

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2021 – Volume 30, Issue 5, pp. 52–65
<http://doi.org/10.18352/jsi.708>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Rotterdam University of Applied Sciences
Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Jelmer Schalk is universitair hoofddocent bij de LUMC-
Campus Den Haag. E-mail: j.schalk@lumc.nl

Eduard Schmidt is universitair docent bij het instituut
Bestuurskunde, Universiteit Leiden.

E-mail: j.e.t.schmidt@fgga.leidenuniv.nl

Marlieke Ridder is straatdokter, teamleider van het
Stedelijk Daklozen Team in Rotterdam en waarnemend
huisarts. E-mail: m.ridder@lumc.nl

Suzan van der Pas is universitair hoofddocent bij de
LUMC-Campus Den Haag en Lector Sociale Innovatie
en Ondernemerschap bij Hogeschool Leiden.

E-mail: s.vanderpas@lumc.nl

Category: Policy

Correspondence to: Jelmer Schalk

E-mail: j.schalk@lumc.nl

**SAMENWERKEN ALS HET SPANNEND
WORDT: DE GEVOLGEN VAN
DE CORONACRISES VOOR
REGIONALE NETWERKEN IN DE
DAKLOZENOPVANG**

**COLLABORATION WHEN THINGS
GET TRICKY: THE CONSEQUENCES
OF THE COVID-19 CRISIS FOR
REGIONAL NETWORKS FOR
SUPPORTIVE HOUSING AND
HOMELESS SHELTERS**

JELMER SCHALK,
EDUARD SCHMIDT,
MARLIEKE RIDDER,
SUZAN VAN DER
PAS

SAMENVATTING

De COVID-19 pandemie zal een blijvende impact hebben op het sociaal- en gezondheidsdomein in Nederland en roept fundamentele vragen op over de organisatie ervan. Er zijn in het afgelopen jaar veel beleidsinitiatieven ontstaan in de zorg en het sociaal domein over professionele en organisatorische grenzen heen. Al voor de crisis was er een toenemende urgentie om de zorg en ondersteuning meer te organiseren rond bepaalde groepen van kwetsbare cliënten, geleverd op de juiste plek, gericht op een zo groot mogelijke kwaliteit van leven. De crisisrespons heeft voor nieuwe multisectorale verbindingen tussen organisaties gezorgd in de dienstverlening aan sommige van deze kwetsbare groepen. Daklozenopvang is een goed voorbeeld van een beleidsterrein waar multisectorale samenwerking, het belang van zorg op de juiste plek en acute uitdagingen in de dienstverlening tijdens de crisis samenkwamen. In dit artikel beschrijven wij de crisisrespons van de lokale overheid met betrekking tot de daklozenopvang in Rotterdam en Den Haag aan de hand van interviews met vijf stakeholders in strategische en operationele besluitvormingsposities. Daarnaast zijn cliënten in verschillende opvanglocaties bevraagd op hun evaluatie van de ervaren veranderingen in de dienstverlening. We distilleren de 'lessons learned' tijdens de crisis en reflecteren op de houdbaarheid van deze lessen voor toekomstig beleid.

TREFWOORDEN

Crisismanagement, interorganisatorische samenwerking, netwerken, dakloosheid, lokale overheid, Population Health Management

SUMMARY

The COVID-19 pandemic will have a lasting impact on the social and healthcare domains in The Netherlands and raises fundamental questions about their organisation. Many policy initiatives that have surfaced, transcend traditional professional and organisational boundaries. Before the pandemic an increasing sense of urgency to organise care and social support around specific vulnerable populations, in targeted locations, aimed at maximizing quality of life, had already become apparent. The crisis response has accelerated the process of establishing new multisectoral relations between organisations in service delivery to these populations. The provision of homeless shelters is a good example of a policy area where multisectoral collaboration, the importance of location, and acute challenges during the crisis came together. In this article we describe the crisis response of the local governments with respect to homeless shelters in Rotterdam and The Hague,

SAMENWERKEN ALS HET SPANNEND WORDT

based on interviews with five stakeholders in strategic and decision making positions. We also asked clients in various shelter locations about their evaluation of the observed changes in service delivery. We distill the lessons learned and reflect on their sustainability for future policy.

