



# Krachten en kansen

Naar een gelijkwaardige en structurele verbinding tussen  
sociaal en medisch domein

## Colofon

Auteurs: Jasmijn Pronk, Anna Sobczyk-Turek

Eindredactie: Communicatie Movisie

Fotografie: pag. 5 Nicole Moorman, pag. 9 Anne Goossensen, pag. 11 Judith Bosch, pag. 12 Lilly Sovilj, pag. 20 Anne Thijssen, pag. 22 Hogeschool Windesheim, pag. 24 Katinka Feijs (illustratie), pag. 25 Chantal Eelen, pag. 27 Nicole Moorman, pag. 40 Alexandra van den Tillaard

Vormgeving: Suggestie & illusie

Downloaden: [www.werkplaatsensociaaldomein.nl](http://www.werkplaatsensociaaldomein.nl)

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van de bronvermelding: Werkplaatsen Sociaal Domein

© Werkplaatsen Sociaal Domein

Maart 2026

# Inhoudsopgave

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>   | <b>4</b>  |
| <b>2</b> | <b>Onderzoeksverantwoording</b>  | <b>6</b>  |
|          | 2.1. Doelstelling  | 6         |
|          | 2.2. Methode   | 7         |
| <b>3</b> | <b>Krachtenveld van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein</b> | <b>9</b>  |
|          | 3.1. Structuur en organisatie  | 9         |
|          | 3.2. Financiering  | 15        |
|          | 3.3. Verschillende perspectieven en logica's                             | 19        |
|          | 3.4. Relationale en menselijke krachten                                  | 28        |
|          | 3.5. Opleiding, kennisontwikkeling en professionalisering                | 30        |
|          | 3.6. Omgevingskrachten   | 37        |
| <b>4</b> | <b>Reflectie</b>   | <b>42</b> |
|          | 4.1. Van gezondheid naar welzijn   | 42        |
|          | 4.2. Versterken van het sociaal domein                                   | 45        |
|          | 4.3. Randvoorwaarde: financiering  | 47        |
|          | <b>Bijlage</b>   | <b>50</b> |
|          | <b>Bronnen</b>   | <b>52</b> |

# 1

## Inleiding

De samenwerking tussen het sociaal en medisch domein staat de laatste jaren steeds nadrukkelijker op de agenda. De toenemende complexiteit van ondersteuningsvragen van bewoners, groeiende zorgvraag en oplopende personeelstekorten maken duidelijk dat geen enkel domein deze opgaven alleen kan dragen. Tegelijkertijd blijkt in de praktijk dat domeinoverstijgend samenwerken minder vanzelfsprekend is dan gedacht. Professionals en organisaties bewegen in een verkokerd systeem met uiteenlopende logica's en financieringsstromen waar de sturing op domeinoverstijgende samenwerking ontbreekt (Hilhorst & van den Wijngaart 2024). Dit staat haaks op wat inwoners nodig hebben. Hun ondersteuningsvragen raken meerdere levensdomeinen tegelijk – en vragen om samenhang en een aanpak die aansluit bij hun leefwereld.

Elf van de zestien Werkplaatsen Sociaal Domein (WSD) hebben in 2024-2025 binnen het programma 'Versterking samenwerking sociaal domein en medisch domein', gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), een grote verscheidenheid aan projecten uitgevoerd. Deze projecten waren in samenwerking met verschillende partners uitgevoerd (bijvoorbeeld zorg- en/of welzijnsorganisaties, bewonersorganisaties, gemeenten, kennisinstellingen, verzekeraars etc.). Een kleine greep uit deze projecten: onderzoek en leergemeenschap rond de Lang Leven Thuisflats in Amsterdam, onderzoek naar gebruik van sociaal werk(methoden) in transitie naar welzijnsgericht werken in Den Haag, Sociaal arrangeren in Nijmegen. Met projectleiders van elf projecten (van iedere deelnemende WSD één) zijn gesprekken gevoerd om het krachtenveld rondom de samenwerking binnen hun project in beeld te brengen en te kijken tegen welke knelpunten men in deze projecten aanloopt en wat voor oplossingen daarvoor gevonden worden.

Vervolgens hebben dertig gesprekken plaatsgevonden met vertegenwoordigers van uiteenlopende organisaties (vooral landelijk, maar ook van enkele regionaal en lokaal werkende organisaties) om een breder beeld te krijgen van het bredere, project- en WSD-overstijgende krachtenveld. Deze gesprekken leverden het beeld op van gedreven professionals, onderzoekers, bestuurders en adviseurs die unisono zeggen dat samenwerking tussen het sociaal en medisch domein belangrijk is, maar dat het anders moet dan nu meestal het geval is. Tegelijkertijd ervaren betrokkenen dat de institutionele ruimte om deze samenwerking daadwerkelijk vorm te geven beperkt is. Structurele schotten, financieringslogica's, organisatorische verschillen en uiteenlopende perspectieven op en paradigma's rond gezondheid en welzijn blijken hardnekkige belemmeringen. Veel initiatieven zijn afhankelijk van individuele bevoegdheid en blijven steken in pilots, waardoor duurzame verankering uit zicht raakt.

Dit rapport brengt dit krachtenveld systematisch in beeld. Het laat zien welke structurele, culturele, relationele en contextuele factoren samenwerking belemmeren of juist stimuleren. Hiermee biedt het rapport een fundament voor vervolgstappen: het versterken van het sociaal domein als gelijkwaardige partner, het ontwikkelen van gezamenlijke taal en visie, het creëren van betere randvoorwaarden voor samenwerking en het duurzaam financieren van integrale werkwijzen.



*Bijeenkomst van het lerend netwerk over Welzijn op Recept. Werkplaats Sociaal Domein Arnhem en Nijmegen (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen). Project: Lerend netwerk Versterken verbinding sociaal, medisch en zorgdomein.*

# 2

## Onderzoeksverantwoording

### 2.1. Doelstelling

Het onderzoek had tot doel zichtbaar te maken in welk krachtenveld de samenwerking tussen het sociaal domein en het medisch domein tot stand komt. Daarbij is gekozen voor een bottom-up benadering, waarbij de ervaringen van de projecten van Werkplaatsen Sociaal Domein uitgangspunt waren.

Een eerste belangrijk doel was om te achterhalen welke sleutelfiguren en -partijen invloed hebben op de uitvoering én opschaling van de projecten en projectresultaten van de Werkplaatsen Sociaal Domein.

Daarnaast richtte het onderzoek zich op het inzichtelijk maken van de krachten die deze samenwerking stimuleren of juist belemmeren, bekeken vanuit stakeholders op landelijk niveau. Door deze inzichten te bundelen, biedt het onderzoek concrete handvatten voor het versterken van duurzame samenwerking tussen sociaal en medisch domein.

Aan het onderzoek lagen enkele belangrijke inhoudelijke uitgangspunten ten grondslag. We hanteren een brede definitie van het sociaal domein: alle organisaties en professionals die zich richten op ondersteuning, participatie, welzijn en preventie maar ook informele krachten en sleutelfiguren, die zijn onmisbaar onderdeel van de sociale basis en gemeenschappen. Ook het medisch domein is bewust ruim opgevat. Dit omvat niet alleen medische specialisten, maar de gehele zorgketen, zoals huisartsen, verpleegkundigen, wijkverpleging, thuiszorg, fysiotherapeuten en andere (para)medische professionals. Door beide domeinen breed te definiëren, konden we het volledige zorg- en ondersteuningslandschap meenemen in de analyse. Dit maakte het mogelijk om scherp in beeld te krijgen welke actoren op verschillende niveaus invloed hebben op de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

## 2.2. Methode

Een krachtenveldanalyse is een methode waarbij de dynamiek rond een verandering of samenwerkingsvraagstuk systematisch in kaart wordt gebracht. De analyse identificeert:

- **bevorderende krachten** (drivers): factoren die de samenwerking bevorderen of versnellen,
- **remmende krachten** (barrières): factoren die samenwerking belemmeren of vertragen.

Door deze krachten te analyseren, ontstaat inzicht in:

- waar kansen liggen voor versterking;
- waar interventies nodig zijn om barrières te verkleinen;
- welke strategische keuzes het meest kansrijk zijn om de samenwerking duurzaam te verbeteren.

De krachtenveldanalyse van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein is uitgevoerd in twee stappen.

### Stap 1. Krachtenanalyse op project-/ werkplaatsniveau

In de eerste stap is er bij elk van de elf deelnemende Werkplaatsen Sociaal Domein een project geselecteerd dat werd uitgevoerd binnen het programma 'Versterking samenwerking sociaal domein en medisch domein'. Tijdens een workshop hebben de projectleiders de relevante belanghebbenden in kaart gebracht die invloed hebben op de uitvoering en borging van de resultaten van de projecten. Met belanghebbenden bedoelen we individuele stakeholders en organisaties. Voor elke geïdentificeerde stakeholder zijn de belangen, motieven en de mate van invloed in kaart gebracht. Daarnaast zijn ook de belangrijkste barrières in kaart gebracht die de samenwerking in de projecten beïnvloeden en ook van invloed zijn op de doorwerking van de resultaten van de projecten.

### Stap 2. Krachtenanalyse op landelijk niveau

Op basis van de inzichten uit de projecten van de WSD is in de tweede stap een opschaling gemaakt naar het regionale en landelijke niveau. Hierbij is nagegaan welke (typen) stakeholders in meerdere projecten een rol spelen en welke (typen) actoren dus structureel invloed uitoefenen op het bredere krachtenveld. Door deze herhaalde patronen te analyseren, konden stakeholders worden geïdentificeerd die een overstijgende, landelijke positie innemen en daarmee een sleutelrol spelen in de samenwerking tussen sociaal en medisch domein en doorwerking van projectresultaten.

Bij deze stap is gewerkt met de **sneeuwbalmethode**: eerst is een kleine selectie van stakeholders gemaakt op basis van ervaringen uit de projecten van de WSD. Daarna zijn de eerste geïnterviewden gevraagd om personen aan te wijzen die volgens hen belangrijke inzichten hebben in – en/of invloed uitoefenen op – de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

In totaal zijn er **dertig stakeholders** geselecteerd voor diepte-interviews. Deze selectie weer-  
spiegelde de verschillende groepen die als invloedrijk naar voren kwamen uit de eerste stap:

- zorgverzekeraars en zorgkantoren;
- gemeenten;
- branche- en beroepsorganisaties van het sociaal en medisch domein;
- cliënten- en patiëntenorganisaties;
- kennis- en onderzoeksinstituten, academische werkplaatsen;
- opleidingen (hogescholen, Mbo-opleidingen, landelijk opleidingsoverleg);
- uitvoerende zorg- en welzijnsorganisaties;
- regionale ondersteuningorganisaties;
- regionale samenwerkingsorganisaties.

De interviews richtten zich op het verkennen van hun perspectieven, belangen, ervaringen en mogelijkheden rondom de samenwerking tussen sociaal en medisch domein. Met als doel om de belangrijkste krachten te identificeren.

# 3

## Krachtenveld van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein

### 3.1. Structuur en organisatie

De interviews laten zien dat **structurele schotten tussen wetten (Zorgverzekeringswet - Zvw, Wet maatschappelijke ondersteuning - Wmo, Wet langdurige zorg - WLZ)** en de bijbehorende financieringsstromen de grootste barrière vormen voor samenwerking. Deze fragmentatie is niet alleen technisch, maar ook cultureel en institutioneel verankerd. Het huidige stelsel is opgebouwd vanuit afzonderlijke domeinen met eigen logica, regels en verantwoordingsmechanismen. Daardoor moeten professionals werken 'in een malletje', zoals één van de respondenten het verwoordt: ze passen zich aan waar het geld zit, in plaats van waar de behoefte van inwoners ligt.



*In het Compassionate Breda project bouwen zorg, welzijn en andere partijen (vrijwilligers, kerken) in Breda een consortium om samenwerking te realiseren rondom het levenseinde. Bij deze bijeenkomst in St Joost op 6 november 2025 kwamen 40 deelnemers van veel partijen uit de stad bij elkaar. Werkplaats Sociaal Domein Noord-Brabant (Avans Hogeschool). Project: Compassionate Breda.*

De scheiding tussen domeinen is historisch gegroeid vanuit verschillende beleidsdoelen: curatieve zorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Elk domein kreeg zijn eigen *governance* en bekostiging. Gemeenten kregen met de decentralisaties meer verantwoordelijkheid, hierdoor ontstond ook meer variatie in beleid en uitvoering. Dit heeft geleid tot **grote regionale verschillen** en een gebrek aan uniformiteit. Verschillende respondenten zijn kritisch op de effecten. Een van de geïnterviewden noemt dit een mislukte poging om zorg dichterbij de burger te organiseren: 'Door decentralisatie ontstaan er grote regionale verschillen in beleid, uitvoering en ondersteuning. Dat leidt tot inefficiëntie en ongelijkheid.'

Elk domein kent eigen bekostigingssystemen, indicatieregels en verantwoordingsstructuren. Deze opdeling heeft geleid tot een systeem waarin **afwentelgedrag** en **wrong pocket-problematiek** normaal zijn: veel genoemd is dat gemeenten niet investeren in preventie omdat de baten bij zorgverzekeraars vallen, en omgekeerd.

Daarnaast speelt **stroomdominantie**: het zorgdomein is financieel en organisatorisch veel groter dan het sociaal domein. Met een budget van ruim 110 miljard euro voor de zorg tegenover totale Wmo uitgaven van ongeveer 4 miljard euro (= Wmo exclusief hulp bij huishouden), bepaalt de zorg vaak de politieke en beleidsmatige agenda.

Hier is sprake van een **structurele ongelijkheid**. Door meerdere geïnterviewden wordt dit gezien als een onhoudbare situatie of zelfs een 'stelsel dat op sterven na dood is', omdat zorg onbetaalbaar en onbemensbaar wordt door vergrijzing en personeelstekorten.

Dit probleem wordt breed erkend, maar mogelijke oplossingen worden in verschillende hoeken gezocht. Zo hebben we voorstanders van een fundamentele stelselwijziging gesproken, die pleiten voor één wet voor het sociaal domein met een vereenvoudiging van regels en bekostiging, minder indicaties en meer vertrouwen. Anderen geven aan dat dat misschien wel wenselijk zou zijn, maar weinig realistisch. Zij pleiten voor harde businesscases, landelijke kaders en een sociaal domein dat zelfverzekerd zijn rol pakt. Ook zien zij meer in 'gezamenlijke potjes' om beweging te creëren binnen het bestaande stelsel.

Tegelijkertijd waarschuwen meerdere respondenten voor te veel landelijke sturing: te veel landelijke regie smoort lokale innovatie. Het is een spanningsveld dat vaker benoemd wordt: hoeveel regie is nodig, op welk niveau en hoe verhoudt dat zich tot lokale autonomie en experimenteerimte?

Gemeenten hebben beleidsvrijheid in het sociaal domein op lokaal niveau, terwijl zorgverzekeraars en zorgkantoren regionaal en landelijk opereren. Deze asymmetrie leidt tot **verschillende in tempo en werkwijze**: gemeenten werken politiek gestuurd met publieke middelen en bijbehorende verantwoording. Zorgverzekeraars beschikken over premiegelden en kunnen daardoor sneller en meer bedrijfsmatig schakelen binnen hun wettelijke kaders.

