



De arbeidsmarkt van het sociaal domein

EINDRAPPORT

21 juni 2019



AZw

ONDERZOEKSPROGRAMMA

ARBEIDSMARKT

ZORG & WELZIJN



Auteurs

Yannick Bleeker (Regioplan)
 Frank Kriek (Regioplan)
 John van Leerdam (CEBEON)
 Jos Mevissen (Regioplan, projectleiding)
 Wilfred Nijhof (CEBEON)
 Hedwig Rossing (Regioplan)
 Hetty Visee (Regioplan)

Met medewerking van: Stella Balicki, Corine Buers, Vera Haanstra, Jos Lubberman, Kiriko Mechanicus, Joris Timmerman

Amsterdam, 21 juni 2019
 Publicatienr. 19098

© 2019 Regioplani.s.m. CEBEON, in opdracht van het onderzoekprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)

Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Regioplan. Regioplan aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

0 Beantwoording onderzoeksvragen	5
0.1 Beantwoording van de centrale onderzoeksvragen	6
0.2 Beantwoording van de deelvragen	8
1 Inleiding	18
1.1 Vraagstelling.....	19
1.2 Wat verstaan we onder het sociaal domein?	20
1.3 Leeswijzer.....	21
2 Visies op het sociaal domein	22
3 Inrichtingsvormen van het sociaal domein	25
3.1 Afbakening.....	26
3.2 Toegang	29
3.3 Inkoop.....	33
3.4 Samenwerking.....	38
3.5 Aanzet voor een typologie	41
4 Doorwerking van inrichtingsvormen op opdrachtgevers van het sociaal domein	43
4.1 De belangrijkste doorwerkingen	44
4.2 De belangrijkste doorwerkingen nader omschreven.....	45
5 Welke organisaties zijn actief in het sociaal domein?	49
5.1 Organisaties in het sociaal domein	50
5.2 Achtergrond organisaties sociaal domein.....	56
5.3 Organisatieveranderingen in het sociaal domein	59
5.4 Gemeenten als werkgever in het sociaal domein.....	62
6 Functies van werknemers in het sociaal domein	64
6.1 Cao's in het sociaal domein.....	65
6.2 Cliëntgebonden functies en functie veranderingen in het sociaal domein	66
6.3 Functie vereisten	74
7 Arbeidsrelaties en arbeidsvoorwaarden in het sociaal domein	78
7.1 Personeel in loondienst in cliëntgebonden functies.....	79
7.2 Arbeidsinzet niet in loondienst voor cliëntgebonden functies	81
7.3 Veranderingen in arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden.....	84
8 Werknemers over werken in het sociaal domein	86
8.1 Bevindingen uit publicaties/jurisprudentie over werknemers	87
8.2 Werknemers aan het woord	89

Bijlage A – Verantwoording onderzoek	100
Literatuurstudie/deskresearch.....	101
Cases studies gemeenten	101
Interviews met organisaties in het sociaal domein.....	102
Webenquêtes	102
Groeps gesprekken en interviews met werknemers in het sociaal domein.....	105
Bijlage B – Respondenten en informanten	106
Bijlage C – Bijlagen bij de enquête	109
Specificering taken die organisaties uitvoeren in het sociaal domein.....	110
Stellingen over de gevolgen van bezuinigingen	111
Stellingen over veranderingen op de arbeidsmarkt van het sociaal domein	112

0 Beantwoording onderzoeksvragen

0

Bij wijze van samenvatting beantwoorden we hierna in het kort de drie hoofdvragen en vervolgens de afzonderlijke deelvragen¹ die ten grondslag lagen aan het onderzoek (zie ook hoofdstuk 1).

0.1 Beantwoording van de centrale onderzoeksvragen

1. Hoe heeft het sociaal domein zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

Met de decentralisaties van de Wmo, de Jeugdzorg en de invoering van de Participatiewet zijn de gemeentelijke taken, gericht op de kwetsbare burger uitgegroeid tot een substantieel cluster. Dit cluster wordt wel aangeduid als 'sociaal domein'. Het bestaat uit bovengenoemde nieuwe taken, plus taken die al voor de decentralisaties tot het gemeentelijke takenpakket behoorden zoals bijvoorbeeld de zorg voor passend onderwijs (in samenwerking met onderwijsinstellingen), welzijn, schuldhulpverlening en de (bijzondere) bijstand. De 'nieuwigheid' van (onderdelen van) dit cluster ging gepaard met **veel onzekerheid**, zowel voor de burger/cliënt als voor gemeenten en de aanbieders van zorg en ondersteuning. Het is nog steeds **zoeken naar de beste uitvoeringsmodaliteiten**.

De decentralisaties zijn gepaard gegaan met (soms forse) bezuinigingen en hebben geleid tot een sterkere focus op een **doelmatige uitvoering** van de gedecentraliseerde taken. Gemeenten als lokale en regionale opdrachtgevers en aanbieders als opdrachtnemers hebben elkaar steeds beter weten te vinden als gezamenlijke verantwoordelijken voor de zorg en ondersteuning aan kwetsbare burgers, maar hun verhouding is nog verre van uitgekristalliseerd. Het sociaal domein is nog **volop in ontwikkeling** en gemeenten maken uiteenlopende keuzes op het brede spectrum van zelf doen en uitbesteden. Waar bijvoorbeeld de ene gemeente kiest voor vergaande protocollering van de (toewijzing van) zorg en ondersteuning, kiest de andere gemeente er juist voor om de professional (en de burger) zo veel mogelijk vrij te laten in zijn/haar handelen.

Die verschillende keuzes leiden tot verschillende reacties van zorgaanbieders. Een belangrijke generieke ontwikkeling is een **toenemende nadruk op samenwerking**, tussen gemeente en aanbieder, met collega-aanbieders, met aanbieders in aanpalende sectoren, met organisaties en instellingen in de sociale basis-infrastructuur en niet in de laatste plaats met de burger en diens vertegenwoordigers.

De uitgaven in het sociaal domein zijn, mede als gevolg van de transformaties, in menig gemeente de grootste post op de begroting geworden. Daarmee heeft het sociaal domein er voor de aanbieders een **politiek bestuurlijke dimensie** bij gekregen, waar het voorheen vooral een zorginhoudelijke dimensie had. De noodzaak tot samenwerking wordt steeds groter. Een samenwerking die wordt ingegeven en gevoed door de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en aanbieders voor de kwetsbare burgers. Waar voorheen de overheid verantwoordelijk was voor de inrichting van het zorgstelsel en de aanbieder voor de kwaliteit van de zorg en er dus sprake was van onderscheiden verantwoordelijkheden, is er een tendens waarneembaar dat **die verantwoordelijkheden naar elkaar toegroeien**. De kwaliteit van zorg is mede afhankelijk van de inrichting van het stelsel en andersom. Het gaat hier weliswaar om nog prille ontwikkelingen, maar aanbieders moeten wel degelijk rekening houden met die verschillende dimensies van het stelsel, er mee om kunnen gaan en hun bedrijfsstrategie erop afstemmen. Het sociaal domein kent met andere woorden **niet één gezicht**, maar meerdere gezichten, waarvan de mimiek met enige regelmaat kan veranderen.

2. Hoe ziet het sociaal domein er nu uit?

Gemeenten hebben gekozen voor verschillende inrichtingsvormen van het sociaal domein. Een belangrijke constante daarbij is dat het merendeel van de gemeenten de zorg dicht bij en rondom de burger organiseren in de vorm van **sociale teams**. Die teams zijn er in verschillende varianten (wel niet zelf zorg verlenen, bestaande uit specialisten of juist generalisten, gericht op alle leeftijden of gesplitst in een team voor jongeren en een team voor volwassenen) die nog veranderen. Voor diverse aanbieders betekent dit dat een deel van hun **personeel onderdeel** wordt van die teams, waardoor de band met het moederbedrijf losser wordt en de aard van hun werkzaamheden geleidelijk verandert. Die ontwikkeling heeft invloed op de aard en

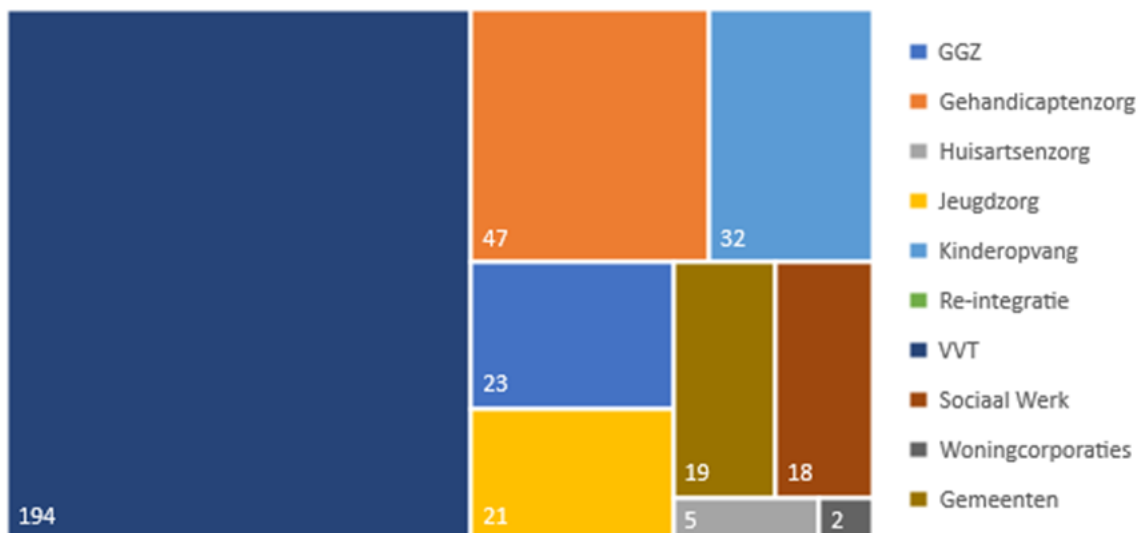
¹ Hierbij zijn de nummering en formuleringen uit de aanvraag aangehouden.
[De arbeidsmarkt van het sociaal domein](#)

samenstelling van het personeelsbestand van de zorgaanbieders. Vastgesteld is dat **verschuivingen** plaatsvinden; bijvoorbeeld in vereiste expertise en vaardigheden, de verhouding tussen uitvoerend en ondersteunend personeel en die tussen generalisten en specialisten.

Het sociaal domein is zeker nog **geen afgebakend domein**. In sommige gemeenten omvat het alleen de drie decentralisaties (Jeugdwet, Wmo en Participatiewet); in andere gemeenten worden ook domeinen als wonen en ruimte, sport en cultuur, onderwijs en kinderopvang, bijstand en schuldhulpverlening en de dienstverlening vanuit de sociale basis (zoals welzijn) tot het sociaal domein gerekend. Kleinere gemeenten hanteren vaker de brede, integrale definitie van het sociaal domein dan grotere gemeenten. De intentie in het sociaal domein is vanuit een integrale werkwijze de zorg en ondersteuning rond de burger te organiseren. Bij een brede, integrale definitie van het sociaal domein moeten heel veel disciplines met elkaar samen (leren) werken. Juist omdat de decentralisaties hebben geleid tot veel veranderingen in het zorgaanbod, is de afbakening niet gemaakt op basis van wetgeving of financiële stromen en zijn naast **de 'traditionele' zorgsectoren, ook erin betrokken**: de ggz, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, jeugdzorg, kinderopvang, re-integratiesector, Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), het sociaal werk, woningcorporaties en gemeenten. Het **aandeel** bedrijven per branche dat aangeeft in het sociaal domein te werken verschilt sterk. Dat aandeel is met 96 procent van de organisaties het grootst in de jeugdzorg, gevolgd door de VVT met negen op de tien organisaties.

Aan opdrachtgevers en uitvoerders is ook gevraagd welk deel van het personeel volgens hen werkt in het sociaal domein. Daarbij hebben we ons beperkt tot personeel in het sociaal domein dat in cliënt-gebonden functies werkt. Op basis van deze 'toerekening' aan het sociaal domein van personeel werken naar schatting, binnen een brede betrouwbaarheidsrange, in totaal zo'n 350.000 werknemers in het sociaal domein in cliëntgebonden functies (zie figuur).² Dit is exclusief ingeleend personeel (uitzend-krachten, zzp'ers, e.d.). De meeste werknemers zijn werkzaam in de VVT, de minste bij woningcorporaties.

Figuur 0.1 Globale schatting van cliëntgebonden werkgelegenheid in het sociaal domein³



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

² Dit is exclusief de re-integratiebranche omdat voor deze branche het totaal aantal werknemers niet te bepalen is. De term re-integratie is in feite namelijk de noemer waaronder organisaties uit verschillende branches vallen.

³ De re-integratiebranche is niet met een veld in de figuur weergegeven omdat de omvang ervan niet geschat kon worden.

3. Wat zijn gevolgen van de verschillende inrichtingsvormen voor de arbeidsmarkt?

De keuzes die gemeenten maken rond de manier waarop zij hun taken in het sociaal domein organiseren en laten uitvoeren, hebben **geen eenduidige gevolgen** voor de arbeidsmarkt van het sociaal domein in die zin dat bij een bepaalde inrichtingsvorm specifieke arbeidsmarktstructuren en -ontwikkelingen vast te stellen zijn. Het sociaal domein wordt meer dan voorheen door zorgaanbieders gezien als een markt, waar (meer dan vroeger) sprake is van concurrentie en waar dus ook concurrerend gehandeld moet worden. Vrijwel alle zorgaanbieders zijn zich daar goed van bewust en realiseren zich dat dit noopt tot (her)bezinning op de bedrijfsstrategie. De uitkomst daarvan verschilt van aanbieder tot aanbieder en is van veel meer afhankelijk dan alleen van de inrichting van het sociaal domein door die gemeente(n) waar de aanbieder actief is. Wel is een aantal meer **generieke gevolgen** te zien op het werken in het sociaal domein:

- Waar nodig zorgen aanbieders ervoor dat hun personeelsbestand mee kan bewegen met variaties in de vraag van gemeenten.
- De noodzaak tot meer samenwerken leidt tot veranderingen in de vereiste kennis en competenties van medewerkers.
- De concurrentie op prijs en het opleggen van een tarief/prijs door gemeenten leidt tot meer werkdruk en ontevredenheid van werknemers over wat men de cliënt kan bieden.

Er is meer sprake van marktwerking, maar feitelijk kan niet meer worden gesproken van één zorgmarkt. Eerder is sprake van het naast elkaar bestaan van vele, **lokale/regionale markten** die soms fors van elkaar verschillen qua omvang en aard van de zorgvragen waar aanbieders dus ook verschillend op moeten reageren. In de zogenoemde nulde lijn (onder ander bestaande uit maatschappelijk werk en welzijn) wordt vooral aanbesteed via subsidierelaties die doorgaans voor meerdere jaren worden aangegaan. Subsidierelaties die niet fundamenteel anders zijn dan vóór de decentralisaties.

Binnen de geschetste context van een veelheid aan markten en arbeidsmarkten hebben aanbieders, die soms alleen lokaal, soms echter ook regionaal en bovenregionaal opereren hun eigen bedrijfsstrategieën en, daarvan afgeleid, hun eigen HR-beleid. Voor zover de opzet en reikwijdte van het onderzoek dat al toeliet, hebben we **geen eenduidige HR-strategieën** kunnen vaststellen in reactie op door gemeenten gekozen inrichtingsvormen. Zo reageren sommige aanbieders op de marktdynamiek en -onzekerheid door werknemers tijdelijke/flexibele contracten aan te bieden. Andere werkgevers daarentegen zetten juist in op het aantrekken en vasthouden van gespecialiseerd personeel omdat ze niet zo zeer inspelen op de marktdynamiek, maar op het gegeven dat door gemeenten steeds meer nadruk wordt gelegd op resultaat en dus aan zorgaanbieders wordt gevraagd om te laten zien dat de geleverde zorg en ondersteuning het gewenste resultaat oplevert. Door werknemers in verschillende functiecategorieën is gewezen op de toegenomen ruimte voor de professional. In het verlengde hiervan komt uit interviews met werknemers in het sociaal domein niet een eenduidig beeld van ontwikkelingen in arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden.

Op basis van het voorgaande lijkt het niet voor de hand te liggen om over dé arbeidsmarkt van het sociaal domein te spreken. Feitelijk is (nog) sprake van heel veel lokale en regionale markten waarop de vraag-aanbod situatie per branche of beroepsgroep heel verschillend kan zijn, al naargelang keuzes die gemeenten én zorgaanbieders maken. Daar staat tegenover dat in kostprijsberekeningen wel steeds meer duidelijk wordt welke deskundigheidsniveaus bij verschillende typen ondersteuning nodig zijn. Mogelijk gaat dit in vergelijkbare inrichtingsvormen tot convergentie van arbeidsvoorwaarden leiden.

0.2 Beantwoording van de deelvragen

A1. Wat voor verschillende achterliggende visies op het sociaal domein zijn te onderscheiden bij verschillende gemeenten?

In de visies van gemeenten zien we als rode draad de transformatiefilosofie terug zoals die is verwoord in de wettelijke kaders voor de transitie (Jeugdwet, Wmo 2015 en Participatiewet). Leidend daarin zijn principes van preventie en zelfredzaamheid, maatwerkondersteuning en integraal werken. Aan de hand hiervan verwacht men op termijn kosten te kunnen besparen. Dat vraagt, zeker in de eerste periode, investeringen in nieuwe

werkwijzen (transformatie). Afhankelijk van de mate waarin op gemeentelijke budgetten is gekort en baten van investeringen achterblijven bij de verwachtingen, kunnen gemeenten meer of minder financiële druk ervaren. Dit kleurt mede inrichtingskeuzes. Waar verschillen zichtbaar zijn, gaan die vooral over wat men verwacht van inwoners (zelfstandig en als samenleving) en welke rol de gemeente zelf wil (kunnen) vervullen.

De beleidsvelden die gemeenten tot het sociaal domein rekenen verschillen, hoewel een meerderheid heeft gekozen voor een brede afbakening. Alle gemeenten rekenen jeugdzorg tot het sociaal domein.

Maatschappelijke ondersteuning en participatie/werken inkomen worden in de meeste gemeenten ook tot het sociaal domein gerekend (de brede definitie van het sociaal domein). Veel gemeenten rekenen daarnaast de ondersteuning van vluchtelingen of asielzoekers en beschermd wonen ertoe. Driekwart rekent onderwijs tot het sociaal domein en ongeveer twee derde de kinderopvang, volksgezondheid en sport.

A2. Welke keuzes zijn gemaakt door gemeenten en aanbieders bij de inrichting van het sociaal domein? (zoals de keuze voor inbesteding, aanbesteding of werken met een subsidierelatie, of een combinatie)

Gemeenten maken met name keuzes over de afbakening van het sociaal domein (breedte en samenhang), de vormgeving en positionering van de toegang, de wijze van bekostiging en inkoop, en wijze van samenwerking met andere partijen (buurgemeenten, eerstelijnszorg, onderwijs en andere maatschappelijke partners). Een keuze voor eigen beheer dan wel uitbesteding is vooral aan de orde bij de positionering van de toegang en de inkoopvorm.