KEYWORDS

Crisis management, interorganisational collaboration, collaborative governance, Population Health Management, homelessness, local government

INLEIDING

COVID-19 heeft de crisisorganisatie van overheden overal ter wereld danig op de proef gesteld en de naweeën van de crisis zullen nog lange tijd doorwerken in de samenleving. Waar COVID-19 in eerste instantie vooral werd gezien als een probleem voor de volksgezondheid, bleek het al snel samen te gaan met psychologische, organisatorische, economische en politieke uitdagingen. Juist omdat de crisis een domeinoverstijgend karakter heeft, vraagt het effectief managen ervan om samenwerking over de grenzen van individuele organisaties heen. Onderzoek naar crisismanagement laat zien dat interorganisatorische samenwerking één van de factoren is die bepalend is voor het succes van de crisisrespons (Nohrstedt, Bynander, Parker, & 't Hart, 2018). Hoe verschrikkelijk de gevolgen van COVID-19 ook zijn, de opgedane ervaring kan vertaald worden naar verschillende belangrijke lessen ter voorbereiding op een volgende crisis. Juist omdat samenwerking over organisatiegrenzen heen in Nederland al voor de crisis belangrijk werd gevonden, blijkt uit bijvoorbeeld de beweging die streeft naar de juiste zorg op de juiste plek, zorgt deze crisis voor een momentum om nieuwe manieren van samenwerken te ontdekken en deze te bestendigen voor de lange termijn.

In dit artikel wordt het belang van interorganisatorische samenwerking geïllustreerd door te kijken naar samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, in het bijzonder het beleid rond daklozen in Rotterdam en Den Haag in de eerste fase van COVID-19. Het aantal daklozen in Nederland is het afgelopen decennium bijna verdubbeld van ongeveer 20.000 in 2009 tot bijna 40.000 in 2018 (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020). De analyse van het beleid rond daklozen is belangrijk om meerdere redenen. Zo is er bij daklozen veelal sprake van multi-problematiek. Dakloosheid gaat vaak samen met verschillende psychosociale en andere gezondheidsproblemen waardoor de leeftijdsverwachting voor de groep tussen de elf en zestien jaar korter is dan gemiddeld (Nusselder et al., 2013). Dit betekent dat daklozen te maken hebben

met een brede waaier aan organisaties en professionals. Te denken valt aan (lokale) overheden, welzijnsorganisaties zoals het Leger des Heils en verschillende zorgorganisaties. Daklozenbeleid vraagt dus om interorganisationale samenwerking (Doberstein, 2016). Bovendien maakt de combinatie van dakloosheid en andere (gezondheids)problemen deze groep disproportioneel kwetsbaar voor COVID-19. Naast het beperken van de gezondheidsproblemen binnen deze groep is het voor overheden belangrijk om de verspreiding van het virus door daklozen tegen te gaan. Doordat daklozen binnen en tussen steden rondtrekken, is het besmettingsgevaar groter. Het mitigeren van het verspreidingsrisico is extra moeilijk doordat opvangcentra vaak (te) vol zijn, niet altijd open zijn gedurende de dag en niet gebouwd zijn op de 'anderhalvemeter-samenleving'. Multiproblematiek en een breder extramuraal besmettingsrisico maken dat juist voor deze specifieke groep interorganisationale samenwerking tussen hulpinstanties en overheden essentieel is.

Wij analyseren het beleid rond interorganisationale samenwerking in Nederland tijdens de COVID-19 pandemie vanuit twee verschillende perspectieven: een Population Health Management (PHM) perspectief en een collaborative governance perspectief. Hoewel beide perspectieven veel raakvlakken kennen en elkaar aanvullen, worden deze perspectieven zelden gecombineerd in de wetenschappelijke literatuur. Dat is verrassend, want het gebruiken van perspectieven uit verschillende disciplines kan bijdragen aan effectieve crisisrespons (Van Bavel et al., 2020). Belangrijk om daarbij te noemen is dat het beleid rond interorganisationale samenwerking tijdens COVID-19 in sommige gevallen voortkomt uit bestaand beleid (crisisstructuren, draaiboeken en protocollen), maar dat er tijdens een crisis ook geïmproviseerd en van het beleid afgeweken wordt op het moment dat dit nodig is. Omdat crises vaak worden aangegrepen om veranderingen door te voeren, is het belangrijk om te onderzoeken hoe met name de geïmproviseerde reacties op een crisis aanleiding kunnen geven om beleid en samenwerking te veranderen.