Daarnaast ontbreekt vaak een **doorzettingsmacht**. Respondenten signaleren dat in samen-

werkingsverbanden niemand echt kan ingrijpen als partijen niet leveren. Dit leidt tot frustratie en stilstand, vooral bij complexe casuïstiek.

Waar het gaat om sturing, zien we stakeholders die overwegend voorstander zijn van landelijke regie met duidelijke kaders, basisfunctionaliteiten (AZWA: ketenaanpak doorontwikkelen tot basisfunctionaliteit) en prestatieafspraken om versnippering tegen te gaan. Daarnaast staan de voorstanders van lokale autonomie, waar de kracht van lokale netwerken zichtbaar kan worden. Hierbij wordt ook benoemd dat sturing niet alleen technisch is, maar ook cultureel, met gezamenlijke waarden als basis voor governance.

De regio wordt door verschillende respondenten aangedragen als niveau waar samenwerking gestalte moet krijgen. Geïnterviewden schetsen een twee-laags governance-model met op landelijk niveau kaders en randvoorwaarden, zoals basisfunctionaliteiten, prestatieafspraken en transformatiegelden en op regionaal niveau doorzettingsmacht via platforms waarin gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgorganisaties en sociaal werk gelijkwaardig deelnemen. Op lokaal niveau moet vervolgens ruimte zijn voor maatwerk en co-creatie met inwoners.



*Tijdens de regionale conferentie op 20 november 2025 trad zangeres Silke Veld op, een singer-songwriter uit Enschede. Door verschillende aandoeningen is Silke in het dagelijks leven afhankelijk van zorg, en ondersteuning door zowel professionals uit het medische zorgdomein als het welzijnsdomein. Werkplaats Sociaal Domein Twente (Hogeschool Saxion). Project: Conferentie 'Verbinden, versterken en veranderen: samen naar een toekomstbestendig Sociaal Domein'.*

Samenwerken kost tijd en vraagt continuïteit. Het huidige stelsel is gebaseerd op concurrentie tussen aanbieders, met aanbestedingen in het sociaal domein en contractering in de zorg. Dit is bedoeld om efficiëntie, kwaliteit en keuzevrijheid te bevorderen maar in de praktijk werkt deze **marktwerking contraproductief** voor samenwerking en voor de kwaliteit en kosten van de zorg. Het leidt tot fragmentatie en korte-termijn prikkels. Geïnterviewden zien aanbieders die concurreren om contracten en hun eigen domein beschermen. Ze zien gemeenten die regelmatig van aanbieder(s) wisselen door aanbestedingscycli. Daardoor verdamppt opgebouwde samenwerking en richten zorgorganisaties zich op productie in plaats van op preventie en samenwerking. Daarnaast is er een **focus op korte termijn**: veel initiatieven draaien op tijdelijke subsidies en transformatiegelden. Zodra deze eindigen, valt men terug in oude patronen. Meerdere geïnterviewden signaleren dat professionals “projectmoe” zijn. Eén van hen verzucht: ‘We hebben een projectencarrousel waarin iedereen het drukker krijgt, maar het systeem verandert niet.’



*Tijdens het landelijk symposium van de AWSD op 13 november 2025 maakten deelnemers kennis met de Begeleidingstool 'Slootje springen'. Deze tool is ontwikkeld in het kader van het project Samenwerking Medisch Sociaal. Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid (Hogeschool Rotterdam en Hogeschool Inholland). Project: Samenwerking Medisch Sociaal.*

## □ Mogelijke oplossingen en goede voorbeelden

De interviews maken duidelijk dat **transitiemanagement** een cruciale factor is in het realiseren van samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Het gaat niet alleen om het aanpassen van structuren, maar om een fundamentele cultuurverandering en het ontwikkelen van lerend vermogen. Geïnterviewden benadrukken dat de huidige aanpak vaak blijft steken in projecten en pilots, zonder structurele borging. Het huidige stelsel is complex en sterk gefragmenteerd. Elke domeinpartij werkt vanuit eigen regels, financieringslogica en verantwoordingsmechanismen, waardoor transitie traag verlopen. Zoals eerder gezegd: gemeenten en zorgverzekeraars hebben verschillende prikkels en tempo's, waardoor gezamenlijke verandering moeilijk van de grond komt.

Een goed voorbeeld van een samenwerking die wel kan werken dat door één van de respondenten werd aangehaald is Amsterdam Vitaal & Gezond. Dit is een samenwerking van gemeente Amsterdam, Zilveren Kruis, Cliëntenbelang Amsterdam, Siga en Elaa. Hun doel is gezondheidsverschillen tussen de inwoners van Amsterdam te verkleinen, vooral voor mensen met een kwetsbare sociaaleconomische positie of beperkingen. In acht coalities wordt samengewerkt aan vier thema's en gericht op vier doelgroepen.

Een aantal stakeholders is zeer uitgesproken voorstander van **harde businesscases**. Zij stellen dat structurele verandering alleen mogelijk is als de financiële impact aantoonbaar is.

Daarnaast zien we geïnterviewden die het vergroten van het **lerend vermogen en vertrouwen** benadrukken. Zij waarschuwen juist dat maatschappelijke kosten-batenanalyses en druk door Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) innovatie blokkeren en pleiten voor ruimte om te experimenteren. Zij benadrukken dat transitie niet alleen een technische operatie is, maar een sociaal proces waarin cultuur, taal en samenwerking centraal staan. Werkplaatsen Sociaal Domein kunnen hierin een sleutelrol vervullen door bijvoorbeeld leernetwerken en casuïstiektafels te organiseren. We zien ook dat Werkplaatsen Sociaal Domein juist gevraagd worden om een bijdrage te leveren aan onderbouwing en businesscases.

Korte samenvatting belemmerende en bevorderende krachten bij structuur en organisatie:

| Belemmerende krachten   | Bevorderende krachten   |
|---|---|
| Verschillende snelheden en logica's tussen gemeenten en zorgverzekeraars.   | Vliegende Brigade (VNG) helpt transformatieplannen vlot trekken en patronen signaleren.   |
| Geen doorzettingsmacht: Regionale samenwerkingsverbanden missen een mechanisme om knopen door te hakken. Dit leidt tot stilstand bij complexe casuïstiek. | Landelijke kaders (basisfunctionaliteiten, prestatieafspraken) gecombineerd met regionale platforms met doorzettingsmacht.  |
| Aanbestedingscycli, verlies van continuïteit. Partijen beschermen hun eigen positie en budget, waardoor gezamenlijke besluiten moeilijk zijn.             | Wijkallianties met doorzettingsmacht (zoals in Utrecht).<br>Relationele contracten en meerjarige afspraken.<br>Selectieve contractering, evt. met samenwerkings-KPI's.<br>Lumpsum-contracten, stimuleren van preventie (Zilveren Kruis).<br>Coöperatieve modellen voor wijkdoelen, zoals hybride of gezamenlijke wijkbudgetten. |
| Grote verschillen tussen gemeenten maken landelijke opschaling lastig. Gebrek aan opschalingsstrategie.   |   |
| Projectencarrousel en tijdelijke subsidies. Veel pilots zonder structurele borging → professionals projectmoe.  | Gezamenlijke leeragenda's, lerende netwerken (Werkplaatsen Sociaal Domein). Borging vanaf start van pilots.   |
| Zorgdomein (financieel) dominant, dominantie van zorglogica. Ongelijke toegang tot transformatiegelden.   | Gelijkwaardigheid normeren in governance, sociaal domein stevig aan de juiste tafels (zoals landelijk SWN bij IZA).   |
| Status- en hiërarchieverschillen tussen domeinen en binnen domeinen.  | Boundary spanners/grenswerkers met mandaat. Tijd en middelen voor professionals.  |
| Sociaal domein ondergewaardeerd en versnipperd.   | Landelijke prestatieafspraken voor preventie.   |

## 3.2. Financiering

In vrijwel alle gesprekken komt naar voren dat financiering hét knelpunt is voor duurzame samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Omdat financieringsstromen gescheiden zijn voor beide domeinen is **structureel financieren** van initiatieven op het snijvlak van beide domeinen vaak lastig. Het sociale domein wordt gefinancierd door gemeenten op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en Participatiewet en daarnaast financieren gemeenten voorzieningen in de sociale basis vanuit het Gemeentefonds, specifieke uitkeringen van het Rijk (SPUKs), vanuit eigen middelen (bijvoorbeeld lokale belastingen), en vanuit aanvullende subsidies en projectmiddelen, zoals via het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het medische domein wordt bekostigd via de Wet langdurige zorg (Wlz) en door zorgverzekeraars via de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Deze gescheiden geldstromen leiden tot afschuifgedrag: iedere partij probeert kosten bij de ander neer te leggen. Het beruchte wrong pocket-probleem speelt voortdurend: investeringen in preventie of sociale ondersteuning leveren baten op in het zorgdomein, terwijl de kosten bij gemeenten liggen. Daardoor is de prikkel om samen te werken beperkt.

Daarnaast is de **financiering van initiatieven waarin wordt samengewerkt vaak tijdelijk**. Veel initiatieven draaien op projectsubsidies of transformatiegelden, waardoor ze na afloop van 'het potje' verdwijnen. Respondenten spreken van 'pilotmoehheid'. Voor de meeste initiatieven waarin samengewerkt wordt tussen zorg- en sociaal professionals geldt dat **het borgen van continuïteit zeer moeizaam** te realiseren is.

Beëindiging van een financiering betekent overigens lang niet altijd het eind van een initiatief: vaak worden initiatieven voortgezet met (weer andere) tijdelijke middelen. Ook zien we voorbeelden waar bij de start van een project wordt vastgelegd dat succesvolle initiatieven structureel gefinancierd worden. Een voorbeeld dat door één van de respondenten genoemd werd is een Pilot van CZ en de Gemeente Eindhoven, waarin gewerkt wordt vanuit een levensplan van gezinnen met levenslange, levensbrede afhankelijkheid. De intentie bij de start is niet te stoppen na de pilot, maar door te zetten naar structurele financiering.

Ook ontbreekt structurele bekostiging voor samenwerkingstijd. Hier zit een ongelijkheid tussen verschillende groepen professionals. Zo moeten professionals zoals paramedici overleg en afstemming 'erbij' doen, zonder vergoeding. Voor andere professionals is de samenwerking onderdeel van hun werk of opdracht. En er zijn ook professionals die wel samen zouden willen werken, maar daar geen tijd voor hebben of samenwerking geen prioriteit kunnen geven. Dit maakt samenwerking kwetsbaar en afhankelijk van persoonlijke inzet.

Er is brede consensus dat succesvolle initiatieven niet mogen blijven hangen in pilots. Borging en opschaling moeten vanaf de start worden geregeld, met afspraken over doorfinanciering en structurele inbedding. **Continuïteit en opschaling** blijken in de praktijk lastig te realiseren.

Zodra een project succesvol is, komen er prestatie-eisen en verantwoordingskaders die de flexibiliteit wegnemen die het project juist succesvol maakte. Dit pendule-effect – vrijheid in pilots, strakke kaders bij opschaling – frustreert duurzame verankering. Tot slot is er **grote regionale variatie**: grote steden hebben capaciteit om afspraken te maken met zorgverzekeraars, terwijl kleine gemeenten vaak niet verder komen dan incidentele samenwerking.

Eerder benoemd is de feitelijke financiële dominantie van het zorgdomein. Verschillende respondenten hekelen de marktlogica die hieronder ligt en pleiten voor redeneren vanuit maatschappelijke logica. Zoals één van de respondenten zegt: 'Altijd begint het vanuit zorgkosten.' Het zorgdomein is financieel en organisatorisch veel sterker geïmplementeerd dan het sociaal domein. Dit schept ongelijkwaardigheid en belemmert samenwerking. Respondenten benadrukken dat een gemeenschappelijke taal – zoals Positieve Gezondheid – en wederzijds begrip cruciaal zijn om deze kloof te dichten. Daarnaast pleiten verschillende respondenten voor een steviger positie van het sociaal domein en deelname aan de relevante beleidstafels, zowel landelijk als regionaal en lokaal. Dat is (nog) geen vanzelfsprekendheid. Sinds dit jaar is Sociaal Werk Nederland partner van de IZA en in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) krijgt het sociaal domein een steviger positie als samenwerkingspartner. Feit blijft dat er een ongelijkheid is in omvang en de verhouding daardoor nooit volledig gelijk zal zijn. Een betere positie is wel nodig.

Financieringsstromen vanuit het sociaal en het medisch domein zijn strikt gescheiden. Waar het wel lukt om domeinoverstijgend te financieren wordt gebruik gemaakt van tijdelijke middelen (subsidies, transformatiegelden), door samen te werken met gesloten beurzen, door financiering uit eigen middelen van organisaties of door zorg en ondersteuning 'op te knippen' en delen te laten financieren door zorgverzekeraar dan wel gemeente. Er bestaan dus wel mogelijkheden voor domeinoverstijgende financiering in het huidige systeem, maar dat is nergens de standaard. Je moet bewust en gericht de wegen van de uitzonderingen zien te bewandelen en die zijn lang niet altijd bekend onder verzekeraars, gemeenten en zorg- en welzijnsaanbieders. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorginstituut Nederland en Vilans bieden ondersteuning en handreikingen om de mogelijkheden te vergroten.

## □ **Mogelijke oplossingen en goede voorbeelden**

Er is brede consensus dat financiering de grootste barrière vormt. Ondanks deze over-eenstemming bestaan er scherpe tegenstellingen. Een eerste spanning betreft de **bewijsdruk**. Beleidsmakers benadrukken dat harde businesscases nodig zijn voordat structurele financiering mogelijk is. Anderen waarschuwen dat alles 'hard' willen maken onhaalbaar en biasgevoelig is. Volgens hen moet je niet wachten op perfecte cijfers, maar sturing en financiering anders organiseren. Verschillende gesprekspartners gaven aan dat werkzame elementen van aanpakken die zichtbaar worden gemaakt in onderzoeken, als kader kunnen dienen op landelijk niveau. Dan hoeft niet elk initiatief een eigen businesscase te laten maken.

Een tweede tegenstelling gaat over **domeinoverstijgende financiering**. Veel respondenten zien gezamenlijke potten als dé oplossing. Waarbij wel kritisch gekeken moet worden naar de probleemanalyse: zonder goede probleemanalyse blijft geld verkeerd besteed worden. Een goed voorbeeld van domeinoverstijgende financiering met 'gezamenlijke potten' is het Maasvallei-model: hier worden Wmo- en zorgbudgetten samengevoegd en wordt in gezamenlijkheid besloten over ondersteuning van ouderen. Op deze manier wordt het makkelijker om sociale interventies te financieren vanuit zorggeld. Zie: [Over ons - MooiMaasvallei](#). Er zijn meer zorgverzekeraars die met innovatieve contractvormen werken waardoor een verschuiving en meer samenwerking logischer worden. Zoals het lumpsumcontract voor ouderenzorg van Zilveren Kruis Zorgkantoor en Zorgverzekeraar in 't Gooi. Aanbieders moeten binnen een vast budget werken, waardoor ze investeren in preventie en samenwerking met het sociaal domein.