De aanbieders van zorg en ondersteuning in het sociaal domein hebben strikt genomen niet zo veel te kiezen; zij zijn eerder gebonden aan de keuzes die gemeenten hebben gemaakt bij de inrichting van het lokale sociale domein. De versnippering van de arbeidsmarkt noopt wel veel aanbieders, met name in de jeugdzorg, tot een herbezinning op de arbeidsmarktstrategie. Die herbezinning leidt tot uiteenlopende keuzes zoals wel/geen tijdelijk personeel aannemen, juist meer kiezen voor de doorontwikkeling van het eigen specialisme of meer inzetten op generalistisch werken.

A3. Welke overweging, visie of keuze lagen ten grondslag aan de keuze van één van deze inrichtingsvormen?

Belangrijke overwegingen die bij deze keuzes een rol spelen zijn:

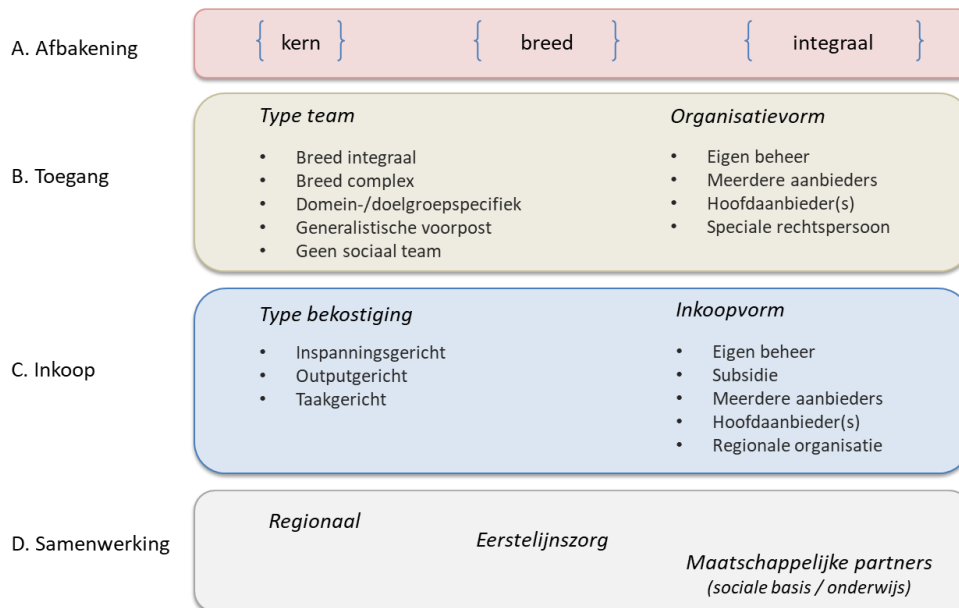
- geleidelijke ontwikkeling: veel gemeenten vormen bestaande (deels bij de transitie geërfde) structuren stapsgewijs om naar een meer gewenste situatie, mede om alle partners mee te nemen en veranderingen goed te verankeren;
- schaalgrootte: in vergelijking met grote gemeenten hebben kleinere gemeenten meer overzicht en houden zij vaker de toegang in eigen hand, terwijl zij bij de inkoop en regionale samenwerking meer zijn aangewezen op de relatie met buurgemeenten;
- samenhang: om bij meervoudige problematiek daadwerkelijk maatwerk te kunnen bieden, is integraliteit in beleid (waaronder afbakening van het sociaal domein), toegang (soort sociaal team) en uitvoering (inclusief inkoopvorm en samenwerking met maatschappelijke partners) van belang;
- specialisatievoordelen: zulke voordelen kunnen reden zijn om te kiezen voor uitbesteding (bestaande expertise beter benutten) en domein-/doelgroepspecifieke toegang (beter kunnen inspelen op specifieke kwaliteitseisen);
- sturingsbehoefte vanuit transformatie: door bij inkoop en/of toegang afspraken te maken met één of een beperkt aantal aanbieders (partnerschap met gedeelde verantwoordelijkheid) verwachten gemeenten effectiever transformatiedoelen, zoals het meer integraal en cliëntgericht bieden van ondersteuning en het beter/eerder afschalen van zorg, te kunnen realiseren.

Daarnaast zijn veranderingen in inrichting vaak mede ingegeven door minder goede ervaringen en/of tegenvallende resultaten met bestaande structuren.

A4: Is er een typologie te maken van (dominante typen) inrichtingsvormen van het sociaal domein?

Het onderzoek heeft een raamwerk opgeleverd van typen inrichtingsvormen, geïllustreerd aan de hand van casestudies en beschikbare landelijke gegevens. Dit raamwerk is hieronder schematisch weergegeven en bevat belangrijke dimensies waarlangs gemeenten het sociaal domein inrichten.

Figuur 0.2 Mogelijke inrichtingsvormen



In de lokale praktijk is de diversiteit zodanig dat allerlei combinaties voorkomen. Een beperkt aantal combinaties komt in de onderzochte gemeenten vaker voor. Zo gaat een resultaat- of taakgerichte bekostiging vaker samen met een brede afbakening, terwijl een inspanningsgerichte bekostiging meer voorkomt als het sociaal domein is beperkt tot kernonderdelen. Bij een kernafbakening is ook vaker sprake van brede integrale teams, die juist minder aan de orde zijn bij een integrale afbakening. Afgezien van zulke voorbeelden leveren de literatuur noch de casestudies duidelijke aanknopingspunten op om dominante typen te onderscheiden, in de zin van samenhangende constellaties van inrichtingsvormen. Op basis van de casestudies is wel een aanzet gegeven voor een typologie door de inrichtingsvormen te relateren aan de omvang van gemeenten. Die laat zien dat, ten opzichte van kleine gemeenten:

- (middel)grote gemeenten vaker een brede afbakening hebben van het sociaal domein;
- in middelgrote gemeenten vaker sprake is van een breed integraal sociaal team en in grote gemeenten een breed complex sociaal team. Ook hebben (middel)grote gemeenten de sociaal teams minder vaak in eigen beheer. Zij besteden dit vaker uit aan een hoofdaanbieder of rechtspersoon;
- bij jeugd en Wmo hebben (middel)grote gemeenten vaker een outputgerichte bekostiging.

De groep onderzochte gemeenten is te klein om generaliseerbare uitspraken te doen. Uitbreiding naar een groter aantal gemeenten kan dit ondervangen en duidelijk maken in hoeverre ook andere kenmerken een rol spelen. Daarbij komt dat er nog veel in beweging is binnen het sociaal domein. Het is daarom niet uit te sluiten dat op termijn meer eenduidige typen ontstaan die in de praktijk relatief effectief blijken te zijn bij verschillende soorten gemeenten.

A5. Wat is de invloed van de verschillende inrichtingsvormen van het sociaal domein op de (lokale) arbeidsmarkt?

De verschillende inrichtingsvormen hebben geen eenduidige invloed op de (lokale) arbeidsmarkt in het sociaal domein. De decentralisaties in het sociaal domein hebben geleid tot meer versnippering op de arbeidsmarkt, of beter gezegd, meer diversiteit in de lokale arbeidsmarkten. Elke gemeente en regionale samenwerking van gemeenten creëert zijn eigen arbeidsmarkt waarin specifieke regels gelden die van gemeente tot gemeente kunnen verschillen. Deze veranderingen gelden in het bijzonder voor aanbieders van jeugdzorg, minder voor aanbieders van Wmo-ondersteuning en in slechts beperkte mate voor aanbieders van welzijn, maatschappelijk werk en kinderopvang.

De versnippering als gevolg van lokale/regionale aanbesteding houdt tevens in dat de markt en daarmee de arbeidsmarkt voor zorgaanbieders onzekerder is geworden. Dit heeft onder andere te maken met het gegeven

dat de transitie weliswaar zijn afgerond (de overdracht van taken, bevoegdheden en bijbehorende budgetten), maar de transformaties nog niet (de veranderende werkwijze in het sociaal domein als gevolg van de nieuwe filosofie, waaronder meer inzet op eigen kracht van de burger en zijn/haar netwerk).

A6. Wat zijn de regionale/lokale verschillen waarop het sociaal domein is georganiseerd?

Bij de inkoop van maatwerkvoorzieningen blijken keuzes sterk regionaal gekleurd, omdat gemeenten dit samen met hun buurgemeenten doen. Dit geldt met name voor jeugdhulp en Wmo. Gemeenten kunnen de inkoop daarom lang niet altijd vormgeven zoals zij dat zouden willen vanuit hun lokale praktijk en doelstellingen. Regionale keuzes geven mede inkleuring aan lokale keuzes, bijvoorbeeld als het gaat om de inrichting van de toegang. Ook de invulling van taken rond opvang en beschermd wonen vindt nog overwegend op bovenlokaal niveau plaats. Op de meeste andere aspecten is sprake van een grote lokale verscheidenheid. Deze manifesteert zich met name op de dimensies van de geschetste typologie.

B1. Welke nieuwe organisatievormen zijn er ontstaan?

Met name de samenwerking in sociale wijkteams⁴ is nieuw en kan worden beschouwd als een gevolg van de transformaties, alhoewel menig gemeente al voor de transformaties werkte met lokale teams. Relatief nieuw zijn de regionale inkooporganisaties waar gemeenten in samenwerken en die als opdrachtgever voor de zorgaanbieders functioneren. Op basis van de enquête stellen we vast dat ongeveer veertig procent van de organisaties in de branches Jeugdzorg, GGZ en gehandicaptenzorg veel werk anders heeft moeten organiseren als gevolg van de decentralisaties. Dat geldt ook voor een kwart van de organisaties in de vvt en welzijnsbranche.ⁱ

B2. Is er sprake van (een) netwerkorganisatie(s) of regionaal werkgeverschap?

Er is als gevolg van de transformaties veel vaker sprake van regionaal werkgeverschap, met name voor de aanbieders van jeugdzorg. In zekere zin kunnen de sociale teams/wijkteams worden beschouwd als netwerkorganisaties, omdat daar verschillende zorgaanbieders, elk vanuit hun eigen expertise op voet van gelijkwaardigheid samenwerken.

In het verzorgingsgebied van organisaties zijn grote verschillen tussen branches die actief zijn in het sociaal domein. Zo werken bijna alle organisaties in de huisartsenzorg vooral lokaal. Dat geldt ook voor meer dan de helft van de kinderopvangorganisaties en woningbouworganisaties. Organisaties in de gehandicaptenzorg, ggz en vvt zijn vaak in meerdere gemeenten actief en jeugdzorgorganisaties zijn vaak of in meerdere gemeenten of in verschillende provincies actief.

B3. Welke veranderingen zijn zichtbaar in de werkomgeving van werknemers en samenwerking tussen organisaties?

De belangrijkste veranderingen zijn er voor werknemers die deel uitmaken van het sociaal team/het wijkteam. Zij moeten daarin samenwerken met professionals uit andere disciplines. Soms zijn zij gedetacheerd, soms in dienst van de gemeente/de hoofdaanbieders van zorg. In alle gevallen geldt dat de band met de moederorganisatie losser is geworden, zo niet verdwenen is. Ook moet er vaker dan voorheen in de wijk, in de buurt op locaties (bijvoorbeeld op scholen) worden gewerkt waar men eerder gewend was vanuit de eigen locatie te werken.

Veranderingen die door organisaties in het sociaal domein het vaakst worden genoemd zijn meer moeten administreren, meer moeten samenwerken met andere professionals, nieuwe kennis en vaardigheden moeten aanleren en het erbij krijgen van meer taken.

B4. Hoe veranderen functies?

Een belangrijke verandering in de functie-inhoud die door veel werkgevers wordt gesignaleerd is dat de professional generalistischer moet kunnen werken, zeker als het gaat om het signaleren van problematiek en het beoordelen welke expertise het beste kan worden ingezet om die problematiek van de burger op te lossen. Deze verandering wordt wel omschreven als de opkomst van de T-shaped professional.

Deze ontwikkeling is in de interviews met medewerkers niet voor alle functiecategorieën in dezelfde mate vastgesteld. Het speelt bijvoorbeeld wel bij maatschappelijk werkers, maar niet of nauwelijks bij kinderopvangmedewerkers of activiteitenbegeleiders in de gehandicaptenzorg.

⁴ Zie de typologie bij de beantwoording van onderzoeksvraag B1 voor de soorten wijkteams die zijn ingericht.

Twee derde van de gemeenten heeft nieuwe functieprofielen moeten ontwikkelen voor cliëntgebonden functies als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein. In de branches jeugdzorg en VVT geldt dit voor ongeveer de helft van de organisaties. In de andere branches die actief zijn in het sociaal domein heeft minder dan de helft van de organisaties nieuwe functieprofielen moeten ontwikkelen.

B5. Wat zijn nieuwe taken en benodigde competenties om het werk goed te kunnen doen?

Zoals bij de beantwoording van vraag B4 is aangegeven, is met de opkomst van de T-shaped professional meer nadruk komen te liggen op breed kunnen signaleren, diagnosticeren en toeleiden naar de juiste specialistische hulp. De T-shaped professional hoeft niet alle specialismen zelf te kunnen uitvoeren, maar moet er wel weet van hebben en er naar kunnen toeleiden. Verder worden administreren en verantwoorden veel genoemd als taken die zijn toegenomen.

Een meerderheid van de responderende organisaties is het er mee eens dat werknemers als gevolg van veranderingen in het sociaal domein zowel meer taakgerichte competenties als sociaal-communicatieve, emotionele en intellectuele competenties moeten hebben.

B6. Welke voorbeelden zijn er van functiedifferentiatie en combinatiefuncties?

Werknemers in diverse functiecategorieën in het sociaal domein waren, op een enkel uitzondering na, niet van mening dat nieuwe taken en verantwoordelijkheden hebben geleid tot nieuwe functies, maar rapporteerden wel dat huidige functies veranderen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de functiecategorieën waarin meer aandacht is gekomen voor effectiviteit van de inzet en voor de persoonlijke ontwikkeling van cliënten, zoals activiteitenbegeleiders gehandicapten en kinderopvang. Ook de herstructurering van werkvelden leidt tot sterk veranderende functies. Hier gaat het bijvoorbeeld om maatschappelijk werkers die meer generalistisch te werk moeten gaan doen en wijkverpleegkundigen die meer aandacht moeten hebben voor de rol van de omgeving van de cliënt. Kerncompetenties veranderen geleidelijk aan, of anders gezegd, er komen nieuwe kerncompetenties bij. Het gaat dan bijvoorbeeld om het vermogen om de eigen kracht van de burger in te schatten, de inzetbaarheid van zijn of haar netwerk te beoordelen en meer in netwerkconstructies samen te werken met andere aanbieders van zorg en ondersteuning. Daartoe moet nieuwe kennis en moeten nieuwe vaardigheden verworven worden, bijvoorbeeld bepaalde gesprekstechnieken aanleren, leren luisteren naar de burger (de vraag achter de vraag horen), zorgzaamheid tonen, betrokkenheid laten zien en snel vertrouwen kunnen opwekken. Verder wordt het volgens een deel van de respondenten belangrijker om grenzen aan te kunnen geven, zowel tegenover je werkgever, samenwerkingspartners en je cliënt en zijn of haar omgeving. We zijn in de gesprekken met werknemers niet veel combinatiefuncties tegen gekomen. De meeste geïnterviewde werknemers in het sociaal domein hebben één baan.

B7. Welke loopbaanpaden hebben werknemers doorlopen?

Werknemers binnen het sociaal domein werken naar eigen zeggen vrij lang op dezelfde werkplek. In elk geval geldt dit voor de geïnterviewde werknemers. Ook zijn er uit interviews aanwijzingen dat werknemers lang binnen het sociaal domein blijven werken. Binnen het bestek van het onderzoek was het niet mogelijk loopbanen per functie(groep) of per type werknemer in kaart te brengen, hetgeen ongetwijfeld een meer gedifferentieerd beeld zou opleveren. Er zijn echter ontwikkelingen die (kunnen gaan) doorwerken op de loopbaanpaden van werknemers in het sociaal domein. De eerste is dat werknemers, in dienst bij een zorgaanbieder, op verzoek van de aanbestedende gemeente op detachingsbasis gaan werken in een wijkteam om uiteindelijk bij de gemeente of bij een hoofdaanbieder in dienst te treden. Een tweede is dat werknemers die startten als specialist uiteindelijk meer generalistisch zijn gaan werken. Dit vergroot hun mobiliteitsmogelijkheden op de arbeidsmarkt omdat ze als generalist op meer typen functies kunnen solliciteren. Ook het meer op zogenoemde vindplaatslocaties moeten gaan werken (bijvoorbeeld de gezinscoach die spreekuur houdt op scholen), in plaats van vanuit de locatie van de zorgaanbieder, vergroot de kans op arbeidsmarktmobiliteit.

B8. Wat zijn redenen van werknemers voor intrasectorale mobiliteit of om de sector te (hebben) verlaten?

De redenen voor werknemers om van baan te wisselen zijn per organisatie en per werkveld verschillend. Wel komt de hoge werkdruk in de meeste werkvelden terug als belangrijke reden om van baan te wisselen. Andere redenen om van baan te wisselen zijn het gebrek aan uitdaging, salarisverbetering en het beter kunnen combineren van werk en privé. Waar werknemers daar zicht op hadden, geven zij aan dat er vooral sprake is van intrasectorale mobiliteit.

B9. Hoe verandert de relatie tussen werkgever en werknemer?

Hoewel er in veel werkvelden sprake is van toenemende sturing op efficiëntie en verantwoording, ervaren veel werknemers nog steeds een hoge mate van autonomie in hun werk. Protocollen, richtlijnen en methodieken schetsen volgens respondenten vooral dát iets moet gebeuren, maar niet hóe dat moet. Uitzondering hierop zijn de medische taken van wijkverpleegkundigen, waar zorgverzekeraars bepalen welke zorg wordt gegeven, en in mindere mate de activiteitenbegeleiders gehandicapten, waar gemeenten cliënten aanlevert met een concreet zorg- en ontwikkelplan. Ook jeugdprofessionals die veel in en met jeugdinstellingen werken merken op dat daar juist weinig ruimte is voor eigen invulling van werkzaamheden. Zij merken hierbij op dat er sprake is van zeer strikte registratie en controle achteraf. Werknemers geven aan dat er (ten opzichte van vroeger) weinig ruimte is om op eigen initiatief aanvullende activiteiten te ondernemen die niet binnen het vastgestelde kader passen.

B10. Wat voor (arbeids)overeenkomsten gaan professionals aan (en wat beweegt hen daartoe?)

Op enkele werkvelden na (jeugdzorg en VVT), is de inzet van vrijwilligers en zzp'ers, in ieder geval in de ogen van geïnterviewde werknemers, beperkt. Volgens deze respondenten hechten veel werknemers nog steeds veel waarde aan de zekerheden die gepaard gaan met vaste aanstellingen.

B11. Wat voor (arbeids)overeenkomsten gaan werkgevers aan (en wat beweegt hen daartoe?)

