breed, de hoeveelheid informatie overweldigend, mijn interesse heel groot en de passie van de geïnterviewden aanstekelijk. Het schrijven van deze scriptie was dan ook een zoektocht. Door alleen die informatie op te nemen die relevant was voor het onderzoekskader had het maken van deze scriptie meer weg van schrappen dan van schrijven. Desondanks was het afstuderen een feestje. Weliswaar een feestje dat heel moeizaam op gang kwam, maar toen het doel en de structuur eenmaal duidelijk heb ik hier vol goede moed aan gewerkt. En dit is prettig want de MCD is een fantastische master die ik met veel plezier heb gevolgd en deze periode verdiend een goede afsluiting.

Ik hoop met dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het kennisdomein 'gebiedsontwikkeling'. Een puzzelstukje als onderdeel van de wetenschap over het ontwikkelen van de fysieke en sociale ruimte en de verbinding met gezondheidszorg. Ik wens de MCD en alle toekomstige studenten veel plezier en wijsheid toe met deze prachtige master. Gebiedsontwikkeling is een vakgebied dat er toe doet: met gebiedsontwikkeling kun je een waardevolle bijdrage leveren aan het oplossen van maatschappelijke problemen!

Literatuurlijst

- Adams, D & Tiesdell S. (2013). *Shaping places: Urban Planning, Design and Development*. Londen: Routledge
- Bitter, N., Leemrijse, C. & Korevaar J. (2019). *Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg. Ervaringen uit Overvecht*. Utrecht: Nivel
- Boetzelaer, H.B. van (2022). *Gegevensuitwisseling acute zorg*. Nederlands Huisartsen Genootschap. Utrecht
- Bruijn, H. de & Heuvelhof, E. ten (2017). *Management in netwerken. Over veranderen in een multi-actorcontext*. Den Haag: Boom bestuurskunde
- Choi, T.Y., Dooley, K.J. & Rungtusanatham, M., (2001). Supply networks and complex adaptive systems: control versus emergence, *Journal of Operations Management*, Volume 19, Issue 3, 2001, Pages 351-366
- Cramer, C., Prins, A., Verhagen, M., Beem, R. van, Heidenrijk, M. & Verheij, R. (2021). *Zorggebruik sociaal domein en eerste lijn in Amsterdam: de meerwaarde van het combineren van gegevens*. Utrecht: Nivel
- Custers, G. (2022). *Onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor Nationaal Programma Rotterdam Zuid*. www.socialevraagstukken.nl
- Deetman & Mans (2011). *Adviesrapport "Kwaliteitssprong Zuid: Ontwikkeling vanuit Kracht"*. Eindadvies van team Deetman/Mans over aanpak Rotterdam-Zuid. Lysiasgroup
- Dekker, F., Fenger, M. & Kooij, M. (2022). *Waardevol aan het werk in Rotterdam*. Rotterdam: Boekxpress
- Dooley, K.J. (1997). *A Complex Adaptive Systems Model of Organization Change*. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, Vol. 1, No. 1, 1997
- Dwarswaard, dr. J.& Trappenburg, prof.dr. M.J. (2012). *De huisarts en de tijdsgeest*. Gepubliceerd in *huisarts & wetenschap*, november 2012. Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Ecorys (2012). *Terugploegen maatschappelijke baten: creatieve vormen van stedelijke vernieuwing*. Rotterdam: Ecorys
- Ellis, B. & Herbert, S. I. (2011). *Complex adaptive systems (CAS): an overview of key elements, characteristics and application to management theory*. *Informatics in Primary Care* 2011;19:33–7
- Flinterman, L., Groenewegen, P., Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel
- Flinterman, L., Vis, E., Keuper, J., Schaaik, A. van, Batenburg, R. (2023) *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. Utrecht: Nivel
- Gemeente Den Haag (2020). *Gezond en gelukkig Den Haag. De basis voor de beweging tot en met 2025*. Den Haag
- Gemeente Den Haag, *Woonvisie 2022*. Gemeente Den Haag