Meerdere respondenten pleiten voor generalistisch werken en relationele oplossingen, waarbij bekostiging volgt op inhoud en niet andersom.

Ook over opschaling lopen de meningen uiteen. Sommigen pleiten voor landelijke regie en uniforme basisfunctionaliteiten, terwijl anderen waarschuwen dat opschaling lokale dynamiek niet mag platslaan. 'Elke wijk is anders,' klinkt het herhaaldelijk.

Waar de meeste respondenten elkaar in kunnen vinden, is dat samenwerking vraagt om **platforms met mandaat** om knelpunten op te lossen, middelen te verdelen en afspraken af te dwingen. Zonder doorzettingsmacht blijven goede ideeën vrijblijvend en versnipperd. Er wordt gepleit voor meer **regionale sturing en escalatieroutes**. Regionale tafels en akkoorden zoals IZA en AZWA bieden een kader voor gezamenlijke afspraken, gezamenlijke budgetten en domeinoverstijgende inkoop.

Vanuit het sociaal domein wordt met mensen gewerkt aan de vier pijlers van sociale kwaliteit: sociaaleconomische zekerheid, sociale cohesie, sociale inclusie en sociale empowerment. Als die pijlers sterk zijn, zijn mensen beter in staat tot samenredzaamheid en ontwikkelen ze ook individueel minder (gezondheids)problemen. En daar waar medische klachten eigenlijk veroorzaakt worden door sociale omstandigheden, is het belangrijk dat tussen medisch en sociaal domein wordt samengewerkt. Juist deze factoren bepalen in hoge mate de gezondheid en het welzijn van mensen.

Respondenten zien dat de houdbaarheid van zorg niet alleen afhangt van professionals maar ook van sterke gemeenschappen en (rechtvaardige) preventie. Initiatieven zoals zorgzame buurten, dorpsondersteuners en leefcirkels laten zien dat informele netwerken en sterke gemeenschappen een sleutelrol kunnen spelen. Deze beweging vraagt om structurele ondersteuning en financiering. Dat vraagt om een andere kijk, om het **centraal stellen van bewoners en sociale basis**. De sociale basis is het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) van mensen, aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen. Zij maken het mogelijk dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op

een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert (definitie uit Gezond en Actief Leven Akkoord 2023). Het belang van versterken van publieke voorzieningen, ontmoetingsplekken en gemeenschappen wordt steeds meer gezien, maar respondenten zijn het erover eens dat hierin onvoldoende wordt geïnvesteerd. Sterke voorbeelden van (bewoners)initiatieven en concepten als *reablement* zijn daarom belangrijk en kunnen bij succes uitgerold worden naar of als voorbeeld dienen voor andere regio's. Landelijk zien we dat een initiatief als Voorzorgcirkels steeds meer navolging krijgt: groepen van tien tot vijftien bewoners die elkaar (preventief) ondersteunen, zoals in Almere (zie: [Digitale publicaties | Movisie | Voorzorgcirkels Almere Muziekwijk](#)). Ook in de beweging Van Zorg naar Gewoon Leven, een samenwerking van vijf ouderenzorgorganisaties en Zorgkantoor Zilveren Kruis, wil men laten zien dat het anders moet en anders kan door meer in te zetten op zorgen voor en met elkaar. Daarbij is het gewone leven leidend. [Home - vanzorgnaargewoonleven](#)

Korte samenvatting belemmerende en bevorderende krachten bij financiering:

| Belemmerende krachten   | Bevorderende krachten   |
|---|---|
| Verkokerde bekostiging, wrong pocket.   | Regionale tafels en akkoorden zoals IZA en AZWA bieden een kader voor gezamenlijke afspraken, gezamenlijke budgetten en domeinoverstijgende inkoop. Innovatieve contractvormen, zoals lumpsum en populatiebekostiging, verschuiven prikkels richting preventie en samenwerking.   |
| Tijdelijke financiering.  | Structurele afspraken over borging bij succes. Bij de start van een project wordt vastgelegd dat succesvolle initiatieven structureel gefinancierd worden.  |
| Marktwerking en aanbestedingen versterken concurrentie. Partijen beschermen eigen organisatie en budget. Werkt samenwerking en continuïteit tegen.                | Platforms met doorzettingsmacht en escalatieroutes kunnen knelpunten oplossen en borging regelen.   |
| Zorgdomein domineert, sociaal domein is versnipperd en 'kwetsbaar'. De kracht van preventie in het sociaal domein (volgens een welzijnslogica) wordt niet gezien. | Regionale transformatiegelden en gezamenlijke potjes. Regio's reserveren geld voor samenwerking en preventie, los van sectoraal denken. Voorbeeld: IZA- en AZWA-tafels – afspraken over basisfunctionaliteiten (zoals Welzijn op Recept, valpreventie) en gezamenlijke financiering vanuit zorgverzekeraars en gemeenten. |

| Belemmerende krachten   | Bevorderende krachten  |
|---|--|
| Belang van versterken van gemeenschappen wordt gezien, maar wordt onvoldoende geïnvesteerd. | Sterke voorbeelden van bewonersinitiatieven en concepten als reablement en ‘van zorg naar gewoon leven’, die laten zien dat eigen regie en sociale netwerken de druk op professionele zorg kunnen verlichten. Versterken van en investeren in bewonersinitiatieven, sociale basis en sociaal werk. |
| Gebrek aan structurele bekostiging voor samenwerkingstijd.                                  | Nieuwe betaaltitels voor samenwerkingstijd: NZa ontwikkelt prestatiecodes voor overleg en samenwerking, zodat tijd van paramedici en welzijnsprofessionals vergoed wordt.  |

### 3.3 Verschillende perspectieven en logica's

De samenwerking tussen het medisch en sociaal domein wordt in belangrijke mate beïnvloed door cultuur, taal, werkwijze en onderliggende waarden van beide domeinen. Een terugkerend obstakel in samenwerking tussen sociaal en medisch domein zijn **verschillen in mensbeeld**. Het medisch domein vertrekt vanuit de diagnose, risico's en behandeling van een individuele patiënt, terwijl het sociaal domein de mens ziet in zijn relaties met de omgeving en samenleving. Daarnaast spelen **cultuurverschillen** een rol: het medisch domein is vaak formeler en afstandelijker terwijl het sociaal domein doorgaans informeler en meer relationeel is.

Verder zien we ook **het ontbreken van een gemeenschappelijke taal**: sociaal en medisch domein hebben elk hun eigen taal en terminologie en die verschillen aanzienlijk. Dit leidt tot misverstanden en belemmert communicatie op verschillende niveaus van samenwerking. Zo wordt bijvoorbeeld ‘informele zorg’ in het medisch domein vaak verstaan als ‘alles wat niet zorg is, ook welzijnswerk’. Terwijl informele zorg in het sociaal domein juist verwijst naar zorg die wordt verleend door mensen die dit niet beroepsmatig doen, zoals mantelzorgers. Wat de situatie nog ingewikkelder maakt, is dat er niet alleen een **kloof bestaat** tussen de taal en cultuur van het sociaal en medisch domein, maar ook **tussen de belevingswereld van burgers en beide domeinen**. Respondenten noemen dit een van de diepst liggende oorzaken van de huidige problemen. Het leidt ertoe dat dezelfde inwoner door verschillende professionals anders wordt gezien – als patiënt met een behandelvraag of als inwoner met een sociale opgave – waardoor integrale oplossingen vaak uit zicht raken (zie ook hoofdstuk 3.8).

Verder zien we ook dat **onbekendheid over het andere domein en met elkaars expertise** een belangrijke onderliggende factor is. Dit komt voor op verschillende niveaus van samenwerking: strategisch, tactisch en uitvoerend. Zoals veel van de geïnterviewden aangeven: vooral aan de 'zorgkant' weet men niet goed wat sociaal werk precies doet en hoe het sociaal werk in de concrete situatie of in een bepaalde gemeente georganiseerd is. Dit komt in grote mate door de versnippering van het sociaal domein en de enorme fragmentatie van het beroep van sociaal werker (zie Beroepshuis van de sociaal werker van BPSW).

De volgende factor die samenwerking belemmert, zijn de uiteenlopende werkwijzen van beide domeinen. In de zorg wordt veelal protocolgestuurd, systematisch en individueel gewerkt, terwijl sociaal werkers meer contextueel opereren, met nadruk op relationele nabijheid en maatwerk. Deze verschillen komen ook tot uiting in de manier waarop wordt beoordeeld of een interventie geschikt is voor bredere opschaling. In het medisch domein geldt *evidence-based* werken met een sterke focus op kosteneffectiviteitsonderzoek waardoor de bewijsvoering stevig is. Terwijl deze bewijslogica in het sociaal domein minder goed toepasbaar is en generieke uitspraken lastiger te onderbouwen zijn (zie ook hoofdstuk 3.6).



*In het project werken GGZ, POH-professionals, jongerenwerk en jongeren samen. Bij de lokale leergemeenschap De Brug brengen deelnemers perspectieven uit zorg, welzijn en onderwijs samen om de laagdrempelige mentale ondersteuning van jongeren in Almere te versterken. Deelnemers wisselen werkwijzen uit, verdiepen de samenwerking en reflecteren op barrières en wat werkt, om samen tot oplossingen te komen. Werkplaats Sociaal Domein Flevoland (Hogeschool Windesheim). Project: Samenwerken voor betere ondersteuning rondom het mentaal welbevinden van jongeren.*

Uit de interviews komen ook **uiteenlopende belangen en motivatie** voor de samenwerking naar voren. Binnen het medisch domein wordt samenwerking met het sociaal domein vooral gezien als een manier om de toenemende zorgvraag op te vangen, personeelstekorten het hoofd te bieden, zorgprofessionals te ontlasten en de stijgende zorgkosten te dempen. Samenwerking met het sociaal domein wordt daarom vooral gezien als een **strategie om zorggebruik te verminderen**: door het inzetten van preventieve interventies en ‘meer investeren aan de voorkant’ kunnen de klachten van patiënten afnemen of voorkomen worden. In het sociaal domein is de motivatie wezenlijk anders. Hier staat niet het ontlasten van de zorg centraal, maar de **sociale kwaliteit van het dagelijks leven van inwoners**. Professionals houden zich bezig met vragen als: hoe kunnen we mensen helpen betekenisvol te leven? Hoe versterken we sociale netwerken? Hoe creëren we samenlevingen waarin mensen elkaar helpen? Tegelijkertijd laten de interviews zien dat de dominante visie – versterkt door het ministerie van VWS en landelijke akkoorden zoals IZA en AZWA – primair vanuit het oogpunt van zorg wordt geformuleerd. Hierdoor is de sociale logica minder zichtbaar in besluitvorming en worden keuzes vanuit één domein bepaald. Juist daarom is het expliciteren van beide rationaliteiten een voorwaarde om werkelijk gezamenlijke afwegingen te maken.

Als gevolg leiden taal- en cultuurverschillen, onbekendheid van elkaars expertise en structurele ongelijkheden tot **onbegrip, wantrouwen en ongelijkwaardigheid in samenwerking tussen beide domeinen**. Dit uit zich onder meer in vooroordelen: het sociaal domein wordt soms weggezet als ‘koffiedrinken en een praatje maken’. Dat doet geen recht aan wat sociaal werkers werkelijk doen in de praktijk waar ze werken met zware en complexe problematiek, zoals in de maatschappelijke opvang, jeugdpsychiatrie of beschermd wonen. Anderzijds ervaren sociaal werkers het medisch domein als te sterk gestoeld op protocollen en gestandaardiseerde interventies, waardoor de complexiteit van sociale processen en contexten onvoldoende wordt gezien.

Een kanttekening werd hierbij ook gemaakt: het eerdergenoemde Beroepshuis van de sociaal werker laat zien dat er verschillende beroepsvarianten zijn die in werkvelden in de zorg en medische contexten werken. De Beroepsvereniging van Professionals in het Sociaal Werk (BPSW) wijst er dan ook op dat er geen sprake is van een absolute tegenstelling en dat in de praktijk (bijvoorbeeld in ziekenhuizen, verpleeghuizen, ggz) beide domeinen in de samenwerking vaak al verweven zijn. Stelselproblemen maken de samenwerking echter complex.

## **□ Mogelijke oplossingen en goede voorbeelden**

Alhoewel de gesprekspartners veel voorbeelden noemden van hoe deze belemmeringen tot uiting komen en de processen bemoeilijken, zien ze toch bepaalde krachten/factoren die doorbreking kunnen helpen realiseren.

Diverse geïnterviewden zien dat vooral ontmoeten rondom **visievorming en het delen van een gemeenschappelijke visie** helpt om een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen en

verschillen te overbruggen. Betrokkenheid bij deze processen helpt om elkaars wereldbeeld beter te begrijpen en elkaars professionaliteit te leren kennen en op basis daarvan een gezamenlijke visie te ontwikkelen: *waar willen we naartoe?* Sommige respondenten zien dat het wel in de praktijk gebeurt bij de IZA-tafels en lokale leernetwerken en in samenwerkingsverbanden tussen zorg- en welzijnsorganisaties als bijvoorbeeld Nijmegen op één lijn (NOEL). Ook in de projecten van de Werkplaatsen Sociaal Domein zien we hoe het ontwikkelen van gedeelde visie helpt om bruggen te bouwen tussen de gescheiden werelden van sociaal en medisch domein en elkaar beter te begrijpen. In het project *Digitale inclusie (Uitnodiging Toekomstcafé – Samen verder met digitale transformatie in Flevoland - Werkplaats Sociaal Domein Flevoland)* heeft Werkplaats Sociaal Domein Flevoland samen met een breed netwerk van partners een gezamenlijke visie ontwikkeld op digitalisering in zorg en welzijn voor de regio Flevoland. Diverse partijen waren hierbij betrokken: zorg- en welzijnsorganisaties, cliënten- en patiëntenverenigingen, bibliotheek Almere, Flever/OCO Almere, Senior Live, individuele burgers, et cetera. Het visiedocument beschrijft ook vijf dilemma's rond digitalisering die in het proces naar voren kwamen. Deze worden meegenomen in het vervolgtraject waarvan in gezamenlijkheid wordt gewerkt.