Volgens werkgevers hebben zich de afgelopen vier jaar in de contract- en aanstellingsvorm voor cliëntgebonden functies relatief weinig ontwikkelingen voorgedaan. In de meerderheid van de organisaties zijn het aantal vaste contracten, tijdelijke aanstellingen, het werken in deeltijd en het aantal flexibele aanstellingen ongeveer gelijk gebleven. Uiteraard verschilt dit beeld per branche. Die verschillen per branche zijn het grootst met betrekking tot de inzet van zzp'ers, vrijwilligers, uitzendkrachten, etc. De omvang van de inhuur blijft echter volgens opgave van het merendeel van de responderende werkgevers onder de tien procent. Enkele specifiekere uitkomsten zijn:

- Ongeveer twintig procent van de werknemers in loondienst in cliëntgebonden functies heeft een tijdelijk contract. In de branches jeugdzorg en VVT is het aandeel werknemers met een tijdelijk contract hoger.
- De meerderheid van de organisaties in het sociaal domein maakt bij vaste dienstverbanden geen gebruik van nul-urencontracten of min-maxcontracten. In de branches kinderopvang, gehandicaptenzorg en VVT wordt relatief vaak gebruikgemaakt van oproepkrachten.
- Meer dan de helft van de gemeenten huurt meer dan tien procent externen in. Driekwart van de gemeenten huurt personeel van zorgaanbieders in voor de uitvoering van cliëntgebonden functies in het sociaal domein.

De belangrijkste reden voor de inzet van flexibele arbeidsrelaties is volgens werkgevers de onzekerheid die aanbestedingen met zich meebrengen. Ook zal de druk op de beschikbare middelen een rol spelen, maar dit argument is nauwelijks gehoord.

B12. Hoe veranderen functies in het sociaal domein in termen van levensdomeinen? (zoals bijvoorbeeld de verschuiving van jongeren- of ouderenwerker naar generalist over alle levensdomeinen)

In de meeste werkvelden vindt er in meer of mindere mate verbreding van functies in termen van levensdomeinen plaats. Dit houdt in dat professionals steeds meer kennis moeten hebben van uiteenlopende behoeften en wensen van cliënten en daar vervolgens een oplossing voor moeten kunnen verzinnen, ook als die niet binnen de eigen organisatie ligt. Dat betekent niet per se dat zij zichzelf als generalist zien of het gevoel hebben dat hun specialisme verdwijnt. Deze functieverandering manifesteert zich het meest nadrukkelijk bij de sociale wijkteams en wordt wel aangeduid als de ontwikkeling van de T-shaped professional. Maar ook buiten het wijkteam moeten professionals meer generalistisch te werk gaan, al was het alleen al omdat ze meer oog moeten hebben voor het gegeven dat er in de zorg en ondersteuning moet worden samengewerkt met andere zorgaanbieders.

B13. Hoe veranderen functies in het sociaal domein in termen van expertise? (zoals bijvoorbeeld van specialist in schuldhulpverlening naar generalist over expertisedomeinen heen)

Zoals ook al bij de beantwoording van de vragen B4 en B5 is aangegeven is de opkomst van de T-shaped professional een belangrijke verandering (echter niet in alle functies). De professional moet breder kunnen kijken; verder dan zijn eigen (oorspronkelijke) expertise. Dat geldt met name voor de medewerkers die in de toegang tot het sociaal domein, het wijkteam, werken. Die brede expertise moeten ze met name inzetten bij de uitdraag van problematiek tijdens het zogenaamde keukentafelgesprek. Vaak wordt daar breed uitgevraagd langs de systematiek van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), die alle levensdomeinen omvat.

Ongeveer de helft van de organisaties actief in het sociaal domein zegt als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein een grotere behoefte te hebben aan hoger opgeleide werknemers en meer dan de helft zegt een grotere behoefte aan werknemers met veel ervaring te hebben.

B14. Hoe veranderen functies in het sociaal domein in termen van mate van betrokkenheid bij de directe uitvoering, dan wel coördinatie van het welzijnswerk? (zoals bijvoorbeeld van uitvoerend professional naar regisseur van het formele en informele aanbod)

Vooraf binnen de functiecategorie maatschappelijk werkers en, zei het in mindere mate, binnen het jeugddomein vertellen werknemers ons dat zij minder betrokken zijn bij de uitvoering van welzijnswerk en steeds meer een verbindende, doorverwijzende en regie-voerende rol hebben. Dit geldt voor medewerkers van het wijkteam, maar ook en misschien wel in sterkere mate voor medewerkers die werkzaam zijn in de zogenoemde sociale basisinfrastructuur waar formele en informele zorg elkaar ontmoeten en de maatschappelijk werker steeds meer een coachende, begeleidende rol krijgt en als het ware het eigen initiatief van de burger moet faciliteren.

In vrijwel alle functiecategorieën werd gemeld dat er meer tijd (dan vóór de decentralisaties) besteedt moet worden aan verantwoording en administratieve lasten. Dit gaat ten koste van de directe uitvoering.

B15. Is er een verschuiving merkbaar van professionele naar informele zorg en ondersteuning?

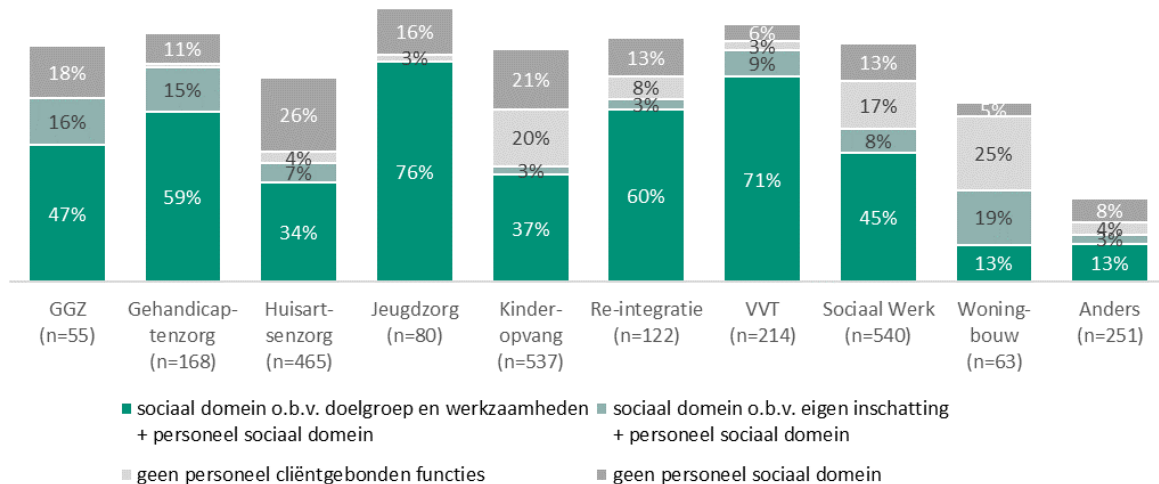
Die verschuiving zou merkbaar moeten zijn, want dat was (en is nog steeds) een belangrijk doel van de transformaties in het sociaal domein. Afgaande op de interviews is van een dergelijke verschuiving nog geen of nauwelijks sprake. Met name in de jeugdzorg is eerder sprake van het tegenovergestelde effect; een toename van de vraag naar specialistische zorg en ondersteuning. Die toename wordt veroorzaakt doordat door de inzet van wijkteams problemen eerder gesignaleerd worden (toename in vraagvolume), maar de capaciteit van de jeugdzorg het niet toelaat dat er ook sneller specialistische jeugdzorg wordt ingezet (als gevolg van budgetplafonds, deels ook omdat problemen te laat worden doorgezet naar de specialistische zorg omdat de wijkteams dan wel de scholen de problemen te lang zelf willen oplossen). Ook de wijkteams hebben nog niet geleid tot meer inzet van informele zorg en dientengevolge een afname van de formele zorg. Wel wordt er vaker gekeken of informele zorg mede ingezet kan worden. De grenzen aan de inzetbaarheid van informele zorg, zoals bijvoorbeeld mantelzorg en vrijwilligerswerk, komen steeds eerder en beter in beeld. Er wordt vaker gestuurd op de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers en tegelijkertijd laat onderzoek zien dat er in toenemende mate sprake is van overbelasting van de mantelzorger.

C1. Hoeveel en wat voor organisaties zijn actief in het sociaal domein in 2018? (wat voor soort organisaties, uit welke branche, op basis van welke financieringsbron en onder welke cao, hoe groot, hoe lang bestaat de organisatie al, hoe verspreid, hoe divers qua dienstverlening, welk deel van de organisatie is betrokken in het sociaal domein en welk deel elders, en waar dan?)

Hoeveel organisaties exact actief zijn in het sociaal domein kan op basis van dit onderzoek niet worden bepaald. Dit heeft te maken met de insteek van het onderzoek, waarbij ervoor gekozen is om niet op basis van een definitie, bijvoorbeeld langs de wettelijke kaders of financieringsbron, te bepalen of organisaties actief zijn in het sociaal domein. Het sociaal domein is in dit onderzoek afgebakend langs drie lijnen: de doelgroep/werkzaamheden van organisaties, personeel in loondienst in het sociaal domein en personeel in cliëntgebonden functies in het sociaal domein. Hierdoor ontstaat een veel genuëerder beeld van het sociaal

domein. Zoals onderstaande figuur laat zien verschilt dit beeld zowel tussen branches als binnen branches. Dit laatste hangt ook samen met de afbakening van het sociaal domein door gemeenten, waardoor organisaties die qua werkzaamheden vergelijkbaar zijn, bijvoorbeeld in de kinderopvang, in de ene gemeente wel personeel in het primaire proces in het sociaal domein hebben terwijl dit in de andere gemeente niet het geval is.

Fig. 0.3 Afbakening organisaties in het sociaal domein op basis van doelgroep/werkzaamheden en personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein (per branche, in procenten)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Door deze spreiding van organisaties in het sociaal domein over de verschillende branches is het niet mogelijk om algemene uitspraken te doen over de kenmerken van de organisaties in termen van financieringsbron, omvang, hoe divers qua dienstverlening etc.. Hiervoor verwijzen we naar hoofdstuk 5.

C2. Hoe verschuift dit de laatste vier jaren? (welke bewegingen zie je hierin, zoals bijvoorbeeld verschuivingen in financieringsbron, van branche, of verschuiving van intramuraal naar extramuraal?)

Met uitzondering van de kinderopvang en de woningbouwbranche hebben zich in de meerderheid van de organisaties in het sociaal domein de afgelopen vier jaar grote veranderingen voorgedaan, mede naar aanleiding van de decentralisaties. Dit kunnen veranderingen zijn in:

- de organisatievorm: bij organisaties in de jeugdzorg (28%) en de re-integratiebranche (14%) is relatief vaak sprake geweest van een reorganisatie;
- dienstverlening: meer dan 60 procent van de organisaties in de jeugdzorg, de welzijnssector, de gehandicaptenzorg, re-integratie en VVT heeft nieuwe diensten moet ontwikkelen en aanbieden;
- de samenwerking: in vrijwel alle branches zegt een meerderheid van de organisaties meer samen te werken met andere zorgaanbieders in dezelfde branche;
- andere organisatie van het zorgaanbod: de helft of meer van de organisaties in de GGZ, de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en de VVT heeft hun zorgaanbod anders moeten organiseren.

C3. Welke organisaties zijn uitsluitend actief in het sociaal domein en welke organisaties zowel in het Sociaal als Medisch Domein (en misschien ook nog andere domeinen)?

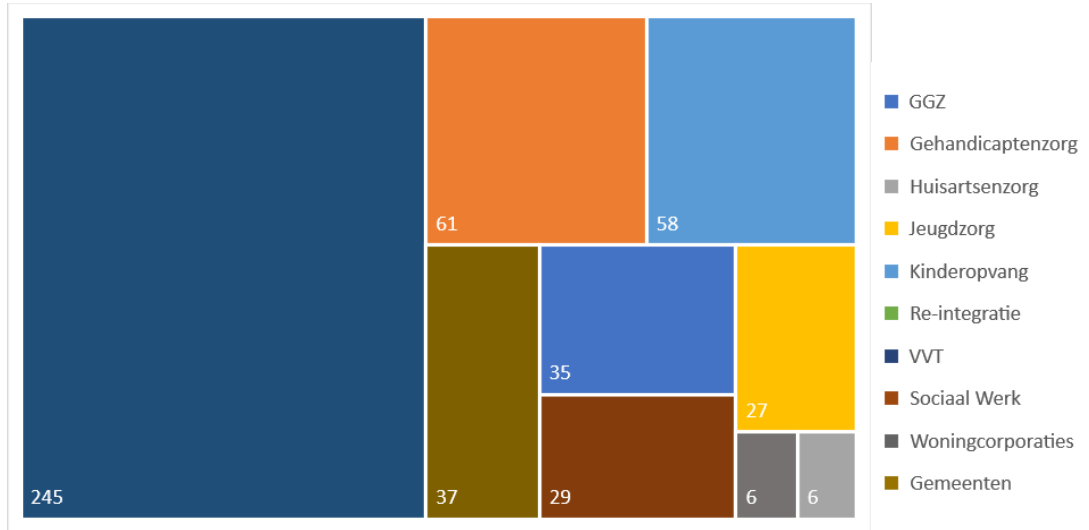
Organisaties die uitsluitend actief zijn in het sociaal domein treffen we relatief vaak aan in de branche kinderopvang (72%), de jeugdzorg (66%), de gehandicaptenzorg (52%) en de VVT (52%). Het medisch domein wordt het vaakst genoemd in de ggz (46%) en de huisartsenzorg (98%).

C4. Hoeveel medewerkers zijn actief in het sociaal domein in 2018?

Een globaleschatting van het totaal aantal werknemers dat werkzaam is in het sociaal domein (exclusief ingehuurd personeel) komt uit op ruim een half miljoen. Dat is ongeveer de helft van alle werknemers die in de

betreffende branches werkzaam zijn. Het aantal werknemers in loondienst die binnen het sociaal domein werken, verschilt sterk per branche (zie figuur 0.4).

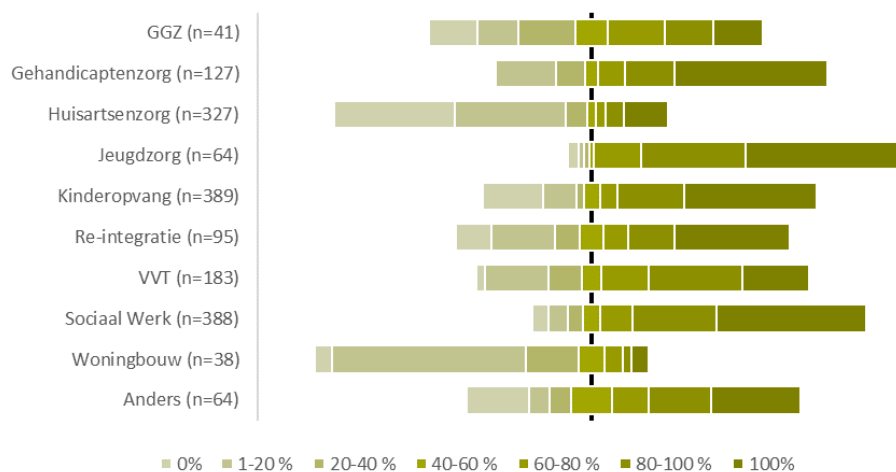
Fig. 0.4 Geschat aantal werknemers in loondienst, actief in het sociaal domein per branche (*1000)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

De weergegeven verschillen hangen samen met de totale werkgelegenheid in de branche en met het aandeel in het sociaal domein werkzame werknemers per branche. Die aandelen, volgens de opgave van de organisaties, zijn weergegeven in onderstaande figuur. De verschillen binnen branches kunnen zowel voortkomen uit andersoortige werkzaamheden of taakverdeling als ook het gevolg zijn van een andere interpretatie van de vraag.

Fig. 0.5 Aandeel werknemers actief in het sociaal domein (per branche, in procenten)



Toelichting: de tabel is uitgelijnd op de midden-categorie per branche: organisaties waarvan 40 tot 60 procent van hun werknemers werkzaam is in het sociaal domein

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

C5. Welk deel hiervan is werkzaam in het primair proces (cliënt-gerelateerde functies)?

Aan de organisaties met werknemers in het sociaal domein is gevraagd welk deel van deze medewerkers in een cliëntgebonden functie werkt. Het aantal van deze uitvoerende werknemers wordt globaal geschat op ongeveer 350.000. Dit is ongeveer 33 procent van het totaal aantal werknemers in de betreffende branches (zie figuur 0.1 in paragraaf 0.1 voor de geschatte aantallen per branche).

In het algemeen kan worden gesteld dat in organisaties met een groot aandeel medewerkers actief in het sociaal domein ook een relatief groot deel van deze medewerkers een cliëntgebonden functie heeft, en vice versa. Een uitzondering hierop is de huisartsenzorg waar het aandeel werknemers actief in het sociaal domein

relatief laag is, maar het aandeel van hen dat in het primaire proces werkt (dus cliëntgebonden werkt) relatief hoog is.

C6. Hoe ziet deze populatie medewerkers in het primair proces eruit in termen van achtergrond (zoals kwalificaties, opleidingsniveau en specialisme)?

Het grootste deel van de medewerkers in loondienst in een cliëntgebonden functie is middelbaar tot hoog opgeleid. Een uitzondering hierop is de branche VVT waar ongeveer een kwart van de medewerkers in het primaire proces laag opgeleid is. Het aandeel hoogopgeleide medewerkers is relatief hoog in de ggz, de jeugdzorg, de re-integratiebranche, de welzijnssector en de gemeenten.

Vanwege het branche-specifieke karakter van de functies waarin medewerkers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein werkzaam zijn, hebben we in onderstaande tabel een overzicht gegeven van de drie vaakst genoemde functies per branche.

Tabel 0.1 **Overzicht meest genoemde functies naar branche**

Branche	Meest genoemde functies		
GGZ	psycholoog	psychiater	systemtherapeut
Gehandicaptenzorg	activiteitenbegeleider	woonbegeleider	cliëntbegeleider
Huisartsenzorg	doktersassistent	praktijkondersteuner somatiek	praktijkondersteuner GGZ
Jeugdzorg	jeugdzorgwerker	gedragswetenschapper	activiteitenbegeleider
Kinderopvang	pedagogisch medewerker	praktijkopleider	groepshulp
Re-integratie	jobcoach	coach	trajectbegeleider
VVT	verzorgende	hulp bij het huishouden	helpende
Sociaal Werk	sociaal pedagogisch werker	maatschappelijk werker	administratief/secretarieel medewerker
Woningbouw	medewerker verhuurzaken/woonconsulent		
Gemeenten	consulent	klantmanager	regisseur

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

1 Inleiding

1

1.1 Vraagstelling

Binnen het sociaal domein hebben zich de afgelopen jaren grote veranderingen voorgedaan, en zijn nog steeds veranderingen gaande, onder andere, maar niet uitsluitend als gevolg van de decentralisatie naar gemeenten van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Participatiewet, de maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo, en de jeugdzorg in het kader van de Jeugdwet. Gemeenten kiezen in de vormgeving van hun verantwoordelijkheden hun eigen pad en snelheid. Daardoor zijn er veel verschillende manieren waarop het sociaal domein wordt ingericht.

Over de transities, en de daaraan gerelateerde beoogde transformaties, is al veel gepubliceerd. Over de effecten ervan op de arbeidsmarkt van Zorg en Welzijn is nog maar weinig bekend. De uitvoering, en kwaliteit van die uitvoering, staat of valt echter met een goed werkende arbeidsmarkt. Daarom is het van belang de werking van de arbeidsmarkt van het sociaal domein beter in beeld te krijgen. Niet in de laatste plaats omdat de verwachting is dat op die arbeidsmarkt grote tekorten gaan optreden in de komende jaren.