Gemeente Utrecht (2019). Actieprogramma Samen voor Overvecht. Utrecht

Hageraats, R., Berg, G. van den, Berg, B. van den (2020). Betere zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen in de meest kwetsbare omstandigheden en/of met de meest complexe problemen. Een bijdrage aan de dialoog over de ontwikkeling van essentiële functies en expertises in het jeugdzorglandschap. Nederlands Jeugdinstituut

Heins, M. et al (2022) Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2017-2021. Utrecht: Nivel

Hendrich, T., Euwals, R., Thewissen, S., (2023). Brede welvaart bij integrale gebiedsontwikkeling: vijf lessen. Centraal planbureau

Hekelaar, A., Boer S. & Erdem, Ö. (2021). Tussenrapportage evaluatie inzet POH. J&G in de Rotterdamse huisartsenpraktijken. Gemeente Rotterdam, afdeling onderzoek en business intelligence

Hochstenbach, C. (2022) Uitgewoond. Waarom het hoog tijd is voor een nieuwe woonpolitiek. Amsterdam: Das Mag Uitgeverij B.V.

Holland, J. H. (1992). Complex adaptive systems. *Daedalus* 121.1: 17-30. <http://www.jstor.org/stable/20025416>

IVenJ & NZA (2021). Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: Resultaten verkenning mei-juli 2021. Den Haag: Inspectie Volksgezondheid en Jeugd

Kickert, W., E. H. Klijn, & J. Koppenjan (1997), *Managing complex networks: strategies for the public sector*. London: Sage Publications.

Klijn, E.H. (2008) 'It's the management, stupid!': Over het belang van management bij complexe beleidsvraagstukken, Den Haag: Uitgeverij Lemma

Koppenjan, J.F.M. & Klijn, E.H. (2004). *Managing Uncertainties in networks. A network approach to problem solving and decision making*. London: Routledge

Kromhout, M., Echtelt, P. van & Feijten, P. (2020). Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid. Sociaal Cultureel Planbureau

Leemrijse, C., Bakker, D. de, Schoenmakers, T. (2016). Overvecht gezond! Theoretische onderbouwing van de integrale aanpak 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht. Utrecht: Nivel

Lee, K.N. (1999) Appraising adaptive management. *Conservation Ecology*, vol. 3, no. 2, art. 3

Leemrijse, C. & Korevaar, J. (2020). Krachtige basiszorg is van meerwaarde in de coronacrisis. Utrecht: Nivel

Nielen, M.M.J., Hek, K., Weesie, Y.M., Davids, R. & Korevaar, J.C. (2020). Hoe vaak hebben Nederlanders contact met de huisartsenpraktijk? Zorggebruik in de huisartsenpraktijk in 2019. Utrecht: Nivel

NPO (2022). Beter! En Beter! En hoe is het nu met? NPO, www.npostart.nl/beter

NPRZ (2019). Nationaal Programma Rotterdam Zuid. Uitvoeringsplan 2019-2022. Rotterdam: NPRZ

NPRZ (2022). Nationaal Programma Rotterdam Zuid. Tot hier en nu verder, midterm review. Amsterdam: Van de Bunt Adviseurs

NPRZ (2023). Nationaal Programma Rotterdam Zuid. Uitvoeringsplan 2023-2027. Rotterdam: NPRZ

Marion, R. (1999). The edge of organisation: chaos and complexity theories of formal social systems. Sage Publications Inc.

Milikowski, F. (2018). Van wie is de stad. De strijd om Amsterdam. Amsterdam: Olympus, onderdeel van Uitgeverij Atlas Contact

Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelatie. Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (2022). Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid. Den Haag: Min BZK

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2021) Actieprogramma Ruimtelijk Ontwerp 2021-2024 Ontwerp verbindt. Den Haag: Min BZK

OVV (2019). Zorg voor veiligheid. Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid

Provan, K.C. & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. Journal of Public Administration Research and Theory

Rajagopal, B., Alfarargi, S., Gonzalez Morales, F., Varennes, F. de & De Schutter, O. (2021) Mandates of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context; the Special Rapporteur on the right to development; the Special Rapporteur on the human rights of migrants; the Special Rapporteur on minority issues and the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. Palais de Nations, Geneva. Reference: AL NLD 3/2021

Rittel, H. W. & M.M. Webber (1973) Dilemmas in a general theory of planning, Policy sciences, jg. 4, nr. 2

RVS (2023). De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstige eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Sennett, R. (2018). Stadsleven. Een visie op de metropool van de toekomst. Amsterdam: Meulenhof.