*Op 25 juni 2025 kwamen de deelnemers van het Toekomstcafé Almere samen met professionals, beleidsmakers en ervaringsdeskundigen. Tijdens de bijeenkomst werden urgente dilemma's rond digitalisering in zorg en welzijn besproken. Daarnaast werkten deelnemers samen aan oplossingsrichtingen die mensgericht, realistisch en uitvoerbaar zijn. Werkplaats Sociaal Domein Flevoland (Hogeschool Windesheim). Project: Toekomstcafé Digitalisering zorg en welzijn.*

Het proces van gezamenlijke visieontwikkeling moet nog verder versterkt worden. Het helpt om vanuit het perspectief van inwoners te redeneren, want dat is het perspectief dat de inspanningen van sociaal en zorg op één lijn kan brengen. Uit de gesprekken blijkt echter dat er uiteenlopende opvattingen bestaan over wat een gedeelde visie precies zou moeten inhouden. Sommige gemeenten en organisaties kiezen ervoor om te werken met het model van **Positieve Gezondheid**, dat helpt om een overkoepelend kader te bieden waarin het sociaal en medisch domein worden verbonden en het perspectief van de bewoner centraal staat. Ze investeren in het trainen van professionals uit verschillende organisaties, zodat zij een gemeenschappelijke taal ontwikkelen en beter elkaars perspectieven begrijpen. Het model fungeert daarmee als middel om de denkwijze van professionals te veranderen en als richtinggevend kompas voor verdere samenwerking.

Anderzijds pleit de beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) voor het aansluiten bij het concept van gezondheid beschreven door World Health Organization (WHO), waar onderscheid is gemaakt tussen **fysieke, mentale en sociale gezondheid**. Daarmee zou sociaal werk zich kunnen profileren op sociale gezondheid, terwijl het medisch domein vooral bijdraagt aan de overige twee aspecten.

Tegelijkertijd worden ook kritische geluiden gehoord dat deze twee modellen vooral vertrekken vanuit een gezondheidslogica, waarbij de focus ligt op de individuele bewoner en er onvoldoende aandacht is voor structurele en contextuele factoren. Juist deze elementen zijn echter essentieel vanuit het sociale perspectief. Vanuit het sociaal domein worden andere concepten voorgesteld. Het eerste is het concept van **sociale kwaliteit** (Verharen et al 2024). Met het idee dat als de vier pijlers van sociale kwaliteit sterk zijn (sociaaleconomische zekerheid, sociale cohesie, sociale inclusie en sociale empowerment), mensen beter in staat zijn tot samenredzaamheid en ze individueel minder (gezondheids)problemen ontwikkelen. In dit kader organiseert de Werkplaats Sociaal Domein Arnhem en Nijmegen bijeenkomsten in het lerend netwerk 'Versterken verbinding sociaal, medisch en zorgdomein' waar professionals uit het sociaal werk, de zorg en het medische veld samen komen om met elkaar in gesprek te gaan, elkaar te inspireren en samen te leren<sup>1</sup>.

Het tweede concept dat een brug kan slaan tussen het sociaal en het medisch domein is **Rechtvaardige Preventie** (Kolner 2024; Kolner 2025). Rechtvaardige preventie richt zich op het creëren van omstandigheden waarin alle mensen een waardig leven kunnen leiden en optimaal kunnen functioneren. Sociaal werk vervult hierin een cruciale rol: door de sociale basis te versterken, beschermt het de rechten van ieder individu, inclusief groepen in kwetsbare posities. Door interdisciplinaire samenwerking rond preventie worden juist mensen bereikt die dit het meest nodig hebben. Kolner pleit in haar proefschrift voor een ander paradigma voor preventie die meer passend is bij de denk- en werkwijze en taal in het sociaal domein. Dit noemt ze de welzijnslogica (vanuit het sociaal model) wat zij positioneert naast de gezondheidslogica (medisch model).



*In het voorjaar van 2026 brengt kennisplatform Utrecht Sociaal het SamenSpel- en DoeBoek Over de grens uit. Dit 'ontregelende' boek voor bestuurders, professionals, docenten in het mbo en het hbo, gemeenschappen in het zorg, gezondheids- en welzijnsdomein, vormt de afsluiting van het project SamenSpel. Kennisplatform Utrecht Sociaal Utrecht (Hogeschool Utrecht). Project: SamenSpel tussen het sociaal domein en het zorg- en gezondheidsdomein.*

In de praktijk zien we dat de organisaties die een belangrijke rol spelen bij het ondersteunen van visievormig meestal werken met het positieve gezondheidsmodel. De regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg (ROS'en) helpen daarbij eerstelijnspartijen om zich te organiseren en aan te sluiten bij bredere ontwikkelingen. Maar ook ondersteunen verschillende partijen in de regio's bij transformatieprogramma's die vanaf het begin gestoeld zijn op een gedeeld kader.

Een volgende factor die bijdraagt aan het verkleinen van de kloof tussen beide domeinen zijn de **ontmoetingsmogelijkheden binnen leernetwerken**, evenals het **samenwerken en reflecteren in de praktijk**, zoals die ontstaan in de vele pilots en projecten. Door letterlijk samen aan tafel te zitten en met elkaar te bespreken wat ieder domein kan bijdragen aan de gezamenlijke oplossing, ontstaat wederzijds begrip. Dit gaat verder dan enkel doorverwijzen: het draait om het leren kennen van elkaars professionaliteit en om het gezamenlijk ontwikkelen van een aanbod waarin de eigen kenmerken en werkwijzen van beide domeinen een plek krijgen en elkaar versterken. Zo werken leernetwerken in Friesland, geïnitieerd vanuit WSD Friesland, die uiteenlopende professionals en inwoners samenbrengen rond complexe vragen, zoals 'langer zelfstandig thuis blijven wonen'. Samen onderzoeken ze hoe samenwerking beter kan waardoor een beter begrip van elkaars expertise komt en nieuwe samenwerking buiten de bijeenkomsten ontstaat.

Veel geïnterviewden benadrukken dat **teams waarin professionals uit verschillende domeinen** – zoals sociaal werkers, wijkverpleegkundigen, huisartsen en paramedici – **samen optrekken, het wederzijds begrip sterk vergroten**. Door gezamenlijk te werken leren professionals elkaars taal, expertise en grenzen kennen en ontstaat een meer gedeelde visie op wat inwoners nodig hebben. Voor inwoners heeft dit grote waarde: de combinatie van perspectieven maakt dat problemen sneller en vollediger in beeld komen en professionals elkaar aanvullen. Een gezamenlijke probleemanalyse voorkomt onnodige verwijzingen en leidt, zo geven meerdere respondenten aan, tot effectievere, preventieve en meer mensgerichte ondersteuning.

Op dit terrein spelen ook brancheverenigingen en beroepsorganisaties een belangrijke rol. Zo organiseert InEen, de branchevereniging van regionale huisartsenorganisaties, huisartsenspoedposten, gezondheidscentra en regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en), in samenwerking met Sociaal Werk Nederland diverse activiteiten voor haar leden, zoals werkbezoeken en bijeenkomsten over financiering én over de organisatie van het sociaal domein. Projectleiders binnen de ledenorganisaties vertalen deze kennis vervolgens naar individuele huisartsenpraktijken, met als doel inzicht te bieden in 'hoe de wereld aan de andere kant eruitziet'.



*Zorg- en welzijnsprofessionals in de wijk Bargeres in Emmen komen geregeld zonder agenda bij elkaar om uit te wisselen en te kijken waar ze meer samenhang in hun werk kunnen aanbrengen.*

*Werkplaats Sociaal Domein Friesland (NHL Stenden Hogeschool). Project: Domeinoverstijgend samenwerken in leernetwerken in Friesland en Drenthe.*

Sommige initiatieven **ontwikkelen** ook **praktische tools** die kunnen worden gebruikt door professionals uit beide domeinen. Zo is er bijvoorbeeld binnen een van de wijkallianties in Utrecht – waarin de eerstelijnszorg, huisartsen, buurtteams en jeugdhulporganisaties samenwerken – een **gezamenlijke woordenlijst** ontwikkeld. De betrokken partijen zien taal als een cruciale factor in de transformatie die zij doormaken. In deze woordenlijst zijn begrippen opgenomen uit zowel het medisch als het sociaal domein. Dit helpt professionals om elkaars terminologie en werkwijzen beter te begrijpen, wat wederzijds begrip en effectieve samenwerking bevordert. Ook gezamenlijke Werkplaatsen Sociaal Domein hebben een publicatie op dit terrein uitgebracht: 'Begripsverheldering van beleidstermen in zorg en welzijn voor ouderen' (2025).

Daarnaast spelen **slutelfiguren en bruggenbouwers** een belangrijke rol. Dit zijn mensen die begrip hebben van beide domeinen, in beide domeinen werken of een visie hebben waarmee zij anderen kunnen enthousiasmeren en verbinden. De functies van 'bruggenbouwer' of 'grenswerker' zijn vaak ingebed in bestaande structuren en worden uitgevoerd op zowel wijkniveau als individueel niveau (Hosper et al 2025). Op wijkniveau gaat het bijvoorbeeld om rollen als wijkcoördinator huisartsenzorg of wijkverbinder vanuit de gemeente (zoals dorpscoördinator of adviseur gezonde wijk). Een van onze gesprekspartners – werkzaam bij de gemeente maar met een achtergrond in de zorg – verwoordde dit treffend: 'Mijn collega's begrijpen helemaal niks van huisartsenzorg.' Zij probeert deze werelden dichter bij elkaar te brengen door in gesprek te gaan met collega's en informatie uit de zorgpraktijk te delen, om zo meer onderling begrip te creëren. Op individueel niveau gaat het om functies zoals praktijkondersteuner sociaal (PO Sociaal), welzijnscoach, POH Welzijn, sociaal makelaar of sociaal arrangeur. Deze professionals vormen de verbindende schakel tussen zorg en welzijn. Door hun inzet en kennis van beide domeinen komen inwoners met zorg- en ondersteuningsvragen sneller bij de juiste hulp terecht en ervaren zij daardoor een betere kwaliteit van leven.

Ook ondersteunende organisaties spelen een belangrijke rol in het dichter bij elkaar brengen van beide domeinen en het vergroten van wederzijds begrip. Het Platform Sociaal Domein werkt met regioadviseurs die gemeenten ondersteunen en signalen uit de praktijk terugkoppelen naar landelijke beleidsmakers. Hun focus ligt op het versterken van verbindingen tussen domeinen zoals zorg, veiligheid en wonen, en sinds kort ook tussen het sociaal en medisch domein: hoe gemeenten deze samenwerking zó kunnen inrichten dat zij daadwerkelijk werkt. De adviseurs fungeren daarbij als schakels tussen de verschillende domeinen; zij begrijpen de taal en werkwijzen van uiteenlopende organisaties, overbruggen verschillen en brengen inspirerende voorbeelden uit andere regio's in.

Ook de regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg (ROS'en) vervullen een belangrijke brugfunctie. Zij helpen eerstelijnspartijen zich te organiseren en aan te sluiten bij bredere ontwikkelingen, zoals de beweging naar de voorkant. ROS'en adviseren wijkpartners – waaronder huisartsen, paramedici en wijkverpleegkundigen – bij de samenwerking met sociale partners en gemeenten. Dit doen zij onder meer door scholing en training te

organiseren voor professionals uit beide domeinen binnen gezamenlijke programma's, zoals positieve gezondheid en te adviseren. Daarnaast creëren zij op bestuurlijk niveau meer begrip door het duiden van verschillen in taal en werkwijze en het bevorderen van een gezamenlijke taal.

De overbrugging van perspectieven en denkkaders is echter niet alleen nodig binnen de praktijk, maar begint al eerder: in het onderwijs en in de ontwikkeling van kennis. Deze aspecten worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.6.



*Het lerend netwerk in actie tijdens een bijeenkomst over positieve gezondheid en sociale kwaliteit. Werkplaats Sociaal Domein Arnhem en Nijmegen (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen). Project: Lerend netwerk Versterken verbinding sociaal, medisch en zorgdomein.*

Korte samenvatting belemmerende en bevorderende krachten bij verschillende perspectieven en logica's:

| Belemmerende krachten  | Bevorderende krachten   |
|--|---|
| Cultuur- en taalverschillen.<br>Verschillende mensbeelden.<br>Verschillende belangen en motivatie. | Gezamenlijke visievorming (bijvoorbeeld via IZA-tafels, leernetwerken, transformatieplannen) bevordert een gedeeld vertrekpunt. Perspectief van inwoners als uitgangspunt.  |
| Onbekendheid met elkaars expertise en versnippering sociaal domein.                                | Bruggenbouwers en ondersteunende organisaties (ROS'en, InEen, Platform Sociaal Domein, PO Sociaal, sociaal arrangeur) verbinden domeinen, creëren begrip en verbeteren toegankelijkheid en samenwerking.<br><br>Ontmoeten, samen leren en gezamenlijk casusgericht werken (leernetwerken, pilots, wijkteams) versterken wederzijds begrip en zicht op elkaars meerwaarde. |

### 3.4. Relationale en menselijke krachten

De huidige transitie is een grote opgave die bestaande systemen in beweging moet brengen. Deze **beweging** wordt in **belangrijke mate gedragen door betrokken bestuurders, managers en professionals uit verschillende sectoren: welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars, zorgkantoren en (thuis)zorgorganisaties**. Het zijn gemotiveerde mensen die – vanuit strategisch, tactisch en operationeel niveau – de samenwerking sociaal-medisch willen versterken, ondanks grote belemmeringen en tegenwerking van het systeem die er nu zijn. Hun bevoegenheid zorgt voor groeiend bewustzijn, meer aandacht en een breder draagvlak voor deze vorm van samenwerking. De respondenten gaven aan dat het heel belangrijk is dat samenwerking gedragen wordt door bestuurders en verankerd is in beleid, dat er **bestuurlijke rugdekking en visie** is. Zoals een geïnterviewde zegt: 'Bestuurders moeten ruimte geven en uitstralen dat dit de bedoeling is.'

Tegelijkertijd kent de huidige situatie duidelijke schaduwkanten. Omdat nieuwe werkwijzen en projecten nog lastig in te bedden zijn in bestaande structuren (zoals eerder in dit rapport beschreven), **blijft de voortgang sterk afhankelijk van personen**. Succesvolle initiatieven worden vaak gedragen door bevoegen mensen met visie, vakmanschap en de bereidheid om veel tijd te investeren. Daardoor is niet altijd duidelijk of het succes voortkomt uit de nieuwe aanpak of methodiek, of uit de persoonlijke inzet van deze individuen. Volgens meerdere gesprekspartners is het daarom **nodig om heldere kaders en werkprincipes te ontwikkelen**.

Dit biedt houvast en maakt samenwerking minder afhankelijk van personen. Tegelijkertijd vraagt dit om een zorgvuldige balans: te strakke kaders kunnen de noodzakelijke ruimte beperken om werkwijzen aan te passen aan de lokale context van wijk of buurt.

**De afhankelijkheid van individuele personen (bestuurders, professionals) maakt de samenwerking kwetsbaar.** Wanneer mensen uitvallen of vertrekken, kan dit direct gevolgen hebben voor de uitvoering van projecten en de kwaliteit van (domeinoverstijgende) samenwerking. Als een opvolger minder betrokken is of andere prioriteiten stelt, stagneert de domeinoverstijgende samenwerking gemakkelijk.