Het uitgangspunt van het onderzoek waarop dit rapport is gebaseerd is dat er meer zicht nodig is op hoe het Sociale Domein is ingericht en welk effect dit heeft op de organisatie van arbeid in instellingen en op de betreffende deelarbeidsmarkt. Daartoe zijn de volgende hoofd- en deelvragen geformuleerd:

A. Hoe heeft het sociaal domein zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

1. Wat voor verschillende achterliggende visies op het sociaal domein zijn te onderscheiden bij verschillende gemeenten?
2. Welke keuzes zijn gemaakt door gemeenten en aanbieders bij de inrichting van het sociaal domein? (zoals bijvoorbeeld de keuze voor 'inbesteding', aanbesteding of werken met een subsidiërelatie, of een combinatie van deze)
3. Welke overweging, visie of keuze lagen ten grondslag aan de keuze van één van deze inrichtingsvormen?
4. Is er een typologie te maken van (dominante typen) inrichtingsvormen van het sociaal domein?
5. Wat is de invloed van de verschillende inrichtingsvormen van het sociaal domein op de (lokale) arbeidsmarkt?
6. Wat zijn regionale/lokale verschillen waarop het sociaal domein is georganiseerd?

B. Wat zijn de gevolgen van de verschillende inrichtingsvormen voor de arbeidsmarkt in termen van de arbeidsorganisaties, arbeidsinhoud, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden?

1. Welke nieuwe organisatievormen zijn er ontstaan?
2. Is er sprake van (een) netwerkorganisatie(s) of regionaal werkgeverschap?
3. Welke veranderingen zijn zichtbaar in de werkomgeving van werknemers en samenwerking tussen organisaties?
4. Hoe veranderen functies?
5. Wat zijn nieuwe taken en benodigde competenties om het werk goed te kunnen doen?
6. Welke voorbeelden zijn er van functiedifferentiatie en combinatiefuncties?
7. Welke loopbaanpaden hebben werknemers doorlopen?
8. Wat zijn redenen van werknemers voor intra-sectorale mobiliteit of om de sector te (hebben) verlaten?
9. Hoe verandert de relatie tussen werkgever en werknemer?
10. Wat voor (arbeids)overeenkomsten gaan professionals aan (en wat beweegt hen daartoe?)
11. Wat voor (arbeids)overeenkomsten gaan werkgevers aan (en wat beweegt hen daartoe?)
12. Hoe veranderen functies in het sociaal domein in termen van levensdomeinen? (zoals bijvoorbeeld de verschuiving van jongeren- of ouderenwerker naar generalist over alle levensdomeinen)
13. Hoe veranderen functies in het sociaal domein in termen van expertise? (zoals bijvoorbeeld van specialist in schuldhulpverlening naar generalist over expertisedomeinen heen)
14. Hoe veranderen functies in het sociaal domein in termen van mate van betrokkenheid bij de directe uitvoering, dan wel coördinatie van het welzijnswerk? (zoals bijvoorbeeld van uitvoerend professional naar regisseur van het formele en informele aanbod)
15. Is er een verschuiving merkbaar van professionele naar informele zorg en ondersteuning?

C. Hoe ziet de arbeidsmarkt van het sociaal domein er nu uit?

1. Hoeveel en wat voor organisaties zijn actief in het sociaal domein in 2018? (wat voor soort organisaties, uit welke branche, op basis van welke financieringsbron en onder welke cao, hoe groot, hoe lang bestaat de organisatie al, hoe verspreid, hoe divers qua dienstverlening, welk deel van de organisatie is betrokken in het sociaal domein en welk deel elders, en waar dan?)
2. Hoe verschuift dit de laatste vier jaren? (welke bewegingen zie je hierin, zoals bijvoorbeeld verschuivingen in financieringsbron, van branche, of verschuiving van intramuraal naar extramuraal?)
3. Welke organisaties zijn uitsluitend actief in het sociaal domein en welke organisaties zowel in het Sociaal als Medisch Domein (en misschien ook nog andere domeinen)?
4. Hoeveel medewerkers zijn actief in het sociaal domein in 2018?
5. Welk deel hiervan is werkzaam in het primair proces (cliënt gerelateerde functies)?
6. Hoe ziet deze populatie medewerkers in het primair proces eruit in termen van achtergrond (zoals kwalificaties, opleidingsniveau en specialisme)?

1.2 Wat verstaan we onder het sociaal domein?

In brede zin omvat het sociaal domein alle branches die te maken hebben met de sociale kant van het gemeentelijke beleid zoals zorg, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg, opvoeding, inburgering en sociale activering.

Deze beleidsterreinen worden gekaderd met de volgende wetten: de drie per 1 januari 2015 gedecentraliseerde wetten, de Participatiewet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, en verder de Wet kinderopvang en kwaliteit peuterspeelzalen en de Wet langdurige zorg (Wlz).

Het sociaal domein is gelieerd aan het subdomein Wlz-zorg (Wet langdurige zorg), het subdomein Wfz-zorg (Wet forensische zorg) en het subdomein Zvw-zorg (Zorgverzekeringswet). Professionals die werkzaam zijn in het sociaal domein kunnen namelijk eveneens werkzaamheden verrichten die gefinancierd worden vanuit de Wlz, de Wfz en/of de Zvw. Deze domeinen worden *niet* meegenomen in dit onderzoek, maar zijn wel van invloed op de arbeidsmarkt sociaal domein.

Uit landelijk onderzoek blijkt dat er sprake is van grote verschillen tussen gemeenten in de afbakening van het sociaal domein (zie ook hoofdstuk 2). Die afbakeningen bepalen in feite ook welke delen van de arbeidsmarkt van het sociaal domein voor die gemeenten relevant zijn. Om die afbakening van de arbeidsmarkt sociaal domein zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de (uitvoerings)praktijk is in de uitvraag zo veel mogelijk aangesloten bij de percepties van stakeholders: gemeenten, maar ook de opdrachtnemers. De grens tussen wel en niet tot de arbeidsmarkt sociaal domein rekenen loopt immers niet alleen door branches, maar ook door gemeenten, uitvoeringsorganisaties, afdelingen daarbinnen en zelfs afzonderlijke medewerkers heen. Het betreft hier namelijk branches/functies/professionals die ook vanuit andere wettelijke regimes gefinancierd worden (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige die vanuit de Zvw wordt gefinancierd). Ook de Kinderopvang is een branche die niet (meer) wordt gefinancierd door gemeenten, maar door het Rijk via een kinderopvangtoeslag die inkomensafhankelijk is. Daarom wordt deze branche door het merendeel van de gemeenten niet gerekend tot het sociaal domein. Bekend is echter dat vanuit de kinderopvang wel activiteiten worden uitgevoerd die tot het sociaal domein behoren. Daarom is deze branche, en het peuterspeelzaalwerk vanwege de voorgenomen harmonisatie met de kinderopvang, wel betrokken in de afbakening van het sociaal domein.

Als een belangrijk onderscheidend criterium is gehanteerd of de professionals in direct contact staan met de burger/klant (bijvoorbeeld: medewerkers die deel uitmaken van een sociaal wijkteam of van een specialistisch team waarmee een sociaal wijkteam samenwerkt, medewerkers bij een specialistische zorgaanbieder waarnaar wordt doorverwezen door het wijkteam, medewerkers van een gemeentelijke frontoffice/klantcontactcentrum (bijvoorbeeld voor werk en inkomen). Dit betekent dat bijvoorbeeld medewerkers van een gemeentelijke backoffice die administratieve handelingen verrichten in dit onderzoek buiten beschouwing zijn gelaten.

Maar niet alle medewerkers die deel uit (kunnen) maken van een wijkteam kunnen ook worden aangemerkt als professionals werkzaam in het sociaal domein (bijvoorbeeld medewerkers van de politie en de woningbouwvereniging). Deze functies/medewerkers laten we dan ook buiten beschouwing in het onderzoek.

De hier geschetste afbakening is als uitgangspunt voor het onderzoek gehanteerd. Hoe de arbeidsmarkt van het sociaal domein er feitelijk uit ziet, is bepaald door de respondenten.

1.3 Leeswijzer

De navolgende hoofdstukken 2 en 3 zijn gebaseerd op de deskresearch en schetsen het sociaal domein, de (gemeentelijke) visies die eraan ten grondslag liggen en de inrichtingsvormen zoals die aangetroffen worden bij gemeenten.

In hoofdstuk 4 worden, op basis van interviews met organisaties de doorwerkingen van inrichtingsvormen op opdrachtnemers in het sociaal domein besproken.

Hoofdstuk 5, 6 en 7 zijn gebaseerd op de enquêtes onder gemeenten en organisaties die als uitvoerder actief zijn in het sociaal domein. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke organisaties (voor welk deel) actief zijn in het sociaal domein, wat hun kenmerken zijn en wat de belangrijkste kenmerken van werknemers en werkzaamheden zijn.

Hoofdstuk 8 is deels gebaseerd op de deskresearch en deel op groepsgesprekken en interviews met werknemers van uitvoerders in het sociaal domein. In dit hoofdstuk staan de ontwikkelingen in het werk en in hun functies in de percepties van werknemers centraal.

In hoofdstuk 0 zijn, bij wijze van samenvatting, alle onderzoeksvragen voor zover mogelijk beantwoord.

In de drie bijlagen bij deze rapportage zijn respectievelijk de onderzoekverantwoording, een overzicht van informanten en respondenten en aanvullende informatie uit de enquêtes te vinden.

2 Visies op het sociaal domein

2

Inhoudelijke uitgangspunten

De gemeentelijke visie op (de inrichting van) het sociaal domein wordt in belangrijke mate ingekleurd door de inhoudelijke principes die ten grondslag liggen aan de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet⁵:

- *Meer preventie en zelfredzaamheid*: een fundamenteel uitgangspunt is het stimuleren en faciliteren van zelfredzaamheid en eigen kracht van burgers. Burgers zijn in de eerste plaats zelf en samen met hun sociale netwerk verantwoordelijk voor hun eigen leven, goede gezondheid en deelname aan de maatschappij (redzaamheid, participatie en regie).
- *Maatwerk* via ondersteuning dichtbij: voor burgers die minder goed in staat zijn om zichzelf te redden en te participeren, heeft de gemeente een verantwoordelijkheid om ondersteuning te bieden. Leidend daarbij is de individuele behoefte van de burger: de gemeente dient maatwerk te bieden in de concrete situatie. Dit betekent ondersteuning 'licht waar het kan en zwaar waar het nodig is' en dichtbij de burger georganiseerd. De gemeente zet dus vooral in op preventie en algemeen toegankelijke, laagdrempelige voorzieningen. Pas als die niet toereikend zijn, komen specialistische (maatwerk) zorg en ondersteuning in beeld.
- *Integraal werken*: met de transities zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor grotere groepen burgers met problematiek op meerdere leefgebieden. Vanuit hun perspectief is er sterk behoefte aan samenhang in het aanbod om tot effectieve ondersteuning te komen. Huishoudens met meervoudige of multi-problematiek zouden terecht moeten kunnen bij één aanspreekpunt dat hen namens de gemeente ondersteunt en begeleidt op basis van een integraal plan voor het hele huishouden ('één gezin, één plan, één regisseur').

Door volgens deze principes te werken, is de gedachte, kan tegemoet worden gekomen aan de groeiende behoefte aan ondersteuning op een manier die ook financieel houdbaar is.

Budgetneutraliteit

Met de transities hebben gemeenten de opdracht meegekregen om het groeiende beroep op zorg te beteugelen en zo mogelijk terug te dringen. De verwachting daarbij was dat het integraal organiseren van het sociaal domein en het bieden van een passend aanbod efficiëntievoordelen oplevert en dat meer nadruk op preventie en ondersteuning op maat tot goedkopere zorgarrangementen kan leiden die vaker voorkomen dat cliënten een beroep doen op specialistische zorg en ondersteuning. Vanuit deze verwachting zijn de transities gepaard gegaan met flinke (macro)kortingen op overgehevelde budgetten. Uit de casestudies blijkt dat deze verwachting tot nu toe niet is uitgekomen. In diverse gemeenten hebben investeringen in transformatie en vernieuwing nog onvoldoende besparingen opgeleverd om deze kortingen te kunnen opvangen.⁶ Na de eerste ervaringsjaren geeft dat aanleiding om eerdere inrichtingskeuzes te heroverwegen. Daarbij wordt soms een dermate hoge financiële druk ervaren dat de relatie tussen gemeenten en aanbieders (verder) onder spanning komt en het risico bestaat van meer eenzijdige stappen.

Daarnaast hebben gemeenten in wisselende mate te maken met extra effecten vanwege historisch gegroeid specifiek aanbod en/of concentraties van problematiek die zij bij de transities hebben geërfd. Door het openeindekarakter van de voorzieningen in het sociaal domein zijn bovendien de financiële risico's voor gemeenten toegenomen.⁷ Om die risico's beheersbaar te houden, heeft het merendeel van de gemeenten gewerkt met een begroting op basis van het principe van budgetneutraliteit: de nieuwe taken moeten worden uitgevoerd binnen de verstrekte budgetten inclusief bezuinigingen. Deze budgettaire druk is mede van invloed op de wijze waarop gemeenten uitwerking geven aan de inhoudelijke uitgangspunten bij de inrichting van het sociaal domein.

⁵ Een eerste omschrijving van deze principes is al verwoord in de decentralisatiebrief die de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in 2012 naar de Tweede Kamer stuurde. In die brief staat ook dat het door het decentraliseren en het samenbrengen van voorzieningen bij gemeenten eenvoudiger wordt om integraal en samenhangend beleid te voeren.

⁶ Dit geldt ook voor gemeenten die wel degelijk opbrengsten hebben gerealiseerd met een meer preventieve aanpak.

⁷ Open einde houdt in dat burgers met een ondersteuningsbehoefte door de gemeente moeten worden geholpen onafhankelijk van of er voldoende middelen beschikbaar zijn. Bij duurdere zorgvormen kunnen kleine aantallen cliënten meer/minder al flinke financiële gevolgen hebben.

Nieuwe rolverdeling

Om tot de beoogde vernieuwing te komen, onderkennen gemeenten dat hun rol in het sociaal domein is gewijzigd. De gemeente fungeert nu als eerste aanspreekpunt voor burgers met een ondersteuningsbehoefte. Ook dienen gemeenten ruimte te geven aan initiatieven van burgers (inclusief het zelf opstellen van een ondersteuningsplan) en aan te sluiten op hun leefwereld(en). In de uitvoering van het lokale beleid wordt daarnaast een belangrijke plaats ingeruimd voor professionele (zorg)aanbieders. Tussen hen en de gemeente is er een relatie van onderlinge afhankelijkheid, die in het bijzonder middels inkoop wordt geconcretiseerd. Van de gemeente vraagt dit een professionele invulling in de rol van opdrachtgever en samenwerkingspartner. Voor een effectieve ondersteuning is het belangrijk dat professionals de ruimte en het vertrouwen krijgen om te doen wat nodig is voor burgers met een ondersteuningsbehoefte.

Een en ander betekent dat beleid en uitvoering in het sociaal domein niet langer exclusief zijn voorbehouden aan de gemeente, maar worden ontwikkeld en vastgesteld in samenspraak met burgers en professionals (uitvoerende partijen). Uitvoerende partijen (zoals welzijnsinstellingen en zorgaanbieders) zijn op hun beurt niet alleen opdrachtnemer, maar oefenen mede invloed uit op het gemeentelijk beleid en dragen daar ook medeverantwoordelijkheid voor. Voor alle betrokkenen impliceert dit een zoektocht naar een nieuwe balans tussen vertrouwen (professionele autonomie) en controle (sturing en beheersing). Een zoektocht die gestalte krijgt in een nieuwe inrichting van het sociaal domein.

Verschillen tussen gemeenten

Deze lijnen zien we terug in de casestudies. Veel gemeentelijke visies zijn geformuleerd ten tijde van de transitie en sterk gekleurd door de transformatiefilosofie uit de wettelijke kaders. Duidelijke lokale verschillen hierin zijn niet zo makkelijk aan te wijzen, mede omdat weinig gesprekspartners betrokken waren bij de transitie in hun huidige gemeente. Voor zover die verschillen zich voordoen, lijken zij in het bijzonder tot uiting te komen in accenten op:

- Wat de gemeente van inwoners verwacht: hoe zelfredzaam kunnen zij (individueel en als samenleving) zijn/worden als het gaat om het tijdig signaleren van problemen, het vinden van toegang tot hulp, het opstellen van een eigen ondersteuningsplan en het voeren van regie op het proces van ondersteuning?
- Welke rol de gemeente zelf wil vervullen: hoe wil zij (kunnen) sturen op het tot stand komen van een cliënt-overstijgend integraal aanbod dat effectief inspeelt op ondersteuningsbehoeften van burgers (regie op het 'wat' of ook op het 'hoe')? In hoeverre wil zij beleidsdoelen bereiken in gelijkwaardig partnerschap met aanbieders en maatschappelijke partijen?

Deze (accent)verschillen in gemeentelijke visies werken door op de wijze waarop gemeenten het sociaal domein inrichten. De keuzes die zij daarbij maken, belichten we hierna.

3 Inrichtingsvormen van het sociaal domein

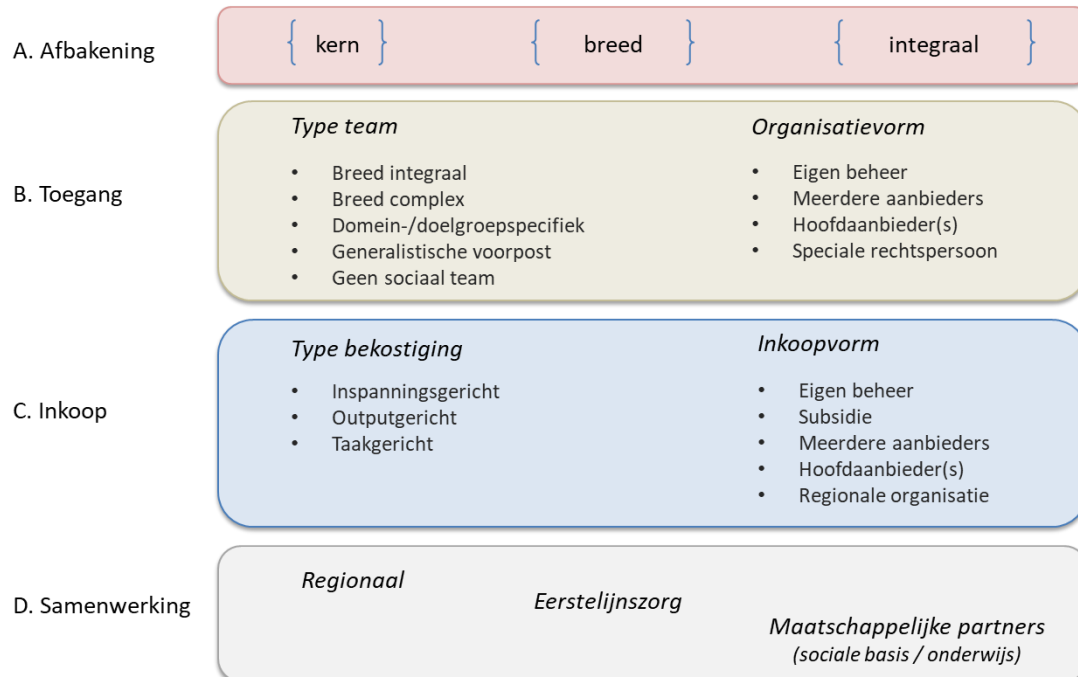
3

In het handen en voeten geven aan de hiervoor geschetste opgaven en hun visie daarop maken gemeenten uiteenlopende (soorten) keuzes inzake de inrichting van het sociaal domein. Op basis van de casestudies is hierin een viertal dimensies te onderscheiden:

- A. *Afbakening*: waar leggen gemeenten de grens van het sociaal domein en hoe ordenen zij de onderdelen?
- B. *Toegang*: hoe geven gemeenten de toegang tot maatwerkvoorzieningen vorm?
- C. *Inkoop*: hoe geven gemeenten de inkoop van – vooral specialistische c.q. maatwerk- – voorzieningen vorm?
- D. *Samenwerking*: hoe geven gemeenten invulling aan hun relatie met buurgemeenten, de sociale basis en de zorg?