Het doel van dit artikel is tweeledig. Allereerst is het doel om te verkennen en te beschrijven hoe in Rotterdam en Den Haag in de beleidsuitvoering is omgegaan met daklozen tijdens de eerste golf van COVID-19. Het tweede doel is om daaruit best practices te identificeren en lessen te trekken voor samenwerking tussen organisaties in crisistijd en voor een duurzame beleidsverandering op lange termijn. We vertrekken voor deze doelstellingen vanuit een synthese tussen verschillende wetenschappelijke perspectieven, omdat het combineren van kennis, perspectieven en inzichten uit verschillende disciplines kan helpen crisisbeleid in een multisectorale context beter te begrijpen (Mol & Hardon, 2021).

SAMENWERKING TIJDENS CRISIS

Populaties in kaart brengen voor beleid: Population Health Management (PHM)

In de gezondheidswetenschappelijke literatuur wordt Population Health Management in toenemende mate gezien als een manier om de zogenoemde *triple aim* te behalen: (1) het verbeteren van de gezondheid, (2) het verbeteren van de aangeboden zorg en (3) het verminderen van kosten(groei) (Struijs, Drewes, Heijink, & Baan, 2015). PHM is een benadering van de zorg waarin populaties centraal staan. Op basis van kwantitatieve (big) data worden populaties in kaart gebracht en kunnen interventies worden gedaan die aansluiten bij deze populaties. Steenkamer en collega's (2017) beschouwen PHM dan ook als een manier om de volle range van gezondheidsdeterminanten (persoonlijke, sociale, economische en omgevingsfactoren) mee te nemen in de ontwikkeling en uitvoering van beleid en daarmee een brug te slaan tussen zorg, het sociaal domein en andere publieke dienstverlening. PHM vertrekt vanuit het idee dat zorgbehoeften van verschillende groepen in de samenleving niet gelijk zijn en dat zorgvraagstukken zelden alleen komen; ze zijn te relateren aan andere problemen, zoals geldzorgen. Doordat PHM zich niet alleen richt op gezondheidsproblemen maar ook breder kijkt, vormt samenwerking tussen verschillende typen hulporganisaties een fundament van op PHM gebaseerde projecten.

Het organiseren van interorganisationale samenwerking: collaborative governance

Op het vlak van interorganisationale samenwerking is door bestuurskundigen veel geschreven in de internationale literatuur, vooral vanuit een collaborative governance perspectief. Ook vanuit dit perspectief wordt gekeken naar samenwerking in de zorg en het sociaal domein (zie bijvoorbeeld Frankowski, 2019). Veel onderzoek naar collaborative governance maakt gebruik van het werk van Ansell en Gash (2008) en Emerson, Nabatchi, & Stephen (2012). Zij beschrijven verschillende factoren die van invloed zijn op succesvolle samenwerking tussen organisaties.

Allereerst gaat het om de *context* waarin samenwerking plaatsvindt. Bestaande (macht)structuren, de verdeling van (financiële en informatie)bronnen en eerdere samenwerking en conflict tussen organisaties vormen, volgens Ansell en Gash (2008), de belangrijkste startcondities voor samenwerking. Emerson et al. (2012) onderschrijven deze factoren en voegen hieraan toe dat er verschillende *drivers* kunnen zijn om samenwerking op gang te brengen. Hierbij kan het gaan

om financiële of andere incentivestructuren die samenwerking aantrekkelijk maken, maar ook om bepaalde onzekerheid die samenwerking noodzakelijk maakt, zoals een onvoorziene crisissituatie.

De effectiviteit van samenwerking wordt volgens zowel Emerson en collega's (2012) als Ansell en Gash (2008) sterk beïnvloed door de *motivatie* van organisaties om over de grenzen van hun eigen organisatie samen te werken, hun *engagement* in het samenwerkingsverband en de *capaciteit* die voorhanden is om samen op te trekken. De belangrijkste toevoeging vanuit de PHM literatuur is het belang van data en technologie voor het definiëren en identificeren van populaties die kwetsbaar zijn (Serxner, Steven, & Gold, 2006). Door het combineren van sociaaleconomische indicatoren met medisch-epidemiologische data, kan heel gericht inzicht worden verkregen in welke populaties kwetsbaar zijn, met welke instanties deze kwetsbare groepen te maken hebben en op welke manier en met welke interventies deze groepen benaderd kunnen worden. Het is belangrijk om deze populaties te identificeren, omdat ze disproportioneel veel kans hebben op gezondheidsproblemen en voor de maatschappij als geheel voor grote kosten kunnen zorgen, bijvoorbeeld wanneer gezondheidsproblemen te laat gesignaleerd worden. Vanuit collaborative governance perspectief biedt het identificeren van populaties als voordeel dat er goed zicht is op welke organisaties moeten samenwerken om bepaalde groepen goed te kunnen helpen, zowel op medisch als op sociaaleconomisch vlak.