**Ook het bredere personeelsverloop** binnen gemeenten, sociale organisaties en zorgaanbieders speelt hierin een rol. In het huidige systeem – dat samenwerking nog onvoldoende ondersteunt – leidt verloop al snel tot het wegvallen van kennis en opgebouwde relaties tussen organisaties en professionals. Dit maakt het moeilijk om continuïteit te waarborgen. Het opbouwen van onderlinge kennis en vertrouwen kost veel tijd, zeker omdat dit nog niet vanzelfsprekend wordt ondersteund door opleidingen, functiestructuren en werkprocessen. Dit benadrukt het belang van het betrekken van verschillende lagen binnen organisaties – met name bestuur en management – zodat de randvoorwaarden voor duurzame samenwerking daadwerkelijk kunnen worden gecreëerd.

**Daarnaast zien we dat het demotiverend werkt wanneer domeinoverstijgende initiatieven, pilots of projectmatige experimenten geen duurzaam vervolg krijgen.** Het uitblijven van continuïteit ondermijnt het vertrouwen in vernieuwend werken en draagt bij aan frustratie en soms zelfs aan personeelsverloop. **Zo ontstaat een vicieuze cirkel: gebrek aan structurele inbedding leidt tot afhaken van professionals, wat de samenwerking verder verzwakt.**

## **□ Mogelijke oplossingen en goede voorbeelden**

Uit de gesprekken komt een gedeeld beeld naar voren: om samenwerking tussen sociaal en medisch domein minder afhankelijk te maken van individuele bevoegdheid van professionals is het creëren van **structurele ruimte op systeemniveau (zoals ondersteuning en financiering)** een essentiële stap. De huidige inzet van verschillende organisaties op dit terrein, evenals de gewenste toekomstige stappen, worden beschreven in hoofdstuk 3.1 (Structuur en organisatie).

Daarnaast is het **versterken van relaties een cruciale opgave**: wederzijds begrip vergroten, kennis over elkaars vakgebied uitwisselen en een gedeelde taal en visie ontwikkelen. De bestaande betrokkenheid van organisaties bij deze opgave en de benodigde acties voor de komende jaren worden uiteengezet in hoofdstuk 3.3 en 3.5.

Korte samenvatting belemmerende en bevorderende krachten bij relationele en menselijke krachten:

| Belemmerende krachten  | Bevorderende krachten   |
|--|---|
| <p>Sterke persoonsafhankelijkheid vanwege moeizame inbedding in bestaande structuren.</p> <p>Kwetsbaarheid door personeels- en bestuurdersverloop.</p> | <p>Bevlogen professionals en bestuurders die bijdragen aan groeiend bewustzijn en draagvlak.</p> <p>Betrokkenheid op verschillende niveaus (strategisch, tactisch en operationeel).</p> |
| <p>Onvoldoende ondersteunende randvoorwaarden.</p>   |   |

### 3.5. Opleiding, kennisontwikkeling en professionalisering

Om de transitie van zorg naar welzijn en gezondheid te realiseren is kennis nodig op verschillende niveaus en thema's. Zoals bijvoorbeeld inzicht in elkaars expertise, kennis van de manier waarop het andere domein georganiseerd is, bekendheid met de mogelijkheden voor samenwerking binnen het huidige systeem, zicht op de effecten van nieuwe samenwerkingsvormen en de factoren die deze versterken of belemmeren. Verschillende actoren spelen hier een belangrijke rol:

- Universiteiten, hogescholen en ROC's waar professionals van beide domeinen worden opgeleid en waar (praktijk)onderzoek plaatsvindt in lectoraten, practoraten, Werkplaatsen Sociaal Domein, academische werkplaatsen en wetenschappelijke centra.
- Landelijke koepelorganisaties en -overleggen van deze opleidingen, zoals het Landelijk Opleidingsoverleg (LOO) van de hbo bachelor Social Work opleidingen.
- Landelijke kennisinstututen zoals Movisie, Vilans, Trimbos, Pharos.

Opleidingen kunnen beweging naar meer integraal werken tussen sociaal en medisch domein versnellen, maar ondervinden tegelijk structurele beperkingen. De **huidige sociale en zorg/medische opleidingen als sociaal werk, verpleegkunde en geneeskunde zijn sectoraal ingericht**, met eigen docententeams, financieringsstromen en een sterk domeinspecifieke focus. Daardoor is er te weinig ruimte voor gezamenlijk leren en blijft de uitwisseling tussen beroepsgroepen beperkt. Studenten worden vooral opgeleid binnen hun eigen discipline, terwijl de transitie van zorg naar gezondheid en welzijn juist vraagt om een andere manier van denken en samenwerken. Stakeholders benadrukken dat er **momenteel slechts enkele opleidingen op het snijvlak van zorg en sociaal domein bestaan**. Zoals de Master 'Leiderschap voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning' (Windesheim). Deze initiatieven worden echter veelal ingestoken en gefinancierd vanuit de zorgsector (wat overigens niet

geldt voor bovenstaand voorbeeld), waardoor een evenwichtige vertegenwoordiging van beide domeinen niet vanzelfsprekend is.

Opleidingen hebben bovendien een grote mate van autonomie bij het vormgeven van hun programma's. Met name binnen sociaal werk leidt dit tot een brede variatie aan profielen en functie-invullingen. Verschillende geïnterviewden benadrukken de **noodzaak om competentieprofielen te actualiseren en om opleidings- en beroepsprofielen beter op elkaar aan te laten sluiten, om zo de kwaliteit en professionaliteit van het beroep te versterken.**

Daarnaast signaleren gesprekspartners dat **studenten nog onvoldoende worden voorbereid op situaties waarin meerdere actoren met uiteenlopende belangen samenwerken.** Het werkveld vraagt om professionals die kunnen handelen in complexe maatschappelijke situaties, die collectief kunnen werken en die in staat zijn verschillende domeinen met elkaar te verbinden.

Tot slot constateren betrokkenen dat de verbinding tussen onderwijs en onderzoek nog beperkt is. In projecten wordt waardevolle kennis ontwikkeld, maar deze landt nog onvoldoende in de opleidingsprogramma's van de betrokken hogescholen en in de mbo-opleidingen (ROC's). Zo leveren bijvoorbeeld de werkplaatsen sociaal domein waardevolle inzichten, maar blijven die vaak lokaal hangen.

De **schotten die we in het onderwijs en in de praktijk zien, bestaan ook in de manier waarop kennis wordt ontwikkeld, verspreid en benut.** Uit interviews blijkt dat projecten uitgevoerd door verschillende kennisinstellingen rond vergelijkbare thema's vaak naast elkaar lopen, zonder dat experts of organisaties uit andere domeinen structureel worden betrokken. Kennis wordt daardoor regelmatig ontwikkeld binnen één domein en richt zich op een specifieke groep professionals, maar landt onvoldoende in het andere domein. Ook wordt beschikbare expertise van andere kennisorganisaties nog onvoldoende benut. **Verder is de uitwisseling tussen kennisinstellingen die sterk verankerd zijn in hun eigen domein, heel beperkt, waardoor waardevolle inzichten slechts gefragmenteerd doorwerken in de praktijk.**

In het medisch domein geldt evidence-based werken als de professionele standaard. Interventies worden idealiter onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek waarin causaliteit, effectiviteit en potentiële kostenbesparing overtuigend zijn aangetoond. Zorgverzekeraars hanteren deze logica expliciet: domeinoverstijgende initiatieven komen pas in aanmerking voor financiering wanneer er sprake is van een stevige businesscase. Geïnterviewden merken op dat dit type onderzoek voor sociale interventies echter nauwelijks uitvoerbaar is. Sociale interventies laten hun werking vooral in context zien: in het samenspel tussen individuele kenmerken, de sociale omgeving, professionele relaties en bredere systeemfactoren zoals beleid en financiering. Anders dan bij medische interventies – waar effecten relatief goed te isoleren zijn – ontstaat de impact van sociale interventies juist in deze interactie. Daardoor zijn sociale interventies minder reproduceerbaar. Wat in de ene wijk of doelgroep goed werkt,

kan elders een heel andere uitwerking hebben. Dit maakt het methodologisch uitdagend om causaliteit aan te tonen, generieke uitspraken te doen over impact of interventies te beoordelen volgens klassieke evidence-based criteria. Het gevolg ervan is dat **het medisch domein het sociaal domein regelmatig als 'onvoldoende onderbouwd' ziet. Terwijl sociaal domein het medisch domein juist vaak ervaart als te sterk gericht op gestandaardiseerde interventies, waardoor onvoldoende oog is voor de complexiteit van sociale contexten en langdurige veranderprocessen.**

Tijdens de gesprekken signaleren verschillende geïnterviewden dat de kennis die wordt ontwikkeld in pilots en projecten – waaronder door de Werkplaatsen Sociaal Domein – ook **onvoldoende terechtkomt bij organisaties in het medisch domein, in regionale samenwerkingsverbanden en bij ondersteunende branche- en beroepsorganisaties van beide domeinen.** Deze beperkte kennisdoorstroming hangt samen met wederzijdse onbekendheid, maar ook met de verschillen in eisen die aan onderzoek worden gesteld.

Voor sommige geïnterviewden vormt ook de huidige versnippering en kleinschaligheid van projecten en onderzoeken naar de sociaal-medische samenwerking een belangrijk punt van kritiek. Zij signaleren dat er de afgelopen jaren veel waardevolle initiatieven zijn ontstaan, maar dat deze vaak op zichzelf staan en onvoldoende worden verbonden. Een van de geïnterviewden verwoordt dit als volgt: 'Je kunt niet voor iedere regio kennis gaan ontwikkelen of nieuwe inzichten gaan ontwikkelen. In het medisch domein zou dat ongelooflijk zijn. Ik denk: als regionale kennis relevant voor alle sectoren is, moet het breder verspreid worden.'

## **□ Mogelijke oplossingen en goede voorbeelden**

Veel geïnterviewden benadrukken dat opleidingen een inspirerende voortrekkersrol zouden kunnen spelen in het versterken van de verbinding tussen het sociaal en het medisch domein. Hoewel deze verbinding nog niet vanzelfsprekend is, zien we op verschillende plekken positieve bewegingen. Met als doel om studenten en professionals (al vroeg) te laten kennismaken met elkaars perspectieven, werkwijzen en taal, en zo de basis te leggen voor betere samenwerking in de praktijk.

Op verschillende hogescholen wordt met diverse manieren geprobeerd om dit vorm te geven. Een goed voorbeeld is gezamenlijk leren in de praktijk, waarbij studenten uit verschillende opleidingen samenwerken in het veld of betrokken zijn bij domeinoverstijgende samenwerkingsinitiatieven of bij casuïstiek. Zoals bij Hogeschool Windesheim waar studenten van sociaal werk en verpleegkunde samenwerken in interdisciplinaire projecten. De uitwisseling tussen verpleegkundestudenten die vaak meer projectmatig en protocollair te werk gaan en sociaalwerkstudenten met sterk reflectievermogen leidt tot meer begrip voor elkaar en versterkt het vermogen om in complexe vraagstukken gezamenlijk op te trekken.

Ook binnen de projecten van de Werkplaatsen Sociaal Domein zijn verschillende inspanningen gedaan om beide werelden dichter bij elkaar te brengen. Zo hebben meerdere studentgroepen van de opleidingen Sociaal Werk en Verpleegkunde van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN) gewerkt aan de evaluatie van Sociaal Arrangeren in het kader van hun afstuderen ([Sociaal arrangeren leidt tot meer kwaliteit van leven](#)). Daarnaast ondersteunen studenten van Hogeschool Inholland – vanuit zowel de opleiding Verpleegkunde als Sociaal Werk – het leeratelier rond thuiswonende ouderen binnen het project van WSD Noord-Holland, door het inbrengen van vakinhoudelijke kennis en het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek.

Er zijn echter nog maar weinig initiatieven waarin studenten daadwerkelijk samen of interprofessioneel worden opgeleid. Geïnterviewden geven aan dat er op dit terrein substantieel meer nodig is. Ook het stimuleren van *boundary crossing* – het bewust leren oversteken tussen domeinen, perspectieven en werkwijzen – krijgt in de huidige opleidingen nog nauwelijks structureel aandacht. Hiervoor is brede discussie nodig tussen verschillende actoren als opleidingen, branche- en beroepsverenigingen, kennisinstellingen en ministerie.

Daarnaast benadrukken meerdere respondenten dat **opleidingen meer aandacht zouden moeten hebben voor integraliteit en het inwonersperspectief**. Studenten zouden moeten leren denken vanuit de vraag: ‘wat is helpend voor de inwoner?’ Een patiëntenorganisatie verwoordt dit als volgt: ‘Besef wat het betekent als iemand zes weken moet wachten op een Wmo-beslissing... en hoe je kunt verbinden om toch een oplossing te bieden.’ Volgens verschillende betrokkenen ‘sijpelt’ dit perspectief nu nog te moeizaam door en is daar veel winst te behalen. Zowel in sociale als in zorg- en medische opleidingen. Een inspirerend voorbeeld biedt hier een project van WSD Zwolle: [OuderWijs](#). In dit onderwijsprogramma van Hogeschool Viaa – onderdeel van de minor Geriatrie en Gerontologie binnen de opleiding Verpleegkunde – spelen ouderen zelf een actieve rol. Zij treden op als gastdocenten en brengen hun ervaringen en perspectieven rechtstreeks in het onderwijs. Hierdoor leren studenten op een authentieke en betekenisvolle manier over het leven en de behoeften van ouderen maar ook in de praktijk: hoe je goed contact kunt maken met ouderen door goed te luisteren en juiste vragen te stellen.

Als eerder gesignaleerd is er **meer verbinding tussen onderwijs en onderzoek nodig**. Geïnterviewden geven aan dat kennis van de projecten gebundeld moet worden en meegenomen in de opleidingen. En dat het meer structureel moet gebeuren. We zien wel pogingen om deze verbinding te stimuleren. Zo heeft HAN VDO (onderdeel van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen dat onderwijs en cursussen aan professionals biedt) de vervolgopleiding ontwikkeld voor Sociaal arrangeurs. WSD Flevoland heeft de inzichten uit verschillende projecten rondom domeinoverstijgend werken vertaald in een interactief spel voor studenten Sociaal Werk en Verpleegkunde. Door het spel gezamenlijk te spelen, leren studenten hoe zij elkaar kunnen vinden in samenwerking en ontwikkelen zij een beter begrip van elkaars rol en perspectief en hoe hun samenwerking in de praktijk vorm kan krijgen. Ander voorbeeld is de [serious game Who Cares?](#), ontwikkeld door WSD Zwolle. De game leert (toekomstige)

zorg- en welzijnsprofessionals en studenten hoe ze naar hulpbehoeften van de thuiswonende ouderen kunnen kijken en hoe ze samenwerking met het informele netwerk kunnen opzoeken. In leerateliers hebben trainers van zorg- en welzijnsorganisaties samen met hbo- en mbo-docenten uitgewisseld op welke manier de game ook goed gebruikt kan worden binnen het onderwijs.