De mogelijke inrichtingsvormen op deze dimensies zijn in de onderstaande figuur weergegeven.

Figuur 3.1 Mogelijke inrichtingsvormen



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Per dimensie lichten we in dit hoofdstuk toe welke soorten keuzes (inrichtingsvormen) gemeenten maken, wat hun overwegingen zijn en welke lokale verschillen zich kunnen voordoen. Afsluitend geven we een aanzet voor een typologie door de onderzochte gemeenten op belangrijke dimensies te ‘plotten’.

3.1 Afbakening

1. Soorten keuzes en lokale verschillen

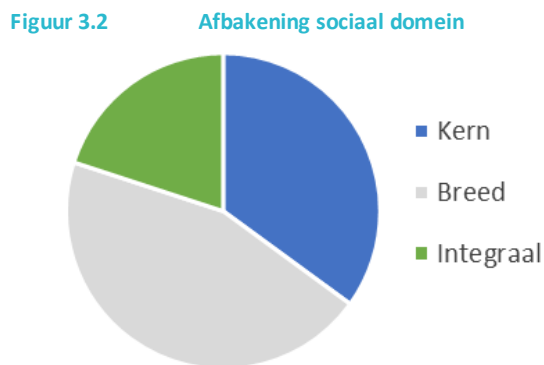
Hoe begrenzen gemeenten het sociaal domein?

Het sociaal domein is niet geheel nieuw voor gemeenten. Mede vanuit eerdere decentralisaties hebben gemeenten al jaren taken met een sociaal karakter. Het begrip sociaal domein heeft vooral opgang gemaakt met de omvangrijke decentralisaties op grond van de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Participatiewet (3D). De focus kwam te liggen bij deze nieuwe taken en in veel gemeenten werd het sociaal domein min of meer hiermee vereenzelvigd. Eerder onderzoek laat zien dat diverse gemeenten oude taakonderdelen zoals volksgezondheid, algemene voorzieningen (welzijn) en armoedebelief niet tot het sociaal domein rekenen. In de praktijk ontwikkelen zich in toenemende mate verbindingen met oude taken die door andere gemeenten worden beschouwd als integraal onderdeel van het sociaal domein.

Een deel van de gemeenten rekent bijvoorbeeld ook taakvelden als onderwijs, sport en cultuur tot de scope van het sociaal domein. Verder is opvang en beschermd wonen nog belegd bij centrumgemeenten, terwijl incorporatie van volksgezondheid samenhangt met de rol van de GGD. Kortom, er is sprake van een grote variatie.⁸ Hierbinnen kan enige ordening worden aangebracht door een drietal gradaties te onderscheiden:

- sociaal domein als *kern* die de belangrijkste taakonderdelen rond jeugd, Wmo (inclusief welzijn), participatie, inkomen en volksgezondheid omvat;
- sociaal domein in *brede* zin waartoe naast deze kern ook onderwijs en/of sport worden gerekend;
- *integraal* sociaal domein, dat min of meer alle 'sociale' taakvelden omvat, inclusief bijvoorbeeld wonen en cultuur.

In hun beleidsprogramma's bakenen de casestudiegemeenten het sociaal domein op verschillende manieren af. Hieronder is indicatief zichtbaar gemaakt hoe de onderscheiden gradaties voorkomen.



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Het merendeel van de casestudiegemeenten kiest voor een brede of zelfs integrale insteek. Een integrale benadering komt relatief vaker voor bij kleinere gemeenten. Bij grote gemeenten domineert een brede benadering en kiest nog slechts een enkele gemeente in beleidsmatig opzicht voor een smalle benadering (kern). Bij gemeenten die tot nu toe een beperkte insteek hebben gehad, is er in de programmatische afbakening sprake van een ontwikkeling naar een meer integrale benadering.

Hoe integraal richten gemeenten het sociaal domein in?

Binnen de gehanteerde begrenzing is er variatie in de mate waarin het sociaal domein integraal wordt ingericht. Zo werkt ongeveer de helft van de casestudiegemeenten met een overkoepelend beleidskader of integraal beleidsplan. Daarnaast hebben enkele gemeenten een integrale verordening voor (met name de kern van) het sociaal domein. Ook binnen afzonderlijke kaders worden echter expliciete verbindingen gelegd met aanpalende programma's. Veel voorkomende voorbeelden zijn jeugdhulp in relatie tot onderwijs/kinderopvang en Wmo in relatie tot volksgezondheid.

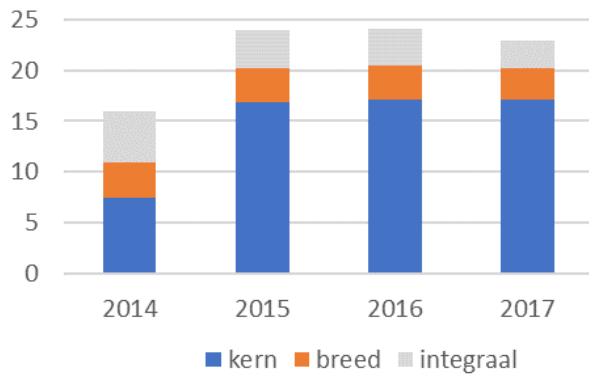
Een vraag daarbij is in hoeverre zulke (gradaties in) kaders sturend zijn voor de uitvoeringspraktijk, waar 'ruimte voor de professional' veelal het adagium vormt. Enerzijds is een integraal beleidskader geen garantie dat op alle onderdelen integraal wordt gewerkt. Anderzijds vormen programmatische grenzen volgens geïnterviewde deskundigen geen 'schotten' die professionals belemmeren. Zeker op casusniveau moeten zij gewoon doen wat nodig is en zij doen dat ook, los van specifieke structuren. Breed gedeeld is het beeld dat in de uitvoeringspraktijk volop verbindingen worden gelegd. De ervaringen die daar worden opgedaan, geven vaak aanleiding tot nadere bezinning op en zo nodig aanpassing van programmatische en organisatorische structuren.

⁸ Cebeon (2017). *Sociaal domein tussen transitie en vernieuwing: Ontwikkeling gemeentelijke bestedingen 2015-2016. De arbeidsmarkt van het sociaal domein*

Landelijk beeld: financiële betekenis sociaal domein

Om inzicht te geven in de relatieve omvang van het sociaal domein in de bovengenoemde gradaties geven we een landelijk beeld van de gemeentelijke netto lasten. Hiervoor gebruiken we gegevens uit Informatie voor derden (Iv3) over de gemeentelijke jaarrekeningen voor de periode 2014-2017.⁹

Figuur 3.3 Ontwikkeling sociaal domein (netto lasten Iv3 rekening, mrd euro)



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Zichtbaar is dat de kernonderdelen verreweg het grootste deel uitmaken van het sociaal domein. Sinds 2015 is hun aandeel relatief constant gebleven. In dat jaar hebben de transities in het kader van Jeugdwet, Wmo 2015 en de Participatiewet plaatsgevonden, waardoor de kern van het sociaal domein ruim 10 miljard euro is gegroeid.

2. Overwegingen

Voor keuzes inzake het afbakenen en integreren van (onderdelen binnen) het sociaal domein komen uit de casestudies de volgende soorten overwegingen naar voren:

- Verantwoordelijkheidsverdeling: de wijze waarop het sociaal domein is afgebakend wordt beschouwd als wenselijk voor een goede verdeling van portefeuilles (politiek-bestuurlijk verantwoordelijkheid) en/of voor de organisatorische beheersbaarheid (omvang van afdelingen/teams).
- Schaalgrootte: door hun omvang is er in kleinere gemeenten eerder overzicht over het hele sociaal domein. Dit maakt het relatief eenvoudiger om het sociaal domein beleidsmatig en qua uitvoering integraal te benaderen.
- Verbinding met gezondheid: het landelijke beleidskader publieke gezondheid neemt het concept 'positieve gezondheid' als vertrekpunt en verbindt gezondheidsbeleid met de doelstellingen in het sociaal domein. Hierbij ligt de focus meer op de mogelijkheden die mensen hebben om met ziekten, beperkingen en tegenslagen om te gaan. De rijksoverheid "ziet gezondheid niet alleen als een doel op zich, maar ook als een middel om andere doelen te kunnen bereiken, zoals: meer regie op het eigen leven, kwaliteit van leven, mee kunnen doen in de maatschappij en het gebruik maken van sociale netwerken."¹⁰ Vanuit dit kader worden gemeenten gestimuleerd om de gezondheid van hun inwoners vanuit meerdere perspectieven in het lokale beleid, inclusief andere branches, te betrekken. Diverse gemeenten die dit concept breed hebben omarmd ervaren het als stimulans tot een integralere benadering van het sociaal domein, zowel beleidsmatig als in de uitvoering.¹¹
- Geleidelijk ontwikkelen: gemeentelijke keuzes worden ook ingegeven door de wens om in eerste instantie voort te bouwen op bestaande structuren ('continuïteit van zorg voorop') en 'werkende weg' verbindingen tussen kaders te versterken. Na enkele jaren ervaring wordt dan ingezet op een meer integrale inkadering van het sociaal domein. Onder invloed van de komende Omgevingswet, die eveneens uitgaat van een 'integrale benadering op maat', komt daarbij ook meer oog voor verbindingen met het fysieke domein.

⁹ De cijfers 2017 zijn niet geheel vergelijkbaar met voorgaande jaren, omdat sindsdien een nieuwe systematiek van toepassing is.

¹⁰ Brief aan Tweede Kamer over de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019, 4 december 2015.

¹¹ Zie ook Cebeon (2017). *Lokaal gezondheidsbeleid: landelijke inventarisatie inhoud en uitvoering preventief gemeentelijk beleid*.

3.2 Toegang

Het merendeel van de gemeenten heeft de toegang tot hulp en ondersteuning binnen het sociaal domein georganiseerd in de vorm van sociale (wijk)teams. Op basis van landelijke onderzoeken onderscheidt Movisie een tweetal belangrijke inrichtingselementen waarmee sociale teams kunnen worden getypeerd: de organisatievorm en de positionering.¹²

Organisatievorm: hoe is de toegang georganiseerd?

1. Soorten keuzes en lokale verschillen

Uit door gemeenten geschetste situaties heeft Movisie de volgende modellen (dominante typen waarop in de praktijk variaties kunnen voorkomen) afgeleid als het gaat om de organisatievorm van sociaal teams:

- A. *Integraal* team dat zich richt op burgers van alle leeftijden. Hierbinnen onderscheidt Movisie twee varianten:
 1. voor alle soorten hulpvragen (*breed*: van enkelvoudige tot meervoudige problematiek);
 2. uitsluitend voor *complexe of meervoudige* hulpvragen. Enkelvoudige hulpvragen kunnen dan terecht bij het voorliggend veld of een gemeentelijk loket.
- B. *Domein-/doelgroepspecifieke* teams: meerdere teams functioneren naast elkaar op afgebakende domeinen of doelgroepen. Afhankelijk van de hulpvraag pakt één van de teams de casus op, bijvoorbeeld het jeugdteam, Wmo-team of participatieteam.
- C. *Generalistisch* team: dit functioneert als voorpost (één toegang voor burger, waar triage plaatsvindt) met daarachter één of meer specialistenteam(s) waarnaar het generalistisch team kan verwijzen.
- D. *Geen* sociale teams: in dit geval werken gemeenten bijvoorbeeld alleen met loketten of via een netwerk van professionals.

Hoe de gemeenten in de *casestudies* keuzes hebben gemaakt inzake de vormgeving van de toegang is in onderstaande figuur weergegeven. We merken op dat bij enkele grotere gemeenten sprake is van meer dan één type, bijvoorbeeld een team gericht op complexe hulpvragen naast een jeugdteam of afzonderlijke teams voor complexe hulpvragen bij jeugd respectievelijk volwassenen. Er zijn geen duidelijke voorbeelden aangetroffen van gemeenten die volgens model C of D werken.



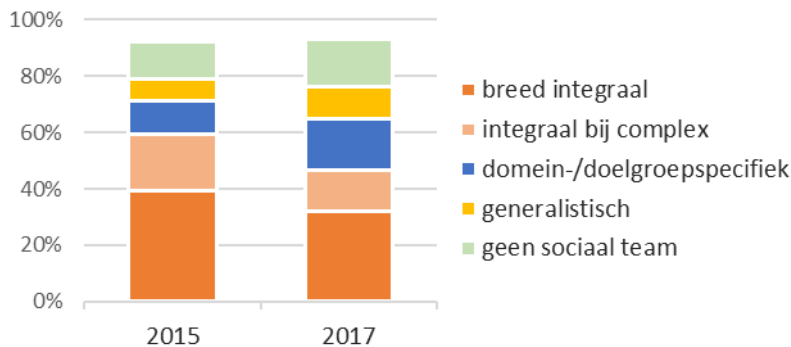
Bron: Movisie (2015)

Veel gemeenten kiezen voor domein-/doelgroepspecifieke teams, vooral bij jeugd, participatie en/of bij zwaardere problematiek. In het laatste geval zijn in sommige gemeenten ook 'escalatieteams' actief die zich specifiek richten op zeer complexe en/of vastgelopen situaties. Bij enkele gemeenten met domein-/doelgroepspecifieke teams wordt een doorontwikkeling overwogen naar meer integrale teams voor alle typen hulpvragen. Dat model is nu al door een flink aantal casestudiegemeenten omarmd. Een integraal team voor complexe hulpvragen is minder gangbaar.

¹² Movisie (2018). *Sociale wijkteams (opnieuw) uitgelicht: derde landelijke peiling onder gemeenten*.

Op basis van enkele uitvragen onder gemeenten heeft Movisie gegevens verzameld over de organisatievorm. Dit levert het volgende *landelijke* beeld op over de situatie zomer 2015 respectievelijk 2017 in bijna twee derde van de gemeenten.

Figuur 3.5 **Organisatievorm toegang: landelijk beeld**



Bron: Movisie (2015)

Zichtbaar is dat de grootste groep gemeenten in beide jaren kiest voor brede integrale teams. Wel is het aandeel van deze groep in 2017 afgenomen. Dat geldt ook voor de groep die integrale teams bij complexe problematiek als organisatievorm heeft. Relatief meer gemeenten kiezen in 2017 voor domein-/doelgroepspecifieke teams. Ook kiezen iets meer gemeenten voor generalistische teams of organiseren zij de toegang zonder sociale teams. Hoewel diverse gemeenten de organisatievorm van de toegang inmiddels hebben gewijzigd (zoals ook uit de casestudies naar voren komt), geeft dit beeld wel een indruk van de spreiding van de diverse varianten.

2. Overwegingen

Gemeenten kunnen verschillende overwegingen hebben bij hun keuze voor een organisatievorm:

- **Breed integraal team:** deze vorm schept duidelijkheid voor burgers en professionals omdat er één laagdrempelige toegang is waar zij met al hun vragen terecht kunnen. Daarnaast bevordert de brede multidisciplinaire samenstelling van het team met korte lijnen dat ondersteuningsvragen met een brede blik worden bekeken ('vraag achter de vraag'), dat bijkomende problemen vroegtijdig kunnen worden opgespoord en dat eerder tot een integraal ondersteuningsplan wordt gekomen (één gezin, één plan, één regisseur). Als cliënten meer integraal (effectief) worden geholpen, is de verwachting dat hiermee een beroep op specialistische hulp kan worden voorkomen en/of eerder kan worden afgeschaald.
- **Integraal team voor complexe hulpvragen:** bij deze vorm beogen gemeenten bepaalde specialisatievoordelen te realiseren door enkelvoudige hulpvragen zo veel mogelijk af te handelen via een centraal loket en/of bestaande netwerken (sociale basisvoorzieningen). Hierdoor kan het sociaal team zich focussen op complexe casussen en zich daarin specialiseren. Deze 'knip' vraagt wel goede afspraken en afstemming over wie wanneer verantwoordelijk is.
- **Domein-/doelgroepspecifieke teams:** de vaak grotere gemeenten die hiervoor kiezen, wilden bij de transitie geen ingrijpende structuurwijzigingen, maar voortbouwen op bestaande (netwerk)structuren. Daarnaast beogen zij recht te doen aan de specifieke knowhow en wettelijke vereisten die bij bepaalde domeinen/doelgroepen (met name jeugd & gezin en participatie & inkomen) meer aan de orde zijn.

In gemeenten met domein-/doelgroepspecifieke teams zijn de ervaringen overigens niet onverdeeld positief. Men is erin geslaagd om expertise en netwerken op te bouwen en caseload beheersbaar te houden. Tegelijkertijd ervaart men dat het realiseren van een integrale aanpak meer afstemming vergt en dat burgers en professionals niet altijd weten waar zij terecht kunnen. Men overweegt daarom toe te werken naar integrale teams. Daartegenover zijn er gemeenten die juist ontwikkelen naar meer domein-/doelgroepspecifieke teams, omdat integrale teams in de praktijk te veel caseload hebben gekregen en mede daardoor minder effectief zijn gebleken.

Positionering: hoe zijn sociale teams gepositioneerd?

1. Soorten keuzes en lokale verschillen

Diversiteit is er ook wat betreft de positionering van de teams. Hierin komt tot uitdrukking welke zeggenschap de gemeente binnen de sociale teams heeft of wil hebben ten opzichte van aanbieders. Een belangrijke dimensie hierin is bij welke organisatie de teammedewerkers in dienst zijn. Dit bepaalt mede de arbeidsvoorwaarden die van toepassing zijn. Movisie onderscheidt hierbij de volgende vormen:

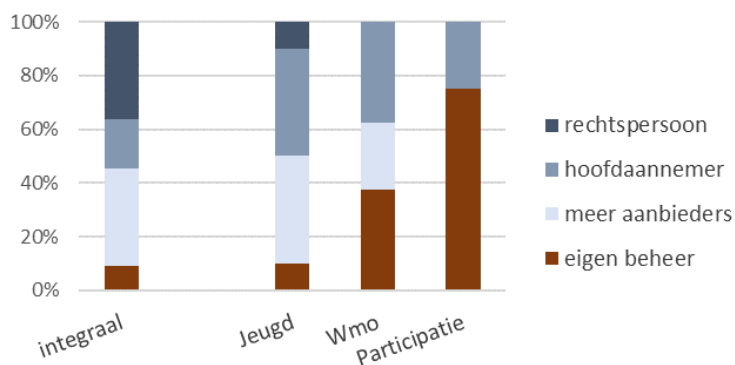
1. *Eigen beheer*: het team maakt deel uit van de gemeentelijke organisatie, waarbij de professionals in dienst zijn van de gemeente en/of (deels) zijn gedetacheerd vanuit hun moederorganisatie.