Onderzoeksmethode: Het analyseren van samenwerking onder spanning

Om de beleidsuitvoering rond daklozenopvang tijdens de eerste golf te beschrijven, is er in april 2020 op verschillende manieren data verzameld in Rotterdam en Den Haag. De keuze voor deze twee steden is gemaakt om twee redenen. Allereerst zijn het allebei steden met typische grootstedelijke problematiek waaronder dakloosheid. Met andere woorden: meer dan in kleinere gemeenten (waar daklozenproblematiek overzichtelijker is of niet aanwezig), was het duidelijk dat er in deze gemeenten hoe dan ook beleid gemaakt moest worden om besmetting van en door daklozen te voorkomen. Ten tweede was het, vanwege de tijdsdruk voor het verzamelen van data, noodzakelijk om een beroep te doen op bestaande contacten. In Rotterdam en Den Haag hadden de auteurs goede contacten met en directe ervaring in de zorgpraktijk voor daklozen.

De voornaamste databron bestaat uit vijf interviews met de belangrijkste stakeholders in het daklozenbeleid in Rotterdam en Den Haag. Het begrip stakeholder vatten we hier breed op in de zin van zowel beleidsmakers bij gemeenten als zorg- en welzijnsorganisaties. Het ging om respondenten op strategische en operationele besluitvormingsposities: een wethouder, een huisarts

SAMENWERKEN ALS HET SPANNEND WORDT

en drie ambtenaren op sleutelposities met betrekking tot coördinatie van de crisisrespons. In de interviews kwamen onderwerpen aan de orde als beleidsprioriteiten tijdens de crisis, betrokkenheid van verschillende stakeholders, de vergelijking van het samenwerkingsproces voor en tijdens de crisis, de tevredenheid over het proces en verwachtingen over samenwerking op de korte en lange termijn. Deze data zijn verzameld door twee onderzoekers verbonden aan de LUMC-Campus Den Haag. Alle interviews zijn opgenomen op een voice-recorder en duurden ongeveer drie kwartier. De respondenten gaven toestemming voor het interview en de geluidsopname. Ten tweede zijn er door de derde auteur, die werkzaam was als straatdokter en daarmee zelf in de frontlinie stond, twintig ad hoc (niet opgenomen, informele) gesprekken gevoerd met daklozen in de verschillende opvanglocaties. Tijdens deze gesprekken is vooral gevraagd naar hun evaluatie van de ervaren veranderingen tijdens de crisisrespons. De notities van deze gesprekken zijn gebruikt als aanvulling op de interviews met stakeholders.

Beleidsuitvoering in de daklozenopvang in Rotterdam en Den Haag: reconstructie en duiding

De eerste COVID-19 besmetting in Nederland werd op 27 februari 2020 geregistreerd in Tilburg. Al snel werd dit ook gevolgd door de eerste besmettingen in Rotterdam en Den Haag. Met de komst van het virus in de stad ontstond veel onzekerheid over de transmissiesnelheid en de wijze waarop transmissie plaatsvond en dus over de maatregelen om de verspreiding te verminderen en de volksgezondheid van de bewoners van de stad te beschermen, met name die van kwetsbare groepen. De eerste richtlijnen die vanaf 6 maart werden opgesteld, omvatte de anderhalve meter afstand, thuisisolatie-maatregelen specifiek voor kwetsbare groepen en verschillende hygiëneprotocollen. De definitie van 'kwetsbaar' door de overheid omvatte veel medische aandoeningen waar daklozen mee te maken hebben, zoals COPD, diabetes en verminderde weerstand tegen infecties als gevolg van verslaving (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020). Hierdoor ontstond de behoefte bij verschillende organisaties aan intensievere samenwerking tussen de acute en eerstelijnszorgorganisaties en de lokale welzijns- en ggz-organisaties.