Schaaijk, A. van, Flinterman, L., Geit, L. de, Keuper, J., Vis, E. & Batenburg, R. (2022). De praktijkondersteuner (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021. Utrecht: Nivel

Schierbeek, B. (2020). De kracht van wijd reiken. Advies om de transformatie van de jeugdhulp te laten slagen. Expertiseteam Reikwijdte Jeugdhulpplicht, in opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten

Spaank, E. (2017). Gebiedsontwikkeling: Op zoek naar voorwaarden voor effectieve realisering. Rijksuniversiteit Groningen

Stalpers, J.A. (1964). Zelfbehoud, aanpassing en cultuur. Proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen

Stichting Kennis Gebiedsontwikkeling (2023). Jaarverslag 2022. Vooruitblik 2023. Delft: SKG

Teisman, G., Buuren, A van & Gerrits, L. (2009). Managing complex governance systems: dynamics, self-organization and coevolution in public investments. New York/London: Routledge

Thuis, Ir. P.T.H.J. (1999). Toegepaste organisatiekunde. Groningen: Wolters-Noordhoff

Veelen, A. van (2022). Rotterdam. Een ode aan inefficiëntie. De Correspondent

Velden, J. van der & Can, E. (2022). 75 jaar stedelijke vernieuwing en wijkaanpak. Kennisdossier stedelijke vernieuwing Update 2022. Den Haag: Platform 31

Verheul, W.J., Daamen, T.A., Heurkens, E., Hobma, F. & Vriens, R. (2017). Gebiedstransformaties: Ruimte voor durf en diversiteit. Delft: TUDelft in opdracht van Agenda Stad, Ministerie van Binnenlandse Zaken

Verheul, W.J., Daamen, T., Heurkens, E., Hobma, F. & van Zoest, S., (2019). Leren van stedelijke transformaties. Over sturingsdilemma's en veerkracht in binnenstedelijke gebiedsontwikkeling, Delft: Stedelijke Transformatie, Platform31

Verwey-Jonker Instituut (2020). Van persoonlijke krenking tot vertrouwensbreuk. Utrecht

Verwey-Jonker Instituut (2021). Perspectief bieden. Bouwstenen voor de gebiedsgerichte aanpak van leefbaarheid en veiligheid in kwetsbare gebieden. Utrecht

Wilman, S., Bukman, B. & Spoelstra, S., (2020). Analyse: In huisartsenpraktijk. Meer tijd voor de patiënt. Uitbreiding succesvolle pilot onzeker. Zorgvisie, April 2020

Zeeuw, F. de (2019). Zo werkt gebiedsontwikkeling: handboek voor studie en praktijk. Delft: Praktijkleerstoel Gebiedsontwikkeling

Bijlage 1: Lijst met geïnterviewden

Huisartsen:

- Eugenie van Vendeloo, Rijnmond Dokters
- Atabey Senyurek, Care +, Katendrecht, Rotterdam Zuid
- Ivana Albertszoon, Rijnmond Dokters, Charlois, Rotterdam Zuid
- Mark Versteeg, Poortugaal dorp, Rhoon
- Astrid de Boer, Rubenshoek, Schilderswijk, Den Haag

Gemeenten/ gebiedsprogramma's:

- Astrid Kroos, Adviseur NPRZ, pijler Thuisbasis op orde
- Marije Poot Reynders, Gemeente Rotterdam MO Eerstelijnszorg
- Jurrien Heijdelberg, Gemeente Rotterdam POH J&G
- Monique de Koning, Gemeente Utrecht
- Wieb Hendrix, Samen voor Overvecht

Andere eerstelijnszorgverleners:

- Jolanda Moerkerk, WMO-radar
- Eric Devoghele, WMO-radar
- Bahia Mhimdan, Huis van de Wijk
- Priscilla van Westering, Herstelacademie
- Esther Westerduijn, praktijkverpleegkundige en POH

Overige:

- Gijs Custers, onderzoeker, EUR