Daarnaast zijn er drie varianten van *uitbesteding*:

2. Uitbesteed aan *meer aanbieders*: de teamleden blijven in dienst van hun moederorganisatie en werken in een netwerk (op basis van een samenwerkingsovereenkomst). De gemeente bekostigt de inzet van deze professionals via inkoop of subsidie (al dan niet via een openbare aanbesteding). In het onderzoek zijn bij deze variant ook situaties meegenomen van een netwerk waarin, naast professionals van aanbieders, consultants en/of teamleiders in dienst van de gemeente participeren.
3. Uitbesteed aan één of enkele *hoofdaanemers*: deze aanbieder krijgt de opdracht en het budget om een team samen te stellen, waarbij teamleden in dienst treden van de hoofdaanemer dan wel worden gedetacheerd vanuit hun moederorganisatie.
4. Uitbesteed aan een speciaal opgerichte *rechtspersoon*, zoals een coöperatie of stichting, waarbij de teamleden in dienst zijn van deze organisatie. In hoeverre hierbij daadwerkelijk sprake is van uitbesteding is overigens afhankelijk van de mate waarin de gemeente controle kan uitoefenen.

Op welke manier de *casestudie* gemeenten hun sociale teams hebben gepositioneerd, is hieronder zichtbaar gemaakt. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen enerzijds integrale teams (linker kolom) en anderzijds domein-/doelgroepspecifieke teams, gedifferentieerd naar domein (andere kolommen).

Figuur 3.6 Positionering sociaal team



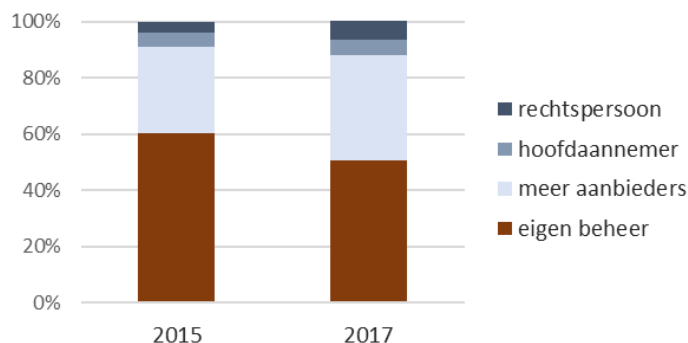
Bron: Movisie (2015)

Een relatief klein aantal gemeenten heeft sociale teams in eigen beheer. Een grote uitzondering hierop vormen specifieke teams gericht op participatie waar gemeenten veelal eigenaar zijn (al dan niet in regionaal verband). In de meeste onderzochte gemeenten staan de sociale teams in meer of mindere mate op afstand van de gemeente. Aanbieders werken dan samen in een netwerkvorm, onder regie van een hoofdaanemer of voor een afzonderlijke rechtspersoon. De laatstgenoemde vorm wordt vooral gekozen bij integrale teams. Met name bij jeugdteams leveren aanbieders in relatief veel gemeenten een belangrijke bijdrage.

Movisie geeft inzicht in de *landelijke* spreiding van de verschillende vormen waarmee gemeenten hun sociale teams positioneren.¹³

¹³ Dit beeld geldt over alle genoemde organisatievormen (zowel integrale teams als domein-/doelgroepspecifieke teams).

Figuur 3.7 Positionering sociaal team: landelijk beeld



Bron: Movisie (2015)

In 2015 kiest iets meer dan de helft van de gemeenten ervoor hun sociale teams in eigen beheer te houden. Het gros van de andere gemeenten besteedt de teams uit aan meerdere aanbieders (netwerk). Twee jaar later is het aantal gemeenten met eigen beheer iets afgenomen ten gunste van uitbesteding aan meerdere aanbieders. Ook kiezen iets meer gemeenten ervoor om sociale teams onder te brengen in een afzonderlijke rechtspersoon. Deze variant en die van uitbesteding aan een hoofdaannemer komen echter nog relatief weinig voor (vooral grotere gemeenten).

2. Overwegingen

In de wijze waarop gemeenten sociale teams positioneren kan een aantal overwegingen meespelen:

1. *Eigen beheer*: voor deze vorm kiezen gemeenten die zelf 'aan het stuur willen blijven', zowel op inhoud (integraal werken met een focus op preventie en mogelijkheden tot afschaling) als op geld (budget). De gemeente blijft immers eindverantwoordelijk voor een effectieve toegang en ondersteuning van kwetsbare burgers. Dit model heeft als voordeel dat verantwoordelijkheden eenduidig zijn belegd en de positie van teamleden helder is;

Uitbesteding: andere gemeenten kiezen voor een rol als opdrachtgever (regie op kaders en hoofdlijnen) en laten de uitvoering over aan professionals. Een belangrijke overweging hierin is dat de benodigde specifieke expertise al beschikbaar is bij externe partijen. De gemeente hoeft hiervoor niet zelf personeel in dienst te nemen. Door inbedding in bestaande uitvoeringsorganisaties zijn er tevens meer beroepsmatige garanties dat specialistische knowhow op peil blijft en meer mogelijkheden tot borging van de continuïteit van dienstverlening (in geval van ziekte of verlof). Hoe sterk deze rollenscheiding of 'knip' wordt doorgevoerd, komt tot uiting in de vorm waarin de uitbesteding gestalte krijgt:

2. *Meerdere aanbieders*: met deze variant kan worden voortgebouwd op bestaande (netwerk)structuren en hoeft er geen energie te worden gestoken in het optuigen van nieuwe organisatievormen.
3. *Hoofdaannemer*: omdat een netwerk lastiger valt aan te sturen, kiezen diverse gemeenten ervoor om met een beperkt aantal contractpartijen in zee te gaan.¹⁴ Deze hoofdaannemers moeten dan zelf het gewenste aanbod organiseren door de samenwerking aan te gaan met andere partijen (onderaannemers). Deze uitbestedingsvariant stelt de gemeente beter in staat om afspraken te maken over transformatiedoelen, bijvoorbeeld door in de taakopdracht sterkere verbindingen te leggen met de sociale basis (voorzieningen) en/of meer focus op preventie. De gemeente hoeft geen nieuwe organisatie in te richten, maar behoudt via periodieke aanbesteding een zekere flexibiliteit om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen (inclusief ervaringen over samenwerking en prestaties tijdens de contractperiode).
4. *Afzonderlijke rechtspersoon*: in deze variant heeft de toegang een duidelijke onafhankelijke positie als partner in de driehoek met de gemeente en specialistische aanbieders. Naast een eenduidig aanspreekpunt voor ketenpartners maakt deze variant een eenduidiger aansturing mogelijk (geen belangenverstremming of -tegenstelling). In vergelijking met detachingsconstructies en/of samenwerkingsverbanden (zie andere varianten) is de rechtspositie van teamleden immers eenduidiger

¹⁴ Enkele gemeenten hebben een deel van de toegang belegd bij Buurtzorg als hoofdaannemer. Deze organisatie vervult ook een regirol, omdat de feitelijke uitvoering in handen ligt van zelfsturende teams.

doordat zij in dienst zijn van de rechtspersoon. Gemeenten die hiervoor kiezen, verwachten dat dit een integraler werkwijze bevordert en meer synergievoordelen oplevert. Voor hen weegt dat op tegen de benodigde inspanningen om een nieuwe organisatiestructuur in te richten met bijbehorende procedures en randvoorwaarden.

Onder invloed van financiële knelpunten/risico's zoeken gemeenten, ook als sociale teams niet in eigen beheer zijn, naar mogelijkheden om meer regie te voeren op de toewijzing van specialistische hulp, bijvoorbeeld door te werken met een expertiseteam en/of verwijzingen via andere partijen (zoals huisartsen) te toetsen.

3.3 Inkoop

Een belangrijk deel van de voorzieningen binnen het sociaal domein wordt door gemeenten ingekocht. Dit betreft met name maatwerkvoorzieningen voor jeugd en Wmo, waarmee omvangrijke bedragen zijn gemoeid. Gemeenten beogen met inkoop te kunnen sturen op levering van betaalbare ondersteuning van goede kwaliteit. Ook is de verwachting dat inkoop, onder andere via eisen tot samenwerking, bijdraagt aan de transformatie (meer integrale ondersteuning op maat) en/of innovatie van effectievere vormen van ondersteuning. Vanwege de benodigde expertise en met het oog op schaalvoordelen werken gemeenten voor inkoop in veel gevallen samen in regionaal verband.

De recent verschenen landelijke monitor onderscheidt een aantal classificatiemogelijkheden van gemeentelijke zorginkoop.¹⁵ Als het gaat om de relatie met de arbeidsmarkt zijn volgens betrokken deskundigen met name de bekostigingsvorm en de inkoopvorm ('instrument') relevant.¹⁶

Bekostigingsvorm: welke wijze van bekostiging kiezen gemeenten voor voorzieningen?

1. Soorten keuzes en lokale verschillen

De verschillende vormen van bekostiging kunnen worden aangeduid conform de gebruikelijke terminologie uit het programma I-sociaal domein:

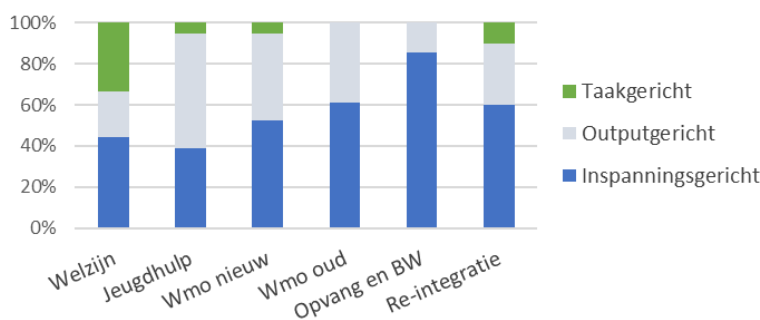
- *Inspanningsgericht*: de gemeente betaalt de aanbieder voor een geleverde inspanning per cliënt op basis van afspraken over aantal te leveren eenheden (bijvoorbeeld uren per week) en een prijs per eenheid ($p \cdot q$).
- *Outputgericht*: de gemeente betaalt de aanbieder voor een geleverd resultaat per cliënt op basis van afspraken over doelen (te leveren resultaat in de vorm van een traject/arrangement) en een prijs per type resultaat per periode, onafhankelijk van de wijze waarop het resultaat is behaald.
- *Taakgericht*: de gemeente betaalt één of een beperkt aantal aanbieders voor een bepaalde opdracht (afgebakende taken) en/of beschikbaarheid voor een populatie op basis van afspraken over een vaste prijs per periode (lumpsum). Bij geografische afbakening wordt veelal gesproken van populatiebekostiging.

Uit de casestudies blijkt dat gemeenten in deze keuze differentiëren naar soorten voorzieningen. Hieronder is dat voor de belangrijkste categorieën in beeld gebracht.

¹⁵ PPRC en Nji (2018). *Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2018: stand van zaken inkoop diensten in het kader van Wmo 2015 en Jeugdwet*.

¹⁶ Daarnaast spelen ook aanbestedingsprocedure (mate van inspraak) en contractvorm (bijvoorbeeld raamcontract) een rol. Het PPRC beschikt over een database met informatie per gemeente die desgewenst bij vervolgonderzoek zou kunnen worden benut.

Figuur 3.8 Bekostigingsvormen



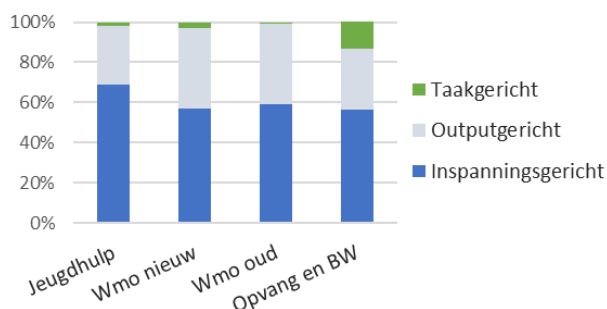
Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Met name bij nieuwe taken als jeugdhulp en Wmo (begeleiding en dergelijke) is relatief vaker gekozen voor outputgerichte bekostiging.¹⁷ Ook bij oude Wmo-taken en re-integratie werkt een substantieel deel van de gemeenten met deze systematiek. Dit betekent overigens niet altijd dat ook in financiële zin op resultaat wordt afgerekend. Er zijn gemeenten waar de resultaten zijn geformuleerd als inspanningsverplichting. De vergoeding is dan niet afhankelijk van de mate waarin resultaat daadwerkelijk is behaald. Bij opvang en beschermd wonen (BW) ligt de verantwoordelijkheid nog bij centrumgemeenten.¹⁸ Vanwege het specialistische karakter (multiproblematiek en voorzieningen met verblijf) worden deze taken voor een belangrijk deel inspanningsgericht bekostigd. Het deel met outputgerichte bekostiging betreft met name vormen van ambulante begeleiding.

Casusgemeenten die nu nog inspanningsgericht bekostigen, overwegen in de nabije toekomst over te stappen op een output- of taakgerichte vorm. Dit laatste is vooral in discussie bij grote gemeenten die ernaar streven om gebiedsgericht te werken met een integralere lumpsum voor een samenhangend takenpakket (bepaalde maatwerkvoorzieningen al dan niet in combinatie met basisvoorzieningen voor met name jeugd en Wmo).

De recent verschenen landelijke monitor bevat gegevens over beide aspecten die zijn verzameld voor jeugdhulp en Wmo.¹⁹ Dit levert de volgende *landelijke* beelden op over de situatie van begin 2018 in circa negen op de tien gemeenten.

Figuur 3.9 Bekostigingsvormen: landelijk beeld



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

¹⁷ Bij jeugdhulp betreft dit met name gespecialiseerde zorg. Bekostiging van gecertificeerde instellingen vindt veelal inspanningsgericht plaats.

¹⁸ Vanaf 2021 worden de budgetten voor deze taken doorgedecentraliseerd, zodat alle gemeenten zelf invulling kunnen geven aan hun wettelijke verantwoordelijkheid. Hiervoor werken zij regionaal (transformatie)plannen uit.

¹⁹ PPRC en Nji (2018). *Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2018: stand van zaken inkoop diensten in het kader van Wmo 2015 en Jeugdwet*.

Zichtbaar is dat de grootste groep gemeenten bij jeugdhulp nog een inspanningsgerichte bekostigingsvorm hanteert. Bij de Wmo zijn relatief meer gemeenten overgestapt op een outputgerichte systematiek. Met name voor beschermd wonen hanteert een beperkt deel van de (centrum)gemeenten een taakgerichte systematiek, waarin een vast budget wordt toegekend aan een aantal aanbieders.

2. Overwegingen

Bij de keuze voor een bekostigingsvorm kunnen diverse overwegingen een rol spelen:

- *Inspanningsgericht*: deze bekostigingsvorm hebben gemeenten voor de meeste gedecentraliseerde taken geërfd bij de transitie. Zeker de eerste periode lag hieraan geen andere overweging ten grondslag dan het streven naar continuïteit van zorg voor cliënten. Een belangrijk voordeel van deze wijze van bekostigen is dat cliënten er vooraf op kunnen rekenen hoeveel ondersteuning zij krijgen. Daarnaast biedt deze vorm veel mogelijkheden om te sturen op kosten. Zowel voor de gemeente als de aanbieders zijn de knoppen (producten en bijbehorende eenheidsprijzen) helder. Tevens kunnen afspraken over te leveren (input)prestaties en de verantwoording daarover relatief eenduidig plaatsvinden. Afhankelijk van (de kwaliteit van) de onderlinge relatie kan een gemeente ook in dit model met vooral grotere aanbieders afspraken maken over hun inzet gericht op een gewenste transformatie van het aanbod. Hier komt bij dat het overstappen op een andere bekostigingsvorm een behoorlijke investering vraagt. Aanbieders en gemeenten dienen een eenduidige en gedeelde visie te ontwikkelen en van daaruit samen stappen te zetten om een systematiek van output- of taakgerichte bekostiging effectief te laten werken. Een belangrijke uitdaging is bijvoorbeeld het meten van de kwaliteit/resultaten van de geleverde ondersteuning. Dit is nog volop in ontwikkeling.
- *Outputgericht*: bij de keuze voor deze bekostigingsvorm speelt een aantal aspecten een rol. Allereerst hebben gemeenten met deze bekostigingsvorm ervaring kunnen opdoen bij oude Wmo-taken (in casu hulp bij het huishouden). Zij hebben daar goed zicht gekregen op de inhoud van de ondersteuning en de betrokken cliëntgroepen. Bij de nieuwe taken hebben zij de eerste jaren na de transitie nog nodig gehad om een informatiepositie op te bouwen. Verder kijken gemeenten vaker bij elkaar 'in de keuken' en nemen dan sneller werkende concepten over die elders zijn ontwikkeld. Een bekend voorbeeld is het arrangementenmodel dat is ontwikkeld in/voor de jeugdhulp regio West-Brabant West en door verschillende andere regio's is nagevolgd. Gemeenten die voor dit model hebben gekozen, doen dat vooral vanuit de wens om meer te kunnen sturen op de inhoud van de ondersteuning en daarbij de concrete behoefte van de cliënt centraal te stellen. Afhankelijk van de precieze vormgeving biedt outputgerichte bekostiging meer mogelijkheden tot een flexibele inzet van ondersteuning (meebewegen met cliëntbehoefte), focus op kwaliteit (inhoudelijk te bereiken resultaten), innovatie van aanbod en samenwerking met andere partijen, en vermindering van administratieve lasten. Gemeenten ervaren nog onzekerheid over de mogelijke gevolgen van recente jurisprudentie: in hoeverre staat deze een goede toepassing en doorontwikkeling van een arrangementenmodel in de weg? Zo is een belangrijke uitspraak dat cliënten moeten weten op hoeveel uur ondersteuning zij kunnen rekenen. Dit schuurt met het principe van een gemiddelde ureninzet per type arrangement.
- *Taakgericht*: voor deze vorm hebben nog relatief weinig gemeenten gekozen. Hierbij gelden grosso modo veel van de overwegingen die zijn genoemd bij de outputgerichte vorm. Een belangrijk verschil is de mate van integraliteit van het aanbod. Bij de taakgerichte vorm is die cliënt overstijgend (want gericht op een hele populatie, zoals een wijk of dorp) én omvat deze een breed spectrum van preventie/welzijn tot vormen van maatwerkondersteuning. Gemeenten die hiervoor kiezen, beogen een ingrijpende transformatie van het aanbod tot stand te brengen waarbij het primaat bij de samenleving en de uitvoerende professionals wordt gelegd. De gemeente kiest expliciet(er) voor een faciliterende rol (richting de samenleving) en stuurt in het opdrachtgeverschap op bredere maatschappelijke effecten (in plaats van op inspanningen of resultaten voor individuele cliënten). Daarbij is de verwachting dat een lumpsum betere prikkels geeft tot inzet op preventie, innovatie van aanbod, vermindering van administratieve lasten en van kosten.