In termen van *engagement* was de eerste respons op de crisis om gebruik te maken van de bestaande crisisstructuur en crisisbeleid om te bepalen welke acties genomen moesten worden. De Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) in Rotterdam en Den Haag zorgen er als eerste voor dat daklozen zich konden houden aan de maatregelen, zoals de anderhalve meter afstand. De acute implicatie daarvan was dat de capaciteit van bestaande daklozenopvangcentra niet volledig gebruikt kon worden en er per opvanglocatie onvoldoende daklozen konden worden opgevangen.

Op basis van bestaande (medische) gegevens van verschillende organisaties werden daklozen geïdentificeerd die het meest risico liepen op het virus. In Den Haag werd de crisisorganisatie georganiseerd samen met de gemeentelijke diensten, de belangrijkste daklozenopvangorganisaties en de GGD. In beide steden werden tijdens dagelijkse overleg de prioriteiten en acties bepaald. In eerste instantie lag de focus op het organiseren van voldoende (extra) opvanglocaties en het creëren van quarantainelocaties. In beide steden werden de meest kwetsbare daklozen onmiddellijk geïsoleerd door eenpersoonskamers ter beschikking te stellen in de reeds beschikbare opvanglocaties.

Om verspreiding binnen de bevolking te voorkomen, werd in Rotterdam het begeleidend personeel getraind in het signaleren van vroege symptomen van COVID-19 en het uitvoeren van dagelijkse temperatuurcontroles. Zo konden degenen die met het virus geïnfecteerd waren naar quarantainelocaties verhuizen en kon via contactonderzoek worden achterhaald welke mensen nog meer besmet waren. Dit vereiste dat organisaties samenwerkten om de logistiek van quarantaine op locatie en 'off-site' goed te organiseren rond verdachte en positieve COVID-19 gevallen. Naast oplossingen binnen het bestaande netwerk van zorg- en welzijnsorganisaties, is op basis van uitwisseling van informatie onder de samenwerkingspartners breder gezocht naar nieuwe opvanglocaties in Rotterdam en Den Haag. Dit resulteerde in het in gebruik nemen van meerdere nieuwe opvangplekken in Rotterdam die voorheen niet met daklozen te maken hadden, zoals dagopvang. Niet-besmette daklozen en daklozen met een lager risicoprofiel werden grotendeels op deze nieuwe locaties ondergebracht. Hier was meer ruimte per persoon dan voorheen (van achttien personen per slaapzaal naar acht) wat door daklozen als zeer prettig werd ervaren.

Wat betreft *motivatie* was er in zowel Rotterdam als Den Haag door COVID-19, met name bij de opvangorganisaties, meer bereidheid om betrokken te zijn bij de besluitvorming en om middelen en personeel met bestaande samenwerkingspartners te delen. De samenwerking met nieuwe partners was lastiger. In Rotterdam waren locaties die voorheen niet betrokken waren bij de zorg voor daklozen in eerste instantie niet bereid om de daklozen op te vangen. De nieuw betrokken organisaties die eigenaar waren van het additionele vastgoed (deels buiten het zorg- en welzijnsdomein) wilden hun eigen personeel (vaak zonder medische ervaring) niet direct ondersteunen en waren afhoudend in het regelen van de administratieve kant om financiële hulp aan te vragen bij lokale diensten. Daarnaast was er een gebrek aan beschikbare beschermende materialen. De samenwerking in de uitvoering kwam uiteindelijk tot stand doordat de gemeente enerzijds druk uitoefende, bijvoorbeeld met de dreiging om gemeentelijke vergunningen in

SAMENWERKEN ALS HET SPANNEND WORDT

te houden, en anderzijds beloften deed rondom aanvullende financiering voor opleiding van personeel en beschermende middelen.

In Den Haag leidde de gemeenschappelijk gevoelde urgentie tot meer gelijkwaardige samenwerking tussen bestaande partners en de lokale overheid. Samen werden creatieve oplossingen ontwikkeld bij het omgaan met de dagelijkse operationele opgaven.

Als het gaat om *capaciteit* was het reeds bestaande straatdokterproject in Rotterdam, waarin acht huisartsen eerstelijnszorg verlenen in daklozenopvangcentra, cruciaal voor het signaleren van vroege symptomen van COVID-19, het geven van medische training aan het personeel en het in quarantaine plaatsen van daklozen in Rotterdam. De straatdokters werkten nauw samen met het Stedelijk Daklozen Team en een groep van GGZ, welzijns- en eerstelijnsprofessionals.