Ook voor werkenden vindt (bij)scholing plaats op het snijvlak. Zo biedt de BPSW trainingen voor sociaalwerkprofessionals aan, waaronder Welzijn op Recept om de brug tussen domeinen te slaan. Een ander voorbeeld van de BPSW is het Beroepsregister en expertiseprofiel casemanager dementie, belangrijk voor een gelijkwaardige positionering van casemanagers met een verpleegkundige en casemanagers met een sociaalwerk achtergrond binnen Zw/Wlz-context. De V&VNAcademie biedt met het Programma Van Zorg naar Gewoon Leven een opleidingsprogramma voor (wijk)verpleegkundigen gericht op eigen regie en samenwerking met het sociaal domein.

Volgens een deel van de stakeholders vraagt de huidige situatie om **steviger kennisbundeling: het samenbrengen van inzichten uit verschillende projecten en het identificeren van werkzame elementen en mechanismen**. Deze kunnen vervolgens dienen als basis voor landelijke kaders of richtlijnen, die zowel voor het sociaal als het medisch domein herkenbaar en toepasbaar kunnen zijn. Dit betekent echter dat er meer samenwerking nodig is tussen landelijke kennisorganisaties (als Movisie, Vilans en bijvoorbeeld het RIVM), regionale kennisorganisaties (als werkplaatsen sociaal domein), universiteiten, hogescholen, lectoraten en practoraten en het Rijk. Door gezamenlijk te investeren in het systematisch verzamelen, analyseren en delen van kennis, kan de sector voorkomen dat waardevolle inzichten lokaal blijven hangen en **kan een stevigere, sectoroverstijgende kennisbasis ontstaan**.

Daarnaast klinkt een appèl van een geïnterviewde uit het sociaal domein: 'We moeten ook stoppen met dat we het wiel overal uit moeten vinden.' Ze pleit voor een steviger onderbouwing van de impact van sociaal werk, en voor het beter zichtbaar maken hoe sociaal werk bijdraagt aan het verminderen van zorgvragen en zorgkosten. Daarbij is het essentieel dat onderzoek niet alleen kleinschalige voorbeelden beschrijft, maar laat zien hoe interventies in verschillende contexten werken. Zoals ze het verwoordt: 'Je kunt pas geld vragen als je laat zien dat je waarde toevoegt. Je moet een stevig verhaal hebben.'

Er zijn wel **binnen het sociaal domein duidelijke bewegingen richting methodische onderbouwing en kennisdeling**. Een voorbeeld dat door geïnterviewden wordt genoemd, is de Movisie-databank Erkende Sociale Interventies (ESI) ([Databank erkende sociale interventies | Movisie](#)). In deze databank zijn onderbouwde, erkende interventies opgenomen en is informatie beschikbaar over werkzame elementen. Tegelijkertijd wordt de databank in de praktijk nog beperkt gebruikt. Zoals een van de gesprekspartners aangeeft: 'De databank ESI is een schatkamer die nauwelijks wordt benut door professionals of organisaties.' De website wordt overigens goed gevonden, maar onduidelijk is hoe de informatie in de praktijk wordt gebruikt. Dit wordt nog onderzocht door Movisie.

Ook beroeps- en brancheorganisaties spelen hier een belangrijke rol. Hoewel zij minder betrokken zijn bij primaire kennisontwikkeling, zijn zij essentieel in kennisdeling, professionalisering en het versterken van het vak. Zo is de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) begonnen aan richtlijnontwikkeling en verspreidt zij actief kennis, waarmee zij sociaal werk zichtbaarder wil maken en steviger wil positioneren binnen domein-overstijgende samenwerking. Tegelijkertijd klinkt er relativering: 'We moeten een beetje die taal spreken om serieus genomen te worden.' Hiermee verwijzen sommige geïnterviewden naar de noodzaak om richting zorgpartners aan te sluiten bij een taal van effectiviteit en onderbouwing, zonder de eigen waarden en werkwijzen tekort te doen.

Toch is dit geen eenduidig en breed gedeeld standpunt. **Tegengeluiden benadrukken dat sociaal werk per definitie contextafhankelijk is. Het draait om contact maken, relationeel werken en maatwerk leveren.** Hierdoor laat sociaal werk zich niet vangen in uniforme protocollen of standaardinterventies die overal dezelfde uitkomst garanderen. Er is geen standaard werkwijze die 'hapklaar' toegepast kan worden om gewenste resultaten te leveren. Daarnaast wijst een geïnterviewde op een fundamenteel spanningsveld bij preventie: het sociaal domein kan de eigen efficiëntie vaak niet overtuigend aantonen. Hij benoemt dit als de preventieparadox: 'Als je heel goed preventief werkt, dan is er geen probleem meer en dan ben je zelf overbodig.' In situaties van schaarse middelen leidt dit er volgens hem toe dat juist op preventie als eerste wordt bezuinigd. Een aantal gesprekspartners pleit daarom voor meer bewustzijn en begrip bij de zorgpartners, zorgverzekeraars en zorgkantoren voor het sociaal domein. **Kennisinstituten uit het sociaal domein zien hier een belangrijke rol voor zichzelf.** Door ten eerste **zorgpartners te stimuleren om anders naar maatschappelijke vraagstukken te kijken.** Niet alleen vanuit kostenbesparing, maar vanuit brede maatschappelijke meerwaarde. En ten tweede: **gezamenlijke, normatieve standaarden voor samenwerking te ontwikkelen.**

Verschillende gesprekspartners benadrukken dat kennis ook moet worden verankerd in beleid en regelgeving, zodat werkzame inzichten blijvend effect hebben. Zoals een geïnterviewde zei: 'soms helpt het om iets dat werkt de norm te maken door het vast te leggen in wetgeving'. Hiervoor is echter een intensieve lobby nodig richting politiek vanuit beroeps- en brancheorganisaties, kennisinstituten en samenwerkingsverbanden. Maar ook op het regionale niveau bij de regionale IZA-tafels.

Korte samenvatting belemmerende en bevorderende krachten bij opleiding, kennisontwikkeling en professionalisering:

| Belemmerende krachten  | Bevorderende krachten   |
|--|---|
| <p>Opleidingen zijn traditioneel sectoraal ingericht, met gescheiden curricula, docententeams en financieringsstromen. Domeinoverstijgend samenwerken is beperkt verankerd in mbo-, hbo- en universitaire opleidingen.</p> | <p>Initiatieven voor interprofessioneel leren nemen toe, zoals gemeenschappelijke projecten en praktijkleren. Goede voorbeelden van gezamenlijke praktijkopdrachten. Nieuw opleidingsmateriaal in ontwikkeling dat aandacht schenkt aan domeinoverstijgend werken. Gemeenschappelijke visie van domeinoverstijgend werken als referentiekader.</p>  |
| <p>Slechts enkele opleidingen op het snijvlak sociaal-zorg bestaan.</p>  | <p>Scholingstrajecten en gezamenlijke opleidingen gericht op integraal werken.</p>  |
| <p>Verbinding tussen onderwijs en onderzoek is beperkt; kennis uit projecten landt onvoldoende in opleidingen.</p>   | <p>Pogingen tot structurele kennisdeling via spellen, leernetwerken en delen projectresultaten (bijvoorbeeld WSD).</p>  |
| <p>Kennisontwikkeling blijft binnen domeinen; projecten lopen parallel zonder verbinding; beperkte kennisdeling.</p>   | <p>Samenwerking tussen kennisinstellingen wordt belangrijker gevonden.</p>  |
| <p>Verschillende onderzoeksculturen (evidence-based versus contextafhankelijk) bemoeilijken wederzijdse erkenning.</p>   | <p>Beweging richting passendere vormen van onderbouwing voor nieuwe interventies (bijvoorbeeld databank ESI). Methodische onderbouwing en nieuwe kennis ontsluiten voor sociaal werk door BPSW. Bevorderen van denken over maatschappelijke meerwaarde van sociaal werk in plaats van uitsluitend vanuit oogpunt van kostenbesparing. Anders waarderen, kwalitatieve vormen van onderzoek in opkomst.</p> |

### 3.6. Omgevingskrachten

De samenwerking tussen het sociaal en medisch domein wordt in belangrijke mate beïnvloed door bredere maatschappelijke trends. Deze contextuele factoren creëren zowel kansen als uitdagingen. In gesprekken met stakeholders, projectleiders en professionals komen belangrijke thema's naar voren: politieke ontwikkelingen, demografische ontwikkelingen, arbeidsmarktcrachten en belangen van inwoners.

Met betrekking tot de landelijke politiek is een breed gedeelde opvatting onder de geïnterviewden dat er behoefte is aan **duidelijke landelijke sturing en visie** op samenwerking tussen het sociaal en het medisch domein. Zij signaleren dat landelijke akkoorden (IZA, AZWA), met aandacht voor preventie, participatie en domeinoverstijgende samenwerking wel richting geven maar onvoldoende doorwerken in beleid, financiering en toezicht. Ze vragen om **structurele, meerjarige bekostiging** in plaats van tijdelijke subsidies, het doorbreken van **schotten tussen wetten** (Wmo, Zvw, Wlz) en het oplossen van het wrong pocket-probleem. Ook moet de landelijke politiek zorgen voor **heldere kaders vooraf** en ruimte voor experimenten, zodat innovatie niet wordt afgeremd door KPI-druk en risicomijding. Sommige geïnterviewden pleiten zelfs voor een **fundamentele stelselwijziging** of één wet voor het sociaal domein. 'We hebben moedige bestuurders nodig die zeggen: dit is wat we willen, en daar passen we de systemen op aan – niet andersom', aldus één van de respondenten.

De lokale politiek heeft een cruciale rol in **continuïteit en borging** van initiatieven. Geïnterviewden ervaren echter dat projecten vaak afhankelijk zijn van tijdelijke middelen (bijvoorbeeld SPUK/GALA) en kwetsbaar zijn voor **wisselingen in college en ambtelijke bezetting**. Gemeenten moeten volgens hen **meerjarige afspraken** maken, voorkomen dat samenwerking verdwijnt na een aanbestedingsronde en investeren in de **sociale basis** (dorpsondersteuners, sociaal werk, ontmoetingsplekken, Welzijn op Recept). Tegelijkertijd worstelen gemeenten met **ravijnjaar-bezuinigingen** en beperkte capaciteit, waardoor preventie en sociaal werk vaak het eerst sneuvelen. Lokaal bestuur moet daarom **bestuurlijke rugdekking** geven, visie uitdragen en actief samenwerken met zorgverzekeraars en regionale partners om domeinoverstijgende oplossingen mogelijk te maken. Een aantal respondenten vindt dat gemeenten te veel taken naar zich toe trekken en pleit voor meer regionale samenwerking of landelijke uniformiteit. Een enkeling stelt dat gemeenten niet de capaciteit hebben om regie te voeren en dat de rol van zorgverzekeraars groter moet worden. **Wisseling van wethouders/college** en landelijke prioriteiten leidt tot **koerswijzigingen**: projecten stoppen of krijgen een andere focus zonder inhoudelijke evaluatie. Dat maakt continuïteit persoons- en **bestuursafhankelijk**. Decentralisatie zorgt bovendien voor **grote verschillen tussen gemeenten**; professionals ervaren 'post-code-ongelijkheid' en telkens andere spelregels, wat landelijke opschaling belemmert.

Ook demografische ontwikkelingen zijn van invloed. In demografische prognoses zien we dat de volgende jaren de **vergrijzing van de samenleving** zal toenemen. Mensen leven langer, vaak met meerdere, soms complexe aandoeningen. Deze stapeling van zorg- en ondersteuningsvragen leidt tot een toenemende druk op zowel medische als sociale voorzieningen.

Wachttijden in de medisch-specialistische zorg lopen op en zullen naar verwachting verder toenemen. **Voor veel mensen is hun ondersteuningsvraag allang niet meer uitsluitend 'medisch' of 'sociaal'. Zij verwachten samenhang en continuïteit in ondersteuning** want zoals een van onze gesprekspartners verwoordde: 'Mensen denken niet in domeinen'. Tegelijkertijd is hun ervaring met het huidige systeem heel anders. Hulp wordt vaak als versnipperd ervaren en bij meer complexe vragen is het vaak lastig om de juiste ondersteuning te krijgen binnen beide domeinen. Experts verwijzen in dit verband naar het concept *'instantiekapitaal'*<sup>2</sup>. Dit betekent dat om de weg te vinden in het huidige systeem inwoners kennis, vaardigheden en de 'juiste' houding nodig hebben. Inwoners die hierover niet beschikken, raken gemakkelijk tussen wal en schip. Een zichtbaar voorbeeld hiervan is wat een van de gesprekspartners aanduidt als de **medicalisering van taal**. Inwoners leren dat medische termen effectiever zijn om toegang tot hulp te krijgen. 'Als je zegt: "Ik heb een angstig kind", gebeurt er niets. Maar als je zegt: "Mijn kind heeft een angststoornis", opent ineens alles.' Dit laat een ongewenste werking zien: niet het systeem past zich aan de leefwereld van inwoners aan, maar **inwoners leren zich aan te passen aan het systeem om toegang tot ondersteuning te krijgen**. Cliënten- en bewonersorganisaties signaleren en agenderen steeds nadrukkelijker dat deze situatie anders moet. Ze pleiten ervoor om de inwoners centraal te stellen.

Daarnaast vormt de aanhoudende personeelsschaarste een structurele uitdaging die vraagt om meerjarige regionale arbeidsmarktstrategieën. Landelijke en regionale arbeidsmarktanalyses laten zien dat de tekorten de komende jaren verder toenemen. RegioPlus, de landelijke vereniging van werkgeversorganisaties in zorg en welzijn, duidt de arbeidsmarktprognoses. Zij signaleert dat de druk op de toegankelijkheid van basiszorg – waaronder huisartsenzorg – verder kan oplopen. Het beschikbare 'onbenut potentieel' op de arbeidsmarkt neemt af. Daardoor hebben traditionele oplossingen, zoals extra scholing of het verschuiven van personeel tussen sectoren, onvoldoende effect. Tegelijkertijd is in het sociaal werk al jarenlang fors bezuinigd waardoor veel welzijnsorganisaties onder grote druk werken. Hierdoor raken organisaties in zowel het sociale als het medische domein vooral gefocust op de eigen organisatie en hun bestaansrecht en is er minder ruimte voor vernieuwing of domeinoverstijgende samenwerking.

Dit zet een rem op echte verandering en leidt tot een paradox: juist nu samenwerking tussen domeinen het hardst nodig is, zet schaarste organisaties aan tot het bewaken van de eigen corebusiness, wat domeindenken versterkt. Daarmee verkleint de ruimte om gezamenlijke afwegingen te maken over taken, inzet en impact.