Inkoopvorm: hoe geven gemeenten vorm aan de inkoop van voorzieningen?

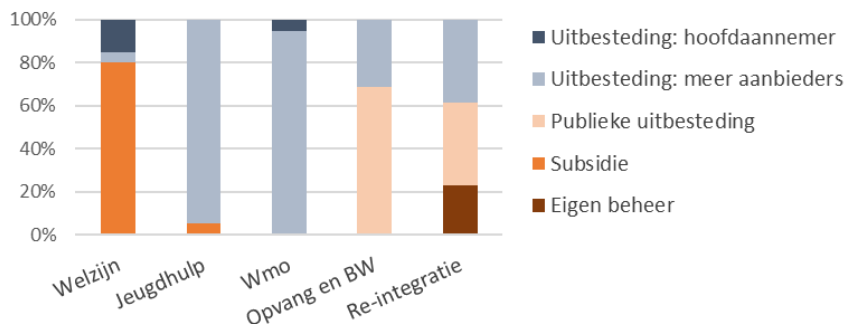
1. Soorten keuzes en lokale verschillen

In de wijze van inkoop kunnen de volgende vormen (instrumenten) worden onderscheiden:

- *Eigen beheer*: de gemeente voert de taak zelf uit (inbesteding).
- *Subsidie*: de gemeente kent onder bepaalde voorwaarden een financiële bijdrage toe ter stimulering van gewenste activiteiten met het oog op het realiseren van beleidsdoelen.
- *Publieke uitbesteding*: de gemeente draagt de uitvoering op aan een buurgemeente (bilaterale afspraken) of een gemeenschappelijke regeling (gezamenlijke uitvoering voor een aantal gemeenten).
- *Private uitbesteding*: de gemeente contracteert particuliere (welzijns- en/of zorg)instellingen voor de uitvoering van een taak en maakt hierover prijs-/prestatieafspraken. Hierbij kan de gemeente opteren voor het contracteren van (i) meerdere aanbieders dan wel (ii) één of enkele aanbieders die als hoofdaannemer(s) optreden.

Uit de verkenning blijkt dat *casestudie*gemeenten ook qua inkoopvorm differentiëren naar soorten voorzieningen.

Figuur 3.10 Inkoopvormen



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

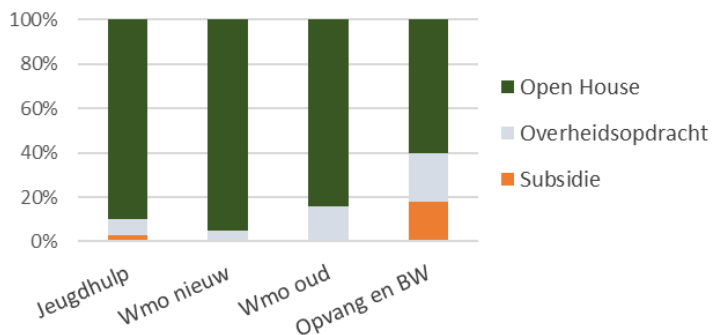
Met name bij jeugdhulp en Wmo (oud en nieuw) vindt in de meeste gevallen uitbesteding plaats aan meerdere (zorg)aanbieders. Veelal gebeurt dit in combinatie met publieke uitbesteding, omdat een belangrijk deel van de inkoop in regionaal verband plaatsvindt. Bij welzijn wordt daarentegen veelal nog gekozen voor een vorm van subsidiëring (zonder aanbesteding). Taken als opvang en beschermd wonen alsook re-integratie besteden veel gemeenten uit aan andere overheidsorganisaties (centrumgemeente of regionale samenwerkingsorganisatie). Alleen bij re-integratie zijn er gemeenten die taken in eigen beheer houden.

Ook over de inkoopvorm of wijze van uitbesteden geeft de landelijke monitor een beeld. Naast het verlenen van subsidies worden daarbij de volgende 'instrumenten' onderscheiden:

- **Overheidsopdracht**: een schriftelijke overeenkomst waarbij de opdrachtnemer de dienst levert en dan recht heeft op de afgesproken vergoeding. De opdrachtgever betaalt een marktconforme vergoeding voor een dienst, werk of levering en kan daarmee uitvoering hiervan afdwingen. Voor sociale en andere specifieke diensten, zoals jeugdhulp en Wmo-maatwerk, geldt een speciale (lichtere) procedure die de gemeente veel ruimte biedt voor een eigen invulling. Essentieel is dat de gemeente bij het gunnen van een overheidsopdracht een keuze maakt uit de inschrijvende aanbieders. Als de gemeente *geen* keuze maakt, is er geen sprake van een overheidsopdracht en zijn de aanbestedingsregels niet van toepassing.
- **Open House**: de gemeente sluit overeenkomsten met elke ondernemer die tegen standaard voorwaarden en tarieven bepaalde goederen of diensten kan leveren, waarbij de aanbestedende dienst toetst of deze ondernemers voldoen aan kwaliteits- en geschiktheidseisen. De inwoner die recht heeft op ondersteuning kiest dan in principe zelf welke aanbieder deze ondersteuning gaat leveren.

Aan de hand van dit onderscheid kan het volgende beeld per zorgvorm worden getoond. Hierbij zijn alle opdrachten zonder keuze tussen aanbieders getypeerd als Open House.

Figuur 3.11 Inkoop: landelijk beeld wijze van uitbesteding

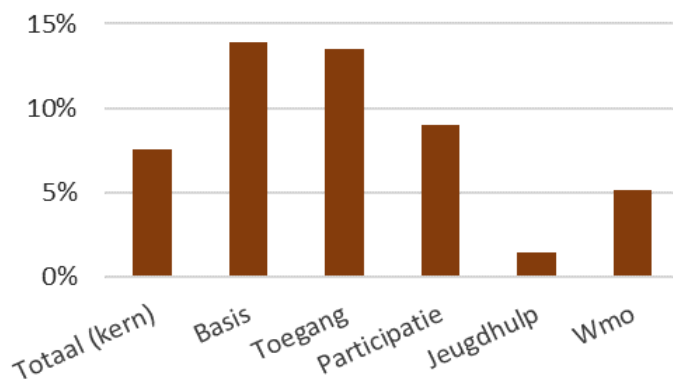


Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Gezien het grote aandeel van Open House en met in achtneming van de subsidies constateert de monitor dat “ruim 90% van de Wmo-maatwerkvoorzieningen buiten de werkingssfeer van de Europese en nationale aanbestedingsregels wordt ingekocht.”

Ook in financiële zin kan een indicatie worden verkregen van de mate waarin gemeenten de uitvoering van taken in het sociaal domein uitbesteden. Hiertoe is met behulp van Iv3-gegevens over de realisatie in 2017 inzichtelijk gemaakt welk deel van de gemeentelijke lasten samenhangt met de inzet van eigen personeel. Dit levert het volgende beeld op voor de kernonderdelen van het sociaal domein.

Figuur 3.12 Inzet gemeentelijk personeel 2017 (% directe personeelslasten Iv3 rekening)

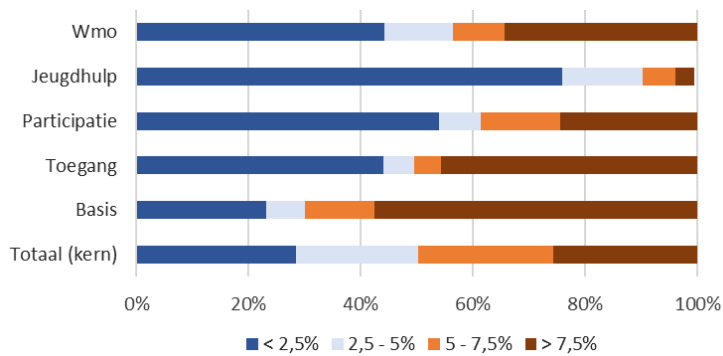


Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Duidelijk is dat gemeenten het minste eigen personeel inzetten voor (lokale) jeugdhulp en het meeste voor basisvoorzieningen (welzijn, gezondheid en dergelijke) en de toegang tot maatwerkvoorzieningen. Ook bij participatie en inkomen en in mindere mate de Wmo zetten gemeenten eigen personeel in.

Met deze gegevens kunnen we ook inzoomen op verschillen tussen gemeenten. Hieronder is per kernonderdeel aangegeven hoeveel gemeenten in de onderscheiden categorieën worden ingedeeld als het gaat om het percentage van eigen personeelsinzet.

Figuur 3.13 Spreiding in- en uitbesteden 2017 (% directe personeelslasten lv3 rekening)



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

De figuur laat zien dat bij jeugdhulp verreweg de meeste gemeenten weinig eigen personeel inzetten. Het spiegelbeeld is zichtbaar bij basisvoorzieningen waar de betekenis van eigen beheer groter is bij relatief veel gemeenten. Bij de toegang en de Wmo is er zowel een grote groep gemeenten die inzet op uitbesteding als een grote groep gemeenten waar het accent meer ligt op eigen beheer. Bij participatie en inkomen zijn er relatief meer gemeenten waar het accent ligt op (publiek) uitbesteden. De groep met het accent op eigen beheer betreft bij deze taken vooral grotere gemeenten.

2. Overwegingen

Als het gaat om de keuze voor een bepaalde inkoopvorm spelen de volgende overwegingen een rol:

- **Schaalgrootte:** grotere gemeenten hebben voldoende schaal om de taak zelf uit te voeren, terwijl kleinere gemeenten uit efficiëntie-oogpunt eerder zijn aangewezen op (publieke of private) uitbesteding.
- **Specifieke expertise:** bepaalde taken (zoals residentiële jeugdhulp) vergen in de uitvoering specialistische knowhow. Als deze expertise op structurelere basis nodig is, vergt dat investeringen die vooral bij kleine en middelgrote gemeenten aanleiding kunnen zijn tot (publieke) uitbesteding.
- **Samenhang met andere taken:** de keuze om bepaalde taken in eigen beheer te houden, kan – ook bij kleinere gemeenten – voortvloeien uit de visie of wens om die taken in onderlinge samenhang uit te voeren. Dit speelt bijvoorbeeld een rol bij taken op het gebied van participatie/re-integratie en Wmo-voorzieningen voor dagbesteding.
- **Landelijke kaders:** uitbesteding van specialistische jeugdhulp aan uitvoerende (markt)partijen is een verplichting. Daarnaast geldt voor beschermd wonen tot 2021 nog een centrumgemeenteregeling.

3.4 Samenwerking

1. Regionaal: met andere gemeenten

Binnen het sociaal domein werken gemeenten in regionaal verband samen met andere gemeenten. Bij sommige taken is dit wettelijk voorgeschreven, zoals bij de inkoop van specialistische jeugdhulp. Los van deze wettelijke verplichting kan er tussen gemeenten variatie zijn in de vorm van:

- wel of geen regionale samenwerking;
- samenwerking met dezelfde gemeenten of in wisselend verband;
- samenwerking die verdergaat dan inkoop van maatwerkvoorzieningen.

Op de meeste taakvelden werken de casestudiegemeenten samen met andere gemeenten. Een uitzondering hierop vormt participatie, waar diverse grotere gemeenten de samenwerking rond sociale werkplaatsen hebben opgezegd en zelf een werkbedrijf hebben opgericht.

Met welke gemeenten men samenwerkt, wisselt per taakgebied. Zo beslaan de samenwerkingsverbanden voor (specialistische) jeugdhulp vaak een grotere regio dan bijvoorbeeld voor de Wmo. Maar ook bij jeugdhulp is er in sommige regio's sprake van schaalverkleining, waarbij alleen zeer specialistische jeugdhulp, jeugdbescherming en pleegzorg nog in groter verband worden ingekocht.²⁰ Deze ontwikkeling kan voor aanbieders leiden tot hogere administratieve lasten.

Naarmate de samenwerking hechter is, kan deze ook verdergaan dan alleen inkoop van maatwerkvoorzieningen. Dit doet zich breed voor als het gaat om opvang en beschermd wonen, waar gemeenten zich in regionaal verband voorbereiden op de doordecentralisatie vanaf 2021. Bij de jeugdhulp en/of Wmo kan regionale samenwerking zich uitstrekken tot:

- onderlinge kennisdeling door middel van netwerkvorming;
- een bredere backoffice waarin capaciteit en expertise worden gebundeld, zoals regionaal inzetbare Wmo-consulenten of een Consultatie- en advies team dat op verzoek ondersteuning biedt aan huisartsen en lokale uitvoeringsorganisaties;
- gezamenlijke ontwikkeling c.q. voorbereiding van (lokaal) beleid, waaronder een gedeelde s transformatie agenda of onderling afgestemde/geharmoniseerde kaders rond bijvoorbeeld de inrichting van de lokale toegang en/of toekenning van maatwerkvoorzieningen;
- risicodeling: in sommige regio's is er bij jeugdhulp de eerste jaren na transitie gewerkt met een vorm van financiële verevening vanuit de solidariteitsgedachte.

In diverse regio's is de invulling van de regionale samenwerking in ontwikkeling. Regionale samenwerkingsverbanden zijn vaak historisch gegroeid, mede onder invloed van eerdere bestuurlijke indelingen (voorafgaand aan decentralisatie van taken) en keuzes (waaronder samenwerking rond oude Wmo-taken en de rol van centrumgemeente). Mede onder invloed van financiële knelpunten zoeken gemeenten naar een nieuwe balans tussen enerzijds het benutten van schaalvoordelen (capaciteit en specifieke expertises) en anderzijds het behouden van voldoende 'couleur locale' qua beleidsinhoud en sturingsmogelijkheden (waaronder de inrichting van de toegang en het voorliggend veld).

Door hun schaalgrootte zijn kleinere gemeenten veelal sterker aangewezen op regionale samenwerking, omdat het hen ontbreekt aan voldoende beleids- en uitvoeringscapaciteit. Door samenwerking zijn zij in staat om enerzijds de kwetsbaarheid van hun organisatie te verminderen en anderzijds te profiteren van een beter aanbod (zoals toegang tot de regionale arbeidsmarkt).

Overwegingen van efficiëntie (korte lijnen) en/of effectiviteit kunnen gemeenten er echter ook toe brengen om uit een regionale samenwerking te stappen. Eén van de motieven om een lokaal werkbedrijf op te richten is bijvoorbeeld dat zo beter kan worden ingespeeld op de behoefte aan nauwere verbindingen met het bredere sociaal domein, waaronder inkomen en dagbesteding (Wmo). Door meer integraliteit te brengen in de aanpak van problematiek (waaronder een eenduidige werkgeversbenadering) beoogt de gemeente zelf te kunnen sturen op de ontwikkeling van participatiedoelgroepen zoals Wsw'ers en bijstandcliënten. Ook bij ambulante vormen van jeugdhulp winnen goede verbindingen met de toegang en het voorliggend veld aan belang en kiezen diverse gemeenten ervoor om een deel van de specialistische jeugdhulp lokaal in te kopen.

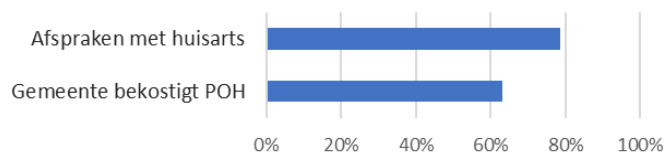
2. Zorg: met partijen in de eerste lijn

Voor gemeenten is een goede samenwerking met het zorgveld van belang, vooral met partijen in de eerste lijn.²¹ Zo vervullen huisartsen een grote rol in verwijzingen naar specialistische jeugdhulp. In de casestudies is nagegaan in hoeverre er afspraken zijn gemaakt met in het bijzonder huisartsen en of gemeenten bepaalde zorgprofessionals bekostigen. Dit levert het volgende beeld op.

²⁰ Dit wordt ook gesignaleerd in de landelijke monitor gemeentelijke zorginkoop, zie PPRC-NJi (2018). Volgens deze monitor is het gemiddeld aantal gemeenten dat gezamenlijk inkoop bij de Jeugdhulp ruim twee tot drie keer groter dan bij de Wmo.

²¹ In samenhang hiermee is ook de relatie met zorgverzekeraar(s) belangrijk. Uit de casestudies komt naar voren dat deze relatie nog vooral vorm krijgt rond afspraken over de collectieve zorgverzekering voor minima. Daarnaast lopen er in enkele grotere gemeenten projecten gericht op gezondheidspreventie bij risicogroepen en/of ketensamenwerking rond doelgroepen met ernstig psychiatrische aandoeningen. Het beeld overheerst dat meer structurele samenwerking nog in de kinderschoenen staat.

Figuur 3.14 Relatie met eerstelijnszorg



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

In de meeste casestudiegemeenten vindt er op zijn minst periodiek overleg plaats met huisartsen voor het uitwisselen van inzichten en ervaringen, waaronder het signaleren van relevante (wijk)ontwikkelingen. Mede door de relatief kleinschalige organisatie van huisartsenpraktijken lukt het echter niet altijd om gemeentebreed tot concrete afspraken te komen, over bijvoorbeeld het proces van doorverwijzen. Oog voor praktische behoeften van huisartsen (bijvoorbeeld rond administratieve procedures) kan hieraan bijdragen.

De noodzaak om tot afspraken te komen, groeit als gemeenten willen overgaan naar een output- of taakgerichte inkoop. Het sociaal team krijgt dan vaak een explicietere regierol in het ondersteuningstraject. Om deze rol te kunnen waarmaken, verwachten gemeenten – tenminste in geval van meervoudige of multiproblematiek – dat andere verwijzers afstemmen met de gemeentelijke toegang.

Verbindingsfunctionarissen zoals de praktijkondersteuner bij huisartsen (POH ggz) kunnen een belangrijke bijdrage leveren om meer grip te krijgen op het verwijsproces en om de samenwerking te verbeteren. Bijna twee derde van de casestudiegemeenten neemt – een deel van – de kosten van POH'ers voor hun rekening of verkent momenteel via pilots de toegevoegde waarde daarvan. Zo verwacht men te stimuleren dat bij huisartsen een zelfde integrale afweging plaatsvindt over doorverwijzingen naar specialistische jeugdhulp.

Sociale basis: met maatschappelijke partners

Welzijnspartijen

De transformatiefilosofie brengt een herwaardering mee van de rol die maatschappelijke partners, in het bijzonder welzijnsinstellingen en vrijwilligersorganisaties, kunnen vervullen (zie hoofdstuk 2). Zij staan immers dichtbij inwoners, werken laagdrempelig en bieden een preventiever aanbod. Hiermee kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de zelf- en samenredzaamheid van inwoners en het afschalen van (specialistische) maatwerkondersteuning.