Tijdens de eerste golf intensiveerde het team van straatdokters het online en fysiek contact met stakeholderorganisaties (opvanglocaties, beleidsmakers en zorg- en welzijnsorganisaties) over de te volgen richtlijnen en de vertaling daarvan naar de zorg en andere diensten voor daklozen. Het team deelde cliëntgegevens over besmetting (na toestemming van de cliënt), ontwikkelde actieplannen en stimuleerde implementatie daarvan in het (inmiddels gegroeide) netwerk van stakeholders. Denk hierbij aan het instellen van een acuut oproepbaar medisch daklozenteam bestaande uit huisartsen, die in combinatie met de normale huisartsfunctie, een deel van de functies van de GGD konden overnemen, zoals de triage, het testen en het uitvoeren van het quarantainebeleid. Evenals de verruiming van de locaties werd dit directe contact met de huisarts in plaats van met de GGD, die in de beleving van daklozen op grotere afstand staat, als zeer prettig ervaren.

Het Stedelijk Daklozen Team was al voor COVID-19 ingesteld, maar voegde deze essentiële nieuwe taak (oproepbaarheid en overname van GGD-taken in een team van huisartsen) toe aan hun werkzaamheden. In Den Haag werd de bestaande samenwerkingsstructuur ook gebruikt, maar de operationele organisaties en besluitvormingseenheden waren meer gescheiden, wat de snelheid en nauwkeurigheid van de communicatie negatief beïnvloedde.

Implicaties voor beleid: 'Lessons learned'

Op basis van onze empirische observaties in de twee steden komen we tot een aantal geleerde lessen. Ten eerste laten onze bevindingen zien dat gedecentraliseerde besluitvorming

in multisectorale netwerken, waarbij een mix van bestaande en nieuwe belanghebbenden worden betrokken in voortdurende (vaak face-to-face) afstemming, beleidsmakers en uitvoerders helpt om snel strategische besluiten te nemen en de beleidsuitvoering aan te passen aan een snel veranderende omgeving (Moorkamp, Torenvlied, & Kramer, 2020). Crisissen leiden vaak tot centralisatie van de besluitvorming waarbij alleen de belangrijkste bestuurlijke en politieke actoren betrokken zijn (Boin & 't Hart, 2010). Uit ons casuonderzoek blijkt dat, hoewel beide gemeenten tijdens de crisis een coördinerende rol innamen, structureel overleg met zowel strategische als operationele professionals op lokaal niveau leidde tot snelle besluitvorming en implementatie.

De tweede les betreft het belang van gemeenschappelijke doelen voor samenwerking. Het onderzoek toont aan dat een gevoel van urgentie, dat wil zeggen de gepercipieerde noodzaak om snel actie te ondernemen, helpt om professionele en organisatorische belemmeringen voor samenwerking te overwinnen (vgl. Brandon et al., 2021). Weinig vertrouwen in elkaar en beperkte tijd en ruimte om elkaar te leren kennen, kunnen de samenwerking verstoren (Schot, Tummers, & Noordegraaf, 2019), terwijl duidelijke gemeenschappelijke doelen tijdens de eerste fase van de crisisrespons een bijdrage leverden aan de samenwerking. Samenwerking gericht op het delen van informatie en cliëntgegevens om nieuwe risicogroepen naast de bestaande kwetsbare populatie van daklozen te identificeren, kan los van het directe doel van het verbeteren van de dienstverlening, latent leiden tot het verhogen van het onderlinge vertrouwen in elkaars intenties. Zeker wanneer deze samenwerking inderdaad tot goede resultaten leidt. Het hebben van duidelijke gemeenschappelijke doelen is een belangrijke factor geweest voor succesvolle samenwerking.