Volgens onze gesprekspartners wordt de hierboven geschetste **urgentie om anders te gaan werken in zowel het sociale als het medische domein steeds vaker onderkend**. Verschillende organisaties proberen dit te agenderen en onder de aandacht te brengen. Toch zien we dat de narratieven over de aanleiding voor samenwerking sterk uiteenlopen. In het huidige discours op verschillende niveaus is het zorg- en medisch perspectief sterk dominant. **De urgentie wordt vooral benoemd vanuit de zorg**: het terugdringen van zorgkosten, het beperken van instroom in de zorg, meer preventie en samenwerking met de sociale netwerken

van mensen om escalatie van problemen en dure zorg te voorkomen. Het narratief vanuit het sociale domein krijgt hierin minder gehoor. Dit hangt samen met het ontbreken van een gezamenlijk geformuleerd probleembeeld. Organisaties gebruiken verschillende begrippen en concepten om de noodzaak van samenwerking te duiden, zoals versterken van sociale kwaliteit (WSD) of werken aan sociale gezondheid (BPSW), versterken van de sociale basis (Rijksoverheid, Movisie, VJI) of rechtvaardige preventie. Ook al zijn dit verschillende begrippen, wat ze gemeen hebben is dat deze betrokkenen vanuit het sociaal domein aan dit versterken van het sociale en van gemeenschappen een waarde en noodzaak in zichzelf toekennen, en niet per se gerelateerd aan (het voorkomen van zwaardere) zorg. Dat is een fundamenteel andere kijk. Deze verschillen maar ook deze nuance maken het lastig om een gemeenschappelijke stem te laten horen vanuit het sociaal domein. Met de andere meer structurele ongelijkheden (als financiering) maakt dit het lastig voor het sociaal domein om een gelijkwaardige positie in te nemen in de discussie waarom samenwerking tussen sociaal en medisch onmisbaar is.

Dit brengt ook het laatste punt aan bod: **belangen van de inwoners**. Voor inwoners is de meerwaarde van samenwerking evident. Hun ondersteuningsvragen beperken zich zelden tot één domein. Gezondheid, welzijn, financiën, werk, wonen en sociale relaties zijn sterk verweven. Beter samenwerken betekent ondersteuning die beter aansluit bij hun dagelijkse realiteit. **Toch sluit de abstracte wereld onvoldoende aan bij de leefwereld van inwoners**. Er bestaat niet alleen een kloof tussen de taal en cultuur van het sociaal en medisch domein, maar ook tussen beide domeinen en de belevingswereld van inwoners. Het is voor inwoners lastig om hun perspectief in te brengen in overlegstructuren zoals IZA-tafels. De gebruikte taal, scope en dynamiek sluiten vaak niet aan bij wat 'gewone' inwoners begrijpen of belangrijk vinden.

## □ Mogelijke oplossingen en goede voorbeelden

Verschillende geïnterviewden benadrukken dat de **huidige schaarste** – in tijd, middelen en personeel – niet alleen een bedreiging vormt, maar ook **een kans om echt anders te gaan denken en werken**. Juist nu bestaande werkwijzen onder druk staan, ontstaat ruimte om te focussen op de kern: aansluiten bij de leefwereld van inwoners.

**Structurele verbetering, zo wordt benadrukt, begint bij het perspectief van inwoners**. Dat vraagt om een fundamentele koerswijziging: 'We moeten veel meer de mens centraal gaan stellen en het levensverhaal van mensen als uitgangspunt nemen.' In de gesprekken worden uiteenlopende ideeën en oplossingsrichtingen genoemd, op verschillende niveaus van het systeem. Op praktijkniveau gaat het om werkwijzen die beter aansluiten bij de behoeften van inwoners rond concrete thema's. Denk aan het opzetten van een laagdrempelig centrum waar sociale en medische professionals onder één dak werken, zodat toegang tot ondersteuning eenvoudiger en meer geïntegreerd wordt. Ook genoemd zijn gezamenlijke intakes en triage op basis van de situatie van de inwoner, integrale casuïstiekbesprekingen, multi-disciplinaire

overleggen en het methodisch benutten van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid om taal en betekeniswerelden te verbinden. Er gebeurt al veel op dit vlak. Een aansprekend voorbeeld is het project Wijkgericht werken rondom het Jonge Kind van WSD Regio Zwolle. In dit project is een leernetwerk opgezet in onder andere Wezep dat bestaat uit ouders en professionals uit het sociaal en het medisch domein en onderzoekers. Met deze groep betrokkenen zijn verschillende bijeenkomsten gehouden om samen na te gaan wat de behoeften zijn van ouders om hun kinderen goed te kunnen laten opgroeien in de wijk. Vanuit de bijeenkomsten komen er ideeën over de activiteiten voor ouders en hun kinderen.



*Bij het dorpsgericht werken in Wezep werken verpleegkundigen van Icare samen met sociaal werk en ouders om ouders met jonge kinderen te ondersteunen. In deze ruimte wordt onder andere gewerkt met Muziek op school. Een gezellige activiteit met een sterke pedagogische component, stimulerend voor allerlei ontwikkelingsgebieden. Werkplaats Sociaal Domein Zwolle (Hogeschool Viaa). Project: Wijkgericht werken rondom het jonge kind.*

We zien onder geïnterviewden uiteenlopende opvattingen over de rol van inwoners in de transitie. Voor een deel van hen zijn inwoners vooral object van verandering: zij moeten worden 'meegenomen', beter worden geïnformeerd en zich bewust worden dat in de toekomst meer eigen inzet en zelforganisatie van hen wordt gevraagd. Deze benadering veronderstelt dat de transitie primair door instituten wordt vormgegeven en dat inwoners zich daaraan moeten aanpassen.

Andere respondenten benadrukken juist dat inwoners en patiënten een onmisbare partner zijn in de transitie. Zij zien samenwerking met inwoners en patiënten als een gelijkwaardig en noodzakelijk onderdeel van verandering. De transitie is volgens hen geen opdracht voor professionals alleen, maar een gedeelde verantwoordelijkheid van professionals, beleidsmakers én inwoners en patiënten. Om de huidige kloof te verkleinen is structurele betrokkenheid van inwoners en patiënten essentieel. Dit vraagt om hun aanwezigheid aan overleg- en besluitvormingstafels, zoals de IZA-tafels en andere regionale structuren, en om methodische manieren om het perspectief van inwoners en patiënten in beleid en praktijk te verankeren.

Korte samenvatting belemmerende en bevorderende krachten bij omgevingskrachten:

| <b>Belemmerende krachten</b>  | <b>Bevorderende krachten</b>   |
|---|--|
| Toenemende complexiteit door vergrijzing en stapeling van problemen.<br>Arbeidsmarktkrapte leidt tot 'overleven' en domeindenken. | Schaarste benutten als kans om anders te organiseren, dichterbij de leefwereld van inwoners. |
| Afstand tussen systeem- en leefwereld: inwoners worden onvoldoende betrokken bij de transitie.                                    | Structurele betrokkenheid van inwoners en ervaringsdeskundigen in overleg en besluitvorming. |

# 4

## Reflectie

De samenwerking tussen het sociaal en medisch domein wordt bepaald door een dynamisch krachtenveld waarin een veelvoud aan factoren en actoren elkaar beïnvloeden. Eén van de gesprekspartners verwoordde dit heel beeldend: 'Dit is een ingewikkeld bord spaghetti waar alle draadjes door elkaar heen lopen en alles met elkaar verbonden is. Als je ergens aan trekt, beweegt er overal iets, en achter elk draadje zitten gestaalde belangen.' Deze metafoor laat zien hoe complex en verweven het systeem is: verschillende belangen, financieringsstromen en organisaties grijpen op elkaar in, waardoor verandering op één plek vrijwel altijd doorwerkt op andere onderdelen.

De sterkste remmende factoren voor samenwerking bevinden zich op structureel niveau: wet- en regelgeving, financieringsarrangementen, organisatiestructuren en opleidingslogica's. Dit patroon loopt als een rode draad door alle gesprekken. Tegelijkertijd zien we krachtige drijvende krachten op relationeel en contextueel niveau, zoals gedeelde urgentie, demografische ontwikkelingen en een groeiende gezamenlijke visie op brede gezondheid. De algehele tendens is dat de professionele bereidheid tot samenwerking groter is dan de institutionele ruimte om deze daadwerkelijk vorm te geven. Toch laten verschillende initiatieven zien dat ook structurele veranderingen mogelijk zijn wanneer partijen vasthouden aan een gezamenlijke koers en investeren in duurzame verbindingen. In dit krachtenveld zien we drie centrale opgaven voor de toekomst:

1. Van gezondheid naar welzijn
2. Versterken van het sociaal domein
3. Randvoorwaarde: financiering.

Hieronder beschrijven we kort de bestaande situatie en geven we de belangrijkste belemmerende krachten aan. Daarnaast stippen we aan welke krachten hier tegenover gezet kunnen worden en juist benut kunnen worden om deze uitdaging aan te gaan en wie daar iets in zou kunnen betekenen (of dat al doet).

### 4.1. Van gezondheid naar welzijn

De kern van deze opgave is dat gezondheid niet primair een medisch vraagstuk is. Het medisch narratief is in beleid en financiering dominant, terwijl professionals en inwoners ervaren dat problemen zich niet beperken tot een domein en vaak een samenhangende aanpak vragen die gemeenschappen versterkt en preventie centraal zet. In de interviews wordt bovendien de medicalisering van taal zichtbaar: inwoners leren 'medisch' formuleren om toegang te krijgen tot hulp, een teken dat 'het systeem' niet vanzelfsprekend vanuit de leefwereld redeneert.

Het sociaal domein is het fundament van een rechtvaardige, veerkrachtige samenleving, niet louter een instrument om zorgdruk te verlagen. De spanning tussen dat wat mensen eerder van de zorg konden verwachten en de nieuwe verwachting van samenredzaamheid is voelbaar: zonder infrastructuur voor gemeenschapsvorming en echte inwonerbetrokkenheid kan de beweging vastlopen.

### Remmende krachten

- Dominant zorg- en kostenframe in beleid en besluitvorming; sociale logica onderbelicht.
- Weinig of symbolische betrokkenheid van inwoners; kloof tussen systeem- en leefwereld.
- Onvoldoende infrastructuur voor gemeenschapsvorming (zorgzame buurten, leefcirkels, dorpsondersteuners) en projectmatige in plaats van structurele aanpak.

### Drijvende krachten

- Gedeelde urgentie door vergrijzing en personeelsschaarste; noodzaak tot preventie en sterke sociale basis.
- Verbindende kaders zoals Positieve Gezondheid, Rechtvaardige Preventie en Sociale Kwaliteit die taal en richting geven.
- Concrete initiatieven (Welzijn op Recept, Lang Leven Thuisflats, Voorzorgcirkels, wijkallianties, burgerinitiatieven) die aantonen dat preventie en gemeenschappelijk handelen werken.

### Wie heeft wat te doen?

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Gemeenten</b></p>                        | <p>Verantwoordelijkheid nemen voor lokale infrastructuur. Hoe en wat: Meerjarig investeren in ontmoeting, dorps-/ wijkondersteuning, buurtnetwerken, communitybuilding, et cetera.</p> <p>Meerjarige contracten in plaats van korte aanbestedingscycli.</p> <p>Opnemen van samenwerkings-KPI's (in plaats van organisaties met elkaar laten concurreren).</p> <p>Regionale afstemming via IZA/AZWA-tafels voor uniformiteit en doorzettingsmacht.</p>  |
| <p><b>Zorgverzekeraars en zorgkantoren</b></p> | <p>Willen investeren, voorwaarde is over het algemeen wel een duidelijke businesscase. Houdbaarheid van zorg en verminderen van instroom vraagt voorzorg en sociale interventies.</p> <p>Hoe en wat: Innovatieve contracten (zoals populatiebeplooiing, lumpsum), gezamenlijke fondsen met gemeenten, structurele betaaltitels voor samenwerking.</p> <p>Cofinanciering van wijkfuncties (PO Sociaal/arrangeur), prestatieafspraken over preventie, en borging bij succes al bij start van pilots afspreken.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Cliënten- en bewoners- (organisaties)</b></p>           | <p>Belangrijk dat zij meepraten/-doen omdat zij de kloof tussen systeem en leefwereld kunnen dichten.</p> <p>Wat en hoe: structurele deelname aan (regionale) besluitvorming, methodisch inzetten van ervaringskennis.</p> <p>Verankeren in governance (voorbeelden: vaste zetels in overlegorganen, participatiebudgetten). Belangrijk dat (regio) platforms voor samenwerking en gemeenten dit borgen, zodat organisaties continu input kunnen leveren.</p>   |
| <p><b>Werkplaatsen Sociaal Domein en kennisinstituten</b></p> | <p>Vergroten van het lerend vermogen, bundelen werkzame elementen, verbinden van goede initiatieven, syntheses van ervaring en onderzoek. Voorkomen van projectencarrousel.</p> <p>Wat en hoe: leernetwerken, casuïstiektafels, verschillende vormen van kennisbundeling, -deling en -verspreiding. Kennisdeling naar andere domeinen/elkaars domein. Kaderdocumenten met werkzame elementen (in plaats van telkens lokale businesscases).</p> <p>Regionale kennisagenda's koppelen aan bekostiging (kennis die in een regio wordt ontwikkeld – bijvoorbeeld over werkzame elementen van sociaal-medische samenwerking – wordt niet alleen vastgelegd in rapporten maar wordt ook gebruikt als basis voor financieringsafspraken). Wat bewezen effectief is in de praktijk, wordt gekoppeld aan contractering en inkoop. Zo voorkom je dat succesvolle initiatieven blijven hangen in pilots en zorg je dat kennis direct doorwerkt in structurele bekostiging.</p> |
| <p><b>Landelijke overheid/VWS</b></p>                         | <p>Leg werkzame elementen van samenwerking expliciet vast als standaard of basisfunctionaliteit in beleid en contracten. Door deze elementen te normeren, wordt duidelijk wat minimaal aanwezig moet zijn in een regio om gemeenschappelijke doelen en samenwerking te realiseren. Dit geeft richting aan financiering, governance en uitvoering, en voorkomt dat elke regio opnieuw het wiel moet uitvinden.</p>   |

## 4.2. Versterken van het sociaal domein

De ongelijkwaardigheid tussen domeinen is niet alleen financieel-organisatorisch (zorgdominantie), maar ook cultureel: het zorgdomein hanteert een patiënt–diagnose–protocol–logica, het sociaal domein werkt contextueel en relationeel. Deze verschillen in perspectief, taal en bewijsvoering kunnen tot wantrouwen leiden en onderwaardering van sociaal werk. Tegelijk laat het rapport zien dat brugfuncties en interprofessionele teams wederzijds begrip snel vergroten en de kwaliteit voor inwoners direct verbeteren.

Het sociaal domein vormt het fundament voor gezond samenleven, omdat het zich richt op bestaanszekerheid, sociale cohesie, inclusie en empowerment – de vier pijlers van sociale kwaliteit. Deze pijlers bepalen in hoge mate of mensen kunnen participeren, zich ontwikkelen en samenredzaam zijn, wat direct doorwerkt in hun gezondheid en welzijn. Samenwerking met het medisch domein is cruciaal, omdat veel gezondheidsproblemen hun oorsprong hebben in sociale omstandigheden; zonder sterke sociale basis blijft zorg reactief en duur. Het erkennen en versterken van het sociaal domein als gelijkwaardige partner is daarom geen beleidsmatige luxe, maar een randvoorwaarde voor houdbare zorg en een veerkrachtige samenleving.

### Remmende krachten

- Status- en machtsverschillen; zorg bepaalt agenda en tempo.
- Versnippering van het sociaal domein door aanbestedingen en uiteenlopende beroepsvarianten; onduidelijkheid ‘wat sociaal werk is’.
- Mismatch in bewijslogica: vraag naar harde businesscases versus contextafhankelijke werking van sociale interventies.