In de casestudies is nagegaan in hoeverre welzijnspartijen participeren in de toegang tot maatwerkvoorzieningen en/of anderszins een belangrijke rol is toebedeeld in de transformatie. Het blijkt dat welzijnspartijen in ruim de helft van de casestudiegemeenten participeren in (vaak bredere) sociale teams. In ongeveer één op de twee van die gemeenten hebben zij zelfs een leidende positie, bijvoorbeeld als hoofdaannemer van de teams. De grotere rol van welzijnsorganisaties in (preventieve) hulp en ondersteuning brengt een bepaalde grensvervaging mee ten opzichte van specialistische aanbieders. Welzijnsorganisaties kunnen vaker een deel van de behoefte aan maatwerkondersteuning opvangen, preventief en/of als onderdeel van een traject.

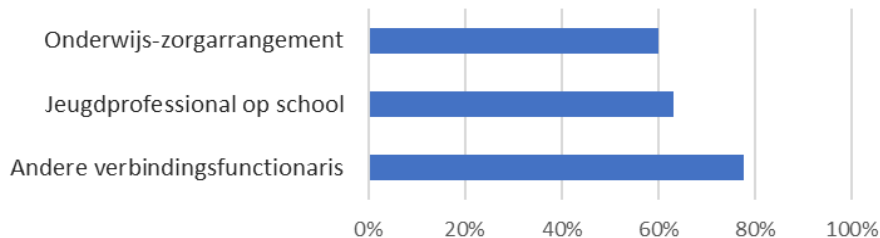
Ook los van de toegang is er in alle gemeenten oog voor het belang van een goede samenwerking met de maatschappelijke partners. Over de vraag in hoeverre dit het geval is, lopen de ervaringen uiteen. Er zijn situaties waar deze samenwerking nog moeizaam verloopt omdat welzijnsinstellingen vanuit eigenbelang denken en onvoldoende resultaten leveren. Eén gemeente wijt dat ook aan het feit dat zij onvoldoende invulling geeft aan haar regierol. Een andere gemeente huurt nu – buiten het gesubsidieerde aanbod om – professionals van de welzijnsinstelling in om maatschappelijke (vrijwilligers)organisaties te ondersteunen, zodat er gezamenlijk ontwikkelopgaven worden benoemd en een maatschappelijke analyse wordt gemaakt.

Enkele grotere gemeenten werken aan meer samenhangende concepten, zoals Thuis in de Wijk. Hierin worden ontspanning, ontmoeting, preventie, taalvaardigheid, informatie, advies, ondersteuning en begeleiding, dichtbij en in samenhang geboden door een netwerk van partners op plaatsen waar inwoners al (graag) komen. Zulke concepten kunnen uitgroeien tot de basis voor (de transformatie van) de inrichting van het sociaal domein.

Onderwijs/vve en kinderopvang

Als het gaat om jeugd zien casestudiegemeenten in het bijzonder het belang van een goede samenwerking met onderwijs/voorschoolse educatie (vve) en kinderopvang. In de casestudies is nagegaan in hoeverre er wordt gewerkt met onderwijs-zorgarrangementen en met verbindingsfunctionarissen tussen onderwijs/vve en jeugdhulp. Dit levert het volgende beeld op.

Figuur 3.15 Relatie jeugd & onderwijs/vve



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Uit de casestudies komt naar voren dat gemeenten het onderwijs alsook vve en kinderopvang beschouwen als belangrijke:

- **Vindplaats:** waar problematiek en behoeften zo vroeg mogelijk worden gesignaleerd. Sommige gemeenten geven aan dat scholen zijn aangehaakt bij het jeugdteam of dat expliciete afspraken zijn gemaakt over het doorzetten van relevante signalen door professionals als IB'ers en zorgcoördinatoren naar de gemeentelijke toegang.
- **Werkplaats:** in een meerderheid van de casestudiegemeenten participeert een verbindingsfunctionaris vanuit het sociaal team in het zorgteam van scholen en zijn er inhoudelijk afgestemde onderwijs-zorgarrangementen. Sommige grote gemeenten hebben zelfs een afzonderlijk jeugdteam voor het voortgezet onderwijs en/of middelbaar beroepsopleiding. Het doel van deze inzet is om vroegtijdig op school integrale ambulante ondersteuning te bieden gericht op normalisering en voorkoming van schooluitval.

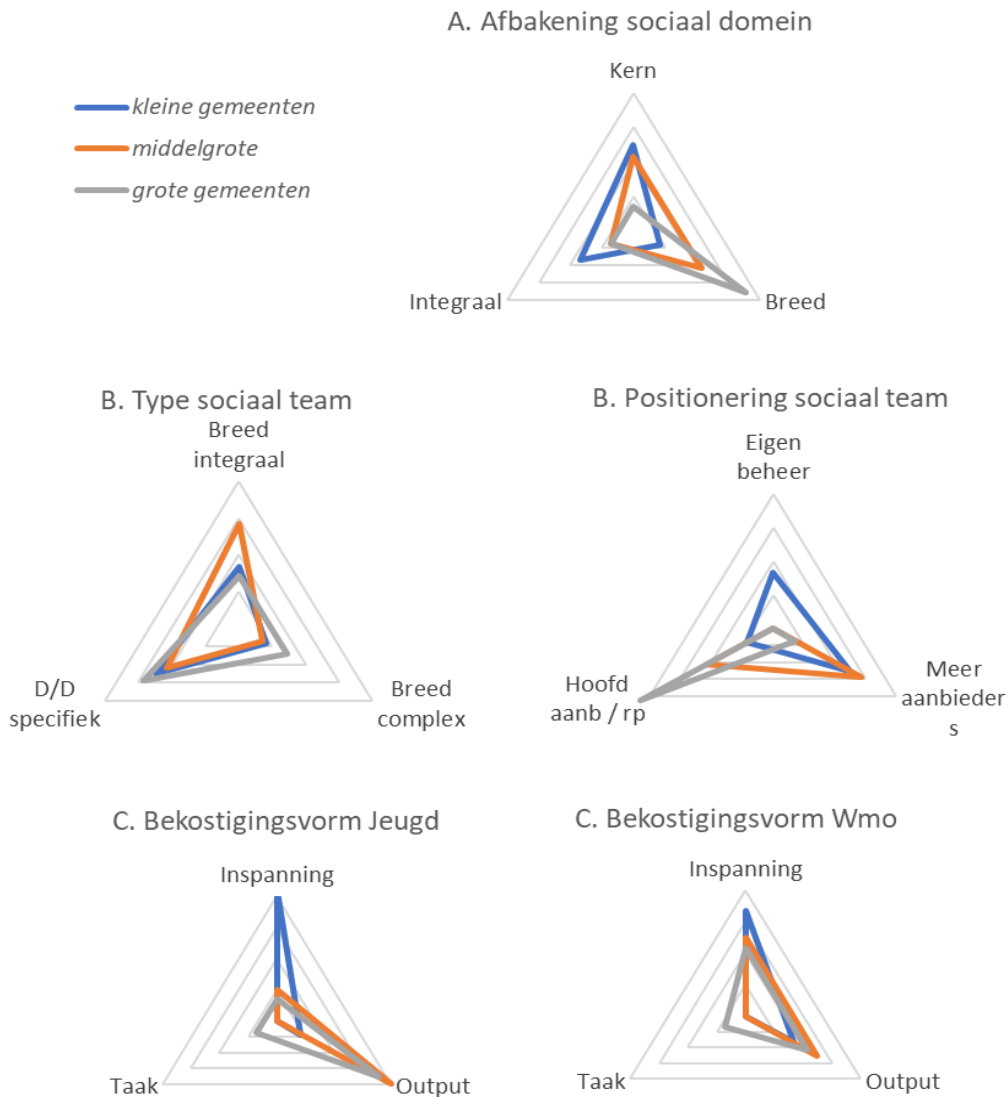
Daarnaast wijzen gemeenten ook op de rol die combinatiefunctionarissen en buurtsportcoaches vervullen als het gaat om vroegtijdige preventie, signalering en verbinding met toegang en hulpverlening. Zij hechten hieraan waarde, mede om beroep op gespecialiseerde jeugdhulp te beperken.

3.5 Aanzet voor een typologie

In voorgaande paragrafen is per dimensie van de inrichting van het sociaal domein geschetst hoe de onderzochte gemeenten daarop scoren. Op basis van de casestudies is ook nagegaan in hoeverre er samenhangen zijn met bepaalde typen gemeenten. Gegeven het kleine aantal onderzochte gemeenten hebben we deze analyse toegespitst op de omvang van gemeenten. In dit kenmerk komen ook allerlei andere dimensies tot uitdrukking.

Dit levert de volgende aanzet op voor een typologie (zie figuur 3.16 op de volgende pagina).

Figuur 3.16 Aanzet voor een typologie



Bron: Cebeon (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Deze typologie laat zien dat, ten opzichte van kleine gemeenten:

- A. (middel)grote gemeenten vaker een brede afbakening hebben van het sociaal domein;
- B. in middelgrote gemeenten vaker sprake is van een breed integraal sociaal team en in grote gemeenten een breed complex sociaal team. Ook hebben (middel)grote gemeenten de sociaal teams minder vaak in eigen beheer. Grote gemeenten besteden dit vaker uit aan een hoofdaanbieder of rechtspersoon;
- C. bij jeugd en in mindere mate bij Wmo hebben (middel)grote gemeenten vaker een outputgerichte bekostiging.

Deze typologie heeft het karakter van een aanzet omdat de groep onderzochte gemeenten te klein is om meer gefundeerde, generaliseerbare uitspraken te kunnen doen. Uitbreiding van het onderzoek naar een groter aantal gemeenten kan dit ondervangen en tevens duidelijk maken in hoeverre andere kenmerken een rol spelen.

Daarbij komt dat er nog veel in beweging is binnen het sociaal domein. Het is daarom niet uit te sluiten dat op termijn meer eenduidige typen ontstaan die in de praktijk relatief effectief blijken te zijn bij verschillende soorten gemeenten.

4 Doorwerking van inrichtingsvormen op opdrachtgevers van het sociaal domein

4

Zoals het vorige hoofdstuk laat zien, is er met de decentralisaties in het sociaal domein veel veranderd aan de zijde van de opdrachtgevers van aanbieders van zorg en ondersteuning in het sociaal domein (i.c. de gemeenten). Via literatuurstudie, analyse van jurisprudentie en interviews met veertig zorgaanbieders in de diverse branches is geïnventariseerd of, en zo ja in hoeverre en op welke wijze deze veranderingen invloed hebben gehad op het functioneren van deze zorgaanbieders als arbeidsorganisatie. De nulhypothese luidde dat bepaalde keuzes van gemeenten bij de inrichting in het sociaal domein aantoonbaar en uni-causaal zouden doorwerken op specifieke keuzes van zorgaanbieders voor de organisatie en inrichting van de arbeidsorganisatie. Dat blijkt in de praktijk niet zo te zijn: we hebben geen een-op-eenrelaties gevonden tussen specifieke inrichtingskeuzes van gemeenten en 'institutionele reacties' daarop van zorgaanbieders. In paragraaf 4.1 beschrijven we de belangrijkste doorwerkingen. In paragraaf 4.2. gaan we nader in op de uitkomsten van de literatuurstudie, de analyse van jurisprudentie en de interviews met werkgevers.

4.1 De belangrijkste doorwerkingen

Het blijkt dat zorgaanbieders verschillend reageren en anticiperen op bepaalde inrichtingsvormen van het sociaal domein.

Die reacties zijn deels te verklaren doordat zorgaanbieders doorgaans meerdere gemeenten als opdrachtgever hebben en gemeenten nogal eens uiteenlopende keuzes hebben gemaakt, waardoor het voor de zorgaanbieder niet goed mogelijk is en wellicht ook niet noodzakelijk is op één uniforme wijze te reageren. Een goed voorbeeld hiervan is een zorgaanbieder die voor meerdere gemeenten werkt, waarbij een deel van de gemeenten een sociaal team heeft ingericht met generalisten (voormalig specialisten van de zorgaanbieder) en andere gemeenten werken met een sociaal team dat bestaat uit specialisten. In het ene geval zal de zorgaanbieder een meer generalistische werkwijze moeten ontwikkelen, in het andere geval zal de nadruk juist liggen op het behouden van de specialismen. Een ander voorbeeld is de verschillen tussen gemeenten als het gaat om de inkoop van (specialistische) zorg. De ene gemeenten koopt traditioneel in volgens de methode P*Q, de andere gemeente koopt in op resultaat. Die verschillende inkoop-systematieken hebben als zodanig weinig invloed op de arbeidsorganisatie. Wat wel invloed heeft, is het *naast elkaar bestaan* van verschillende systematieken waar zorgaanbieders mee geconfronteerd worden, wat leidt tot een toename van administratieve lasten omdat met verschillende systematieken gewerkt moet worden: '...elke gemeente stelt weer andere eisen....'.

Die verschillen zijn ten tweede ook te verklaren vanuit verschillen in de (huidige en) gewenste marktpositie van de zorgaanbieders. Sommige zorgaanbieders zien de decentralisaties als een kans om te groeien en grijpen deze aan om een betere concurrentiepositie te ontwikkelen en nieuwe opdrachtgevers te acquireren. Bijvoorbeeld door de eigen specifieke specialismen door te ontwikkelen (het begeleiden van jongeren met dyslexie is daar een goed voorbeeld van), of door juist te fuseren met andere aanbieders (concurrenten dan wel aanbieders die complementaire zorg leveren). Andere zorgaanbieders ervaren de decentralisaties meer als een bedreiging voor het voortbestaan en hanteren een defensieve strategie (voorlopig even geen nieuwe investeringen).

Ten derde zijn de verschillen te verklaren vanuit de constatering die menig zorgaanbieder doet dat het lokale sociale domein nog volop in ontwikkeling is, nog alle kanten op kan gaan en dat dat voorlopig nog wel het geval zal blijven waardoor het lastig is een heldere eenduidige strategie te ontwikkelen. Men kijkt liever nog even de kat uit de boom.

Last but not least zijn de verschillen in reactie te verklaren vanuit de constatering dat de ene zorgaanbieder 'het beter doet' dan de andere zorgaanbieder. Als zorgaanbieder moet je wel gecontracteerd worden door gemeenten en of je een aanbesteding wint dan wel verliest, kan veel verschil uitmaken voor het voortbestaan van de betreffende zorgaanbieder. Daarenboven, gecontracteerd worden is één, maar dat hoeft niet automatisch te betekenen dat het zorgaanbod ook daadwerkelijk wordt afgenomen, wordt geconsumeerd. Een groot deel van de gemeenten werkt met 'open contractering': elke zorgaanbieder kan, mits wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen, een raamcontract aangaan met een inkooporganisatie. Het is dan aan de burger/gemeente om uiteindelijk te kiezen voor een zorgaanbieder. Kortom de onzekerheid bij de zorgaanbieders dat hun zorgaanbod ook daadwerkelijk wordt afgenomen leidt tot uiteenlopende bedrijfsstrategieën.

Die laatste constatering brengt ons op een viertal ‘constanten’ in de reacties van zorgaanbieders op de decentralisaties en de daaruit voortvloeiende ontwikkelingen in het lokale sociale domein. Het sociaal domein wordt meer dan voorheen door zorgaanbieders gezien als een arbeidsmarkt waar sprake is van concurrentie en waar dus ook concurrerend gehandeld moet worden. Vrijwel alle zorgaanbieders zijn zich daar goed van bewust en realiseren zich dat de veranderende arbeidsmarkt noopt tot (her)bezinning op de bedrijfsstrategie. Hoe die (her)bezinning eruit ziet en tot welke conclusies die leidt, dat verschilt van aanbieder tot aanbieder en is van veel meer afhankelijk dan alleen van de inrichting van het sociaal domein door die gemeenten waar de aanbieder actief is.

Een tweede constante is dat er feitelijk niet meer gesproken kan worden van één arbeidsmarkt, maar van vele, lokale arbeidsmarkten die soms fors van elkaar verschillen qua omvang en aard van de zorgvraag en waar aanbieders dus ook verschillend op moeten reageren. Dat geldt in het bijzonder voor aanbieders van jeugdzorg en in mindere mate voor aanbieders van Wmo-diensten en in nog veel mindere mate voor aanbieders van vrij toegankelijke zorg in de zogenoemde nulde lijn. Laatstgenoemde zorg (onder ander bestaande uit maatschappelijk werken welzijn) wordt vooral aanbesteed via subsidiërelaties die doorgaans voor meerdere jaren worden aangegaan. Subsidiërelaties die niet fundamenteel anders zijn dan voor de decentralisaties. Een derde constante bestaat uit de constatering dat – als gevolg van de eerste en tweede constante – de arbeidsmarkt in het sociaal domein flexibeler is geworden. Flexibeler in de zin dat er sprake is van meer concurrentie en de arbeidsmarkt is opgegaan in meerdere lokale arbeidsmarkten, waar er voorheen, met name voor aanbieders in de jeugdzorg sprake was van één landelijke en meerdere provinciale/regionale arbeidsmarkten.²² Die flexibiliteit noopt tot een flexibeler opstelling van de aanbieders, bijvoorbeeld als het gaat om de aanname van (nieuw) personeel. Maar ook hier geldt dat er geen sprake is van een een-op-eenrelatie. Sommige aanbieders reageren op die flexibiliteit door werknemers tijdelijke/flexibele contracten aan te bieden; andere werkgevers daarentegen constateren dat er een gebrek aan kundig gespecialiseerd personeel is en bieden juist eerder een vast contract aan.²³

Een vierde constante is dat er steeds meer nadruk wordt gelegd door gemeenten op resultaat en dus aan zorgaanbieders wordt gevraagd om te laten zien dat de geleverde zorg en ondersteuning het gewenste resultaat oplevert. De meeste zorgaanbieders signaleren dan ook een toename van de administratieve lasten, wat door een groot aantal aanbieders als problematisch wordt ervaren, met name omdat gemeenten nogal verschillende voorwaarden stellen aan de administratieve en inhoudelijke verantwoording.

4.2 De belangrijkste doorwerkingen nader omschreven

De in deze paragraaf beschreven gevolgen zijn gebaseerd op de deskstudie, de analyse van de jurisprudentie (zoals gepubliceerd op www.sociaalweb.nl) en op de interviews met veertig werkgevers die we in het kader van de casestudies hebben benaderd. Zowel de deskstudie, de analyse van de jurisprudentie als ook de gesprekken met de werkgevers laten zien dat er nog betrekkelijk weinig bekend is over de gevolgen van de transformaties in het sociaal domein op de arbeidsmarkt: er is nog maar weinig over gepubliceerd en ook de gesprekken met de werkgevers hebben geen duidelijk beeld opgeleverd van eventuele gevolgen van de transformaties voor de arbeidsmarkt. De verwachting was dat de werkgevers een verband zouden kunnen aangeven tussen de wijze waarop gemeenten het sociaal domein hebben ingericht en de gevolgen die de werkgevers van de transformaties in het sociaal domein daarvan ervaren. Werkgevers ervaren wel degelijk gevolgen, zo zal ook blijken uit de navolgende paragrafen, maar die gevolgen zijn niet eenduidig te herleiden tot specifieke keuzes die gemeenten hebben gemaakt. In de navolgende paragrafen beschrijven we dan ook de meest genoemde gevolgen van de transformaties in algemene zin. Daar waar mogelijk maken we een onderscheid naar werkveld (Wmo, jeugd, participatie, kinderopvang en welzijn/sociale basis).

Toename administratieve lasten

Veel aanbieders van zorg en ondersteuning in het sociaal domein hebben met ingang