Ten slotte heeft een derde les betrekking op het belang van een reeds bestaande structuur van samenwerking. Nieuwe samenwerkingen die zijn ontstaan naar aanleiding van de COVID-19 pandemie zijn niet per se 'here to stay'. Hoewel 'never waste a good crisis' misschien wel het meest populaire motto is onder mensen en organisaties die een crisis aangrijpen om veranderingen door te voeren, laat met name de crisismanagementliteratuur al langere tijd zien dat een crisis niet per definitie leidt tot blijvende grote veranderingen (Boin & 't Hart, 2003). Er bestaat een risico dat nieuw geïnitieerde interprofessionele samenwerkingsverbanden vervagen, zodra de urgentie van de crisis afneemt en organisaties en professionals zich weer richten op organisatorische in plaats van samenwerkingsdoelen. Daarom vergt het continue aandacht en inspanning om een (bestaand) netwerk in stand te houden voor samenwerking wanneer dat nodig is (Bussemaker et al., 2021).

CONCLUSIE EN REFLECTIE

De lessen die in de specifieke empirische context van Rotterdam en Den Haag werden geleerd, zijn niet zomaar een-op-een over te brengen naar andere crisissituaties, gezien de specifieke (grootstedelijke) context. Onze lessen moeten, gezien het beperkte empirische materiaal, ook gezien worden als indicatief. Tegelijkertijd bevestigen zij in grote lijnen wel wat zowel de PHM en collaborative governance literatuur naar voren brengen over beleidsuitvoering in multisectorale netwerken onder (hoog)spanning. De lessen illustreren het potentieel van het combineren van een meer data-gedreven benadering gericht op risicostratificatie (vanuit het Population Health Management perspectief) en een meer management gedreven benadering van samenwerking (vanuit een collaborative governance perspectief), voor effectieve en tijdige hulpverlening in netwerken van organisaties die samenwerken vanuit verschillende domeinen.

Onze observaties ondersteunen het belang van de aanwezigheid van een goed functionerend netwerk voor integratieve zorg al voordat een crisis uitbreekt. De belangrijkste reden hiervoor is dat zo'n bestaand netwerk de eerste grote schokken, bijvoorbeeld in de vraag naar daklozenopvang, kan mitigeren. Daarnaast kan een bestaand netwerk zorgen voor de efficiënte uitwisseling van informatie. En wanneer aanvankelijk de mate van vertrouwen in nieuw opgezette samenwerkingsverbanden laag is, kan een gedeeld gevoel van urgentie daar een tijdelijk substituuut voor zijn, zoals vooral in Rotterdam te zien was.

Daarnaast ondersteunen onze observaties het belang van het gebruik van hoogwaardige cliëntgegevens en methoden van risicostratificatie voor het identificeren en behandelen van goed gedefinieerde populaties, die een verhoogd risico kennen (zie ook Steenkamer, Drewes, Heijink, Baan, & Struijs, 2017). Een goede technische en bestuurlijke architectuur voor het uitwisselen van cliëntgegevens tussen organisaties uit verschillende domeinen in de integratieve zorgverlening is onontbeerlijk om niet alleen bestaande maar ook nieuwe uit de crisis voortvloeiende risicogroepen tijdig en adequaat te kunnen helpen.

De vraag is wel of de geobserveerde 'best practices' die door daklozen als prettig werden ervaren, zullen beklijven op de langere termijn. Zoals uit de crisisliteratuur bekend is (Boin & 't Hart, 2010), vervagen effectieve beleidsinterventies vaak wanneer het gevoel van urgentie verdwijnt bij de samenwerkende organisaties, waardoor men terug valt op oude structuren voor beleidsimplementatie. Daarnaast is het de vraag of de meer gedecentraliseerde besluitvorming die in de gemeenten werd geobserveerd, met veel en intensief persoonlijk contact en een grotere

rol voor de huisarts in plaats van de GGD, kan worden gehandhaafd gezien overwegingen van doelmatigheid.

Het is, samenvattend, niet realistisch te verwachten dat onder genormaliseerde beleidsomstandigheden het intensievere contact en de sterk uitgebreide netwerksamenwerking (in termen van zowel aantallen organisaties als sectoren) op hetzelfde niveau voortgezet zullen worden in de ontstane overleg- en werkpraktijken. Dat is ook niet per se schadelijk, zolang de 'slapende' contacten tussen organisaties die elkaar voor de crisis nog niet konden vinden, wel weer kunnen worden geactiveerd als nieuwe knelpunten in beleid daarom vragen. Het opgebouwde vertrouwen helpt daarbij. De crisis heeft hier voor de kiem gezorgd en nieuwe verbindingen in termen van kennis en middelen tussen personen en organisaties mogelijk gemaakt. Het is aan de multisectorale netwerken zelf om dat netwerkcapitaal niet te verliezen, bijvoorbeeld door nieuwe beleidsinitiatieven te starten die expliciet gebruik maken van ontstane contacten en overlevormen.