### Drijvende krachten

- Brugfuncties/boundary spanners met mandaat in de wijk; teams waarin sociaal en medisch samen optrekken.
- Gezamenlijke taal en visie (Positieve Gezondheid, Rechtvaardige Preventie en Sociale Kwaliteit; begripsverheldering), leernetwerken die ontmoeting en co-creatie organiseren.
- Beroeps- en brancheorganisaties (SWN, BPSW, InEen) die scholing, richtlijnen en zichtbaarheid versterken.

## Wie heeft wat te doen?

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Sociaal Werk Nederland</b> | <p>Vindt het belangrijk samen met anderen een stevige lobby te voeren met een zichtbaar gezamenlijk verhaal waarin sociale cohesie en de intrinsieke waarde van de sociale basis centraal staan.</p> <p>Wat en hoe: Landelijke agenda sociale kwaliteit, basisfunctionaliteiten voor sociaal-medische samenwerking, participatie aan IZA/AZWA als gelijkwaardige partner. Publieke lobby (VWS, NZa, Zorginstituut, zorgverzekeraars), communicatie richting zorgpartijen over werkzame elementen van sociaal werk, coalities met diverse zorgpartners.</p>   |
| <b>BPSW</b>                   | <p>Methodische onderbouwing en professionalisering. Erkenning van sociaal werk vraagt richtlijnen, registers en onderbouwing passend bij het vak.</p> <p>Wat en hoe: richtlijnontwikkeling, registers (voorbeeld casemanagers dementie), scholingslijnen die aansluiten op zorgcontext. Cross-over scholing met InEen of het landelijke ROS-netwerk; publicaties over sociale gezondheid; vertaling van werkzame elementen naar toepasbare kaders.</p>   |
| <b>Gemeenten</b>              | <p>Bepalen contractering en kunnen continuïteit en relaties borgen.</p> <p>Wat en hoe: Relationale, meerjarige contracten. Opnemen van gelijkwaardigheid als norm in governance. Mandaat voor wijkteams/allianties (besluitvormende bevoegdheid en middelen om afspraken uit te voeren zodat knelpunten niet blijven liggen). Bewust kiezen voor partijen die aantoonbaar samenwerken over domeinen heen. Contracten koppelen aan prestatie-indicatoren voor samenwerking. Lumpsum voor wijkdoelen. Zorgen voor escalatieroutes in de regio bij impasse.</p> <p>Nodig: regio en zorgverzekeraar sluiten aan met cofinanciering en doorzettingsmacht.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Zorgorganisaties, InEen en het landelijke ROS-netwerk</b></p> | <p>Meer kennis van sociaal werk en gezamenlijke scholing. Interprofessioneel samenwerken verhoogt kwaliteit en voorkomt onnodige verwijzing.</p> <p>Wat en hoe: bevorderen van teammodellen (sociale en medische professionals werken structureel, integraal en gelijkwaardig samen in één vast team, meestal op wijkniveau, rond inwoners en hun ondersteuningsvragen. Dit in plaats van losse verwijzingen of tijdelijke projecten. Brugfuncties, gezamenlijke woordenlijsten en triage, training Positieve Gezondheid.</p> <p>Regionale programma's via ROS, samen leren in de praktijk (professionals uit het medisch domein leren en werken samen met sociaal werkers. Door gezamenlijk casussen op te pakken, elkaars expertise te benutten en samen oplossingen te ontwikkelen, ontstaat wederzijds begrip en een gedeelde visie).</p> <p>Samenwerkingsinitiatieven niet alleen beoordelen op productie of zorggebruik, maar ook op effecten van preventie. Uitkomsten systematisch meten, partijen kunnen aantonen dat preventieve samenwerking loont en onderbouwen waarom structurele bekostiging nodig is.</p> |
| <p><b>Opleidingen</b></p>   | <p>Nieuwe professionals moeten grensoverstijgend leren werken.</p> <p>Wat en hoe: Interprofessionele curricula (sociaal werk-verpleegkunde), praktijkleren in domeinoverstijgende projecten.</p> <p>Minor/masters op het snijvlak, serious games en leerateliers in wijk; structurele koppeling onderwijs-praktijk-onderzoek.</p>   |

### 4.3. Randvoorwaarde: financiering

Financiering is de harde randvoorwaarde. Zolang Zvw-Wmo-Wlz gescheiden blijven en bekostiging korte-termijn prikkels geeft, blijft samenwerking afhankelijk van bevlogen individuen en tijdelijke potjes. Het wrong pocket-probleem blokkeert investeringen in preventie: baten vallen vaak elders. Tegelijk zien we dat innovatieve contracten (lumpsum, populatie-bekostiging), gezamenlijke budgetten en borging-afspraken bij de start het verschil maken. De behoefte aan doorzettingsmacht op regionaal niveau keert steeds terug: zonder mandaat blijven goede ideeën vrijblijvend.

## Remmende krachten

- Verkokerde bekostiging en tegengestelde logica's.
- Tijdelijke financiering en projectcarrousel; opschaling verstart door strakke KPI's en verlies van flexibiliteit.
- Geen betaaltitels voor samenwerkingstijd; ongelijkheid tussen professionals.

## Drijvende krachten

- Innovatieve contracten (lumpsum ouderenzorg; populatiebekostiging) die prikkels richting preventie verschuiven.
- IZA/AZWA als kader voor gezamenlijke budgetten en domeinoverstijgende inkoop.
- Handreikingen van NZa, Zorginstituut, Vilans voor domeinoverstijgende activiteiten en kosten-baten.

## Wie heeft wat te doen?

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>NZa</b>                     | Heldere kaders bieden voor activiteiten die gericht zijn op samenwerking en op collectieve functies die niet alleen voor eigen verzekerden worden ingekocht door een zorgverzekeraar, maar ook voor anderen. Wat en hoe: Handvatten aanrijken. Versnellen via regiopilots met zorgverzekeraars/gemeenten; evaluatie op maatschappelijke meerwaarde.  |
| <b>Zorginstituut Nederland</b> | Prioriteit voor nieuwe/heldere betaaltitels en omschrijvingen daarvan. Zonder blijft financiering experiment gedreven. Het Zorginstituut verheldert wat in de Zwv kan worden vergoed.<br>Wat en hoe: Prestatiecodes voor samenwerkingstijd en domeinoverstijgende activiteiten; heldere kaders voor gezamenlijke inkopen. Duidelijkheid over wat wel en niet vergoed kan worden via Zwv.<br>Nodig: NZa, Zorginstituut en VWS faciliteren in onderlinge afstemming en met andere partners in zorg en welzijn ontwikkelingen in regio. |
| <b>Ministerie van VWS</b>      | Landelijke kaders en doorzettingsmacht zijn nodig om versnippering tegen te gaan.<br>Wat en hoe: Basisfunctionaliteiten (bijvoorbeeld Welzijn op Recept, valpreventie) normeren; transformatiegelden koppelen aan borging; mandaat voor regionale platforms. Twee-laags governance (landelijke kaders; regionale doorzettingsmacht) en escalatieroutes bij impasses.   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Zorgverzekeraars &amp; Gemeenten</b></p>     | <p>Willen samen financieren als borging en businesscase helder zijn. Samen kunnen zij de wrong pocket-problematiek doorbreken en continuïteit garanderen.</p> <p>Wat en hoe: Gezamenlijke fondsen (Maasvallei-model), meerjarige wijkclumpsum met preventiedoelen, co-financiering van brugfuncties. Start pilots mét opschalings- en borgingsafspraken; delen van data en uitkomsten op populatieniveau; selectieve contractering: contracten met organisaties die gericht zijn op samenwerking.</p> <p>Nodig: NZa, Zorginstituut en VWS faciliteren in onderlinge afstemming deze ontwikkeling.</p> |
| <p><b>Regionale platforms (zoals IZA/AZWA)</b></p> | <p>Mandaat nodig om knelpunten op te lossen, middelen te verdelen, afspraken af te dwingen.</p> <p>Wat en hoe: Doorzettingsmacht, gezamenlijke budgetverantwoordelijkheid, monitoring van preventie en samenwerking.</p> <p>Governance met gelijkwaardigheid (zorg, sociaal, inwoners), prestatieafspraken en escalatie-mechanismen.</p> <p>Nodig: VWS/NZa borgen randvoorwaarden.</p>  |
| <p><b>Kennisinstituten</b></p>                     | <p>Praktische tools voor kosten-baten en handreikingen versnellen besluitvorming.</p> <p>Wat en hoe: Toolkit voor domeinoverstijgende financiering, voorbeeldcontracten, casebooks met werkzame elementen.</p> <p>Regiobrede kennisdeling; koppeling aan inkoop/contractering; training voor controllers/inkopers.</p> <p>Nodig: samenwerking tussen kennisinstituten en zorgverzekeraars/gemeenten.</p>  |

# Bijlage

## **Lijst van de projecten van Werkplaatsen Sociaal Domein binnen het programma Samenwerking Sociaal Medisch, die zijn betrokken in deze krachtenveldanalyse:**

1. WSD Amsterdam en Omgeving, Lang Leven Thuisflats Amsterdam.
2. WSD Arnhem en Nijmegen, Voorkomen van zwaardere zorg. Opscaling en implementatie van Sociaal Arrangeren in Zuid-Gelderland.
3. WSD Gelderse Vallei, Het goede gesprek in de driehoek.
4. WSD Den Haag – Leiden, Intramurale en extramurale samenwerking in de ouderenzorg in Den Haag.
5. WSD Zuid-Holland Zuid, IJsselland ziekenhuis en Welzijn Capelle: welzijn in het ziekenhuis.
6. WSD Zwolle, Wijkgericht werken rondom jonge kind.
7. WSD Noord-Brabant Avans, Community Care bij cognitieve klachten en/of dementie.
8. WSD Flevoland, Digitale inclusie in de eerstelijnsgezondheidszorg.
9. WSD Friesland, Domein overstijgend samenwerken in leernetwerken in Friesland en Drenthe: wat leren we daarvan?
10. WSD Twente, Zorgzame buurt.
11. WSD Utrecht (kUS), WaTeR - Welzijn aan Tafel.

Deze projecten werden in samenwerking met verschillende partners uitgevoerd (bijv. zorg en/of welzijnsorganisaties, bewonersorganisaties, gemeenten, kennisinstellingen, verzekeraars ect.).

## **Lijst van geïnterviewde sleutelfiguren:**

1. Pieter Hilhorst, Het Ben Sajat Centrum.
2. Janny Bakker-Klein, Movisie.
3. Ludo Glimmerveen, Het Ben Sajat Centrum/ Vrije Universiteit Amsterdam.
4. Pauline Zwart, Platform Sociaal Domein.
5. Aad de Groot, DSW Zorgverzekeraar.
6. Yvonne van Wijk, Gemeente Hengelo, Jolanda Tappel, Slangenbeek Gezond.
7. Dana de Wolff, Gemeente Tytsjerksteradiel.
8. Nynke Dijkstra en Anouk Ganseij, Gemeente Zwolle.
9. Marjoke Verschelling-Hartog, Gemeente Utrecht.
10. Truus van Tiggelen, Sociaal Werk Nederland.
11. Jan Willem Bruins, Beroepsvereniging van Professionals in het Sociaal Werk (BPSW).
12. Corine Zijderveld, Patiëntenfederatie Nederland.
13. Eelke Pruijm, het Landelijk Opleidingsoverleg Social Work (LOO SW).
14. Wienke Thoonen, Regio Nijmegen op één lijn (NOEL).
15. Hans Wesselink, Raad van Ouderen.

16. Marion van den Heuvel, Tranzo/ Tilburg University.
17. Petra van der Horst, de Koepel Adviesraden Sociaal Domein.
18. Remco Vierling, ROC Mondriaan, de school voor Pedagogische en Sociale beroepen.
19. Anneke Augustinus, Vilans.
20. Yvette Visser, Lara Gon, RegioPlus.
21. Anneke van Vught, Inge Schoenmakers, Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).
22. Elske de Ronde, Elaa (de ROS voor Amsterdam en Almere).
23. Tiemen Meijer, Zorgkantoor Zilveren Kruis.
24. Jessie Silva, Ronald Bellekom, VNG.
25. Erik Dannenberg, Zelfstandig adviseur.
26. Jos de Blok, Buurtzorg.
27. Anno Pomp, het Ministerie van VWS.
28. Astrid Scholl, David Smeekes, Annemarie Cromwijk, InEen.
29. Mireille Menting, Sarah Prins, Zorginstituut Nederland.
30. Hilbrand Jacobs, Zelfstandig adviseur.

# Bronnen

Hilhorst P., van den Wijngaart M. (2024). Samenwerking sociaal en medisch domein. EMMA. [Samenwerking sociaal en medisch domein \(sociaalwerknederland.nl\)](https://www.samenwerking-sociaal-en-medisch-domein.nl)

Hilhorst P., van den Wijngaart M. (2025). Pionieren in niemandsland. EMMA.

Hosper K., Mantel T., de Been M. (2025), Brugfuncties tussen huisartsenzorg en sociaal domein Welke professionals slaan de brug en hoe dragen zij bij aan een betere samenwerking? Utrecht: Pharos, expertisecentrum Gezondheidsverschillen. [Interactieve-handreiking-brugfuncties-huisartsenzorg-en-sociaal-domein\\_072025-SZ.pdf](https://www.pharos.nl/publicaties/interactieve-handreiking-brugfuncties-huisartsenzorg-en-sociaal-domein_072025-SZ.pdf)

Kolner, C. (2024). Rechtvaardige Preventie: Op het snijvlak van de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. ISBN: 978- 94-93391-09-3. <https://research.uvh.nl/publications/rechtvaardige-preventie-op-het-snijvlak-van-de-publieke-gezondhei>

Kolner, C. (2025). Het gif of de gift? Over Rechtvaardige Preventie en de gift van het sociaal werk. Marie Kamphuislezing 30 oktober 2025.

Schoenmakers E., van de Korput J., Ramaker L., van der Zwet R. (2025). Begripsverheldering van beleidstermen in zorg en welzijn voor ouderen. Van de A van 'Ageing in place' tot de Z van Zorgzame buurten. Werkplaatsen Sociaal Domein.

Verharen L., Wolf J., Algera M., Holtrop I., Moorman N., Van Pelt M., Tuinstra J. (2024). Waar staan we met sociale kwaliteit in het sociaal werk? Kansen voor de wetenschappelijke onderbouwing en doorontwikkeling van het beroep. Journal of Social Intervention: Theory and Practice – 2024 – Volume 33, Issue 2, pp. 4–23. <https://journalsi.org/articles/811/files/668f8687ef324.pdf>

## Eindnoten

- 1 [Samenwerken: Hoe sociaal, medisch en zorg elkaar vinden | Werkplaatsen Sociaal Domein](#) Geraadpleegd op 1.12.2025.
- 2 ['Instantiekapitaal', of hoe te dealen met instanties – Sociale Vraagstukken](#)