Er zijn inmiddels concrete aanwijzingen dat een deel van het netwerkcapitaal behouden blijft. Zo is in Rotterdam het aantal daklozen per slaapzaal teruggegaan naar twaalf en niet naar achttien en is de verwachting (op het moment van schrijven) dat dit zo blijft. Daarbij helpt dat de gemeente Rotterdam al voor de crisis voornemens was het daklozenbeleid anders te gaan organiseren. Deze praktijk van 'ruimere opvang', die door daklozen als positief wordt ervaren, krijgt daardoor meer kans om gecontinueerd te worden. De regie bij het huisartsteam houden is ook nog steeds vigerend beleid in Rotterdam en zal wegens de goede ervaringen waarschijnlijk worden gecontinueerd, hoewel de huisartsen zelf wel pleiten voor het afschalen van de acute taken. Zij zullen naar verwachting evenwel het eerste contactpunt voor de overige GGD-taken blijven.

REFERENTIES

- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>.
- Boin, A., & Hart, P.T. (2003). Public leadership in times of crisis: mission impossible?. *Public Administration Review*, 63(5), 544–553.
- Boin, A., & 't Hart, P. (2010). Organising for effective emergency management: Lessons from research 1. *Australian Journal of Public Administration*, 69(4), 357–371.

SAMENWERKEN ALS HET SPANNEND WORDT

- Brandon, K., Guck, T., Doll, J., McGaha, A., Potthoff, M., DeFreece, T., & White, M. (2021). Creation of a primary care academic collaborative nexus: Enabling and interfering factors. *Journal of Interprofessional Care*, 35(3), 438–443.
- Bussemaker, M., Groeneveld, S.M., Wieringa, S., Schalk, J., van der Pas, S., Schmidt, E., & Sandkuyl, S. (2021). *COVID-crisis of COVID-kans? Adaptief en lerend bestuur in het LUMC en de regio*. Leiden/Den Haag: Universiteit Leiden/LUMC-Campus Den Haag. Geraadpleeg op 1 september 2021, van <https://www.universiteitleiden.nl/binaries/content/assets/governance-and-global-affairs/bsk/eindrapport-covid-19.pdf>.
- Doberstein, C. (2016). *Building a collaborative advantage: Network governance and homelessness policymaking in Canada*. Vancouver: University of British Columbia Press. <https://doi.org/10.1017/S0008423918000458>.
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Stephen, B. (2012). An integrative framework for collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>.
- Frankowski, A. (2019). Collaborative governance as a policy strategy in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7/8), 791–808.
- Mol, A., & Hardon, A. (2021). What COVID-19 may teach us about interdisciplinarity. *BMJ Global Health*, 5(12), 1–4.
- Moorkamp, M., Torenvlied, R., & Kramer, E.H. (2020). Organizational synthesis in transboundary crises: Three principles for managing centralization and coordination in the corona virus crisis response. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 28(2), 169–172.
- Nohrstedt, D., Bynander, F., Parker, C., & 't Hart, P. (2018). Managing crises collaboratively: Prospects and problems—A systematic literature review. *Perspectives on Public Management and Governance*, 1(4), 257–271.
- Nusselder, W., Sloekers, M., Krol, L., Sloekers, C., Looman, C., & Van Beeck, E. (2013). Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS One*, 8(10), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073979>.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2020). *Herstel begint met een huis. Dakloosheid voorkomen en verminderen*. Den Haag: RVS.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2019). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 1–11. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>.
- Serxner, S., Steven, P., & Gold, D. (2006). Best practices for an integrated population health management (PHM) Program. *American Journal of Health Promotion*, 20(5), 1–10. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-20.5.tahp-1>.

- Steenkamer, B.M., Drewes, H.W., Heijink, R., Baan, C.A., & Struijs, J.N. (2017). Defining population health management: A scoping review of the literature. *Population Health Management*, 20(1), 74–85.
- Struijs, J.N., Drewes, H.W., Heijink, R., & Baan, C.A. (2015). How to evaluate population management? Transforming the care continuum alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy*, 119(4), 522–529. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.003>.
- Van Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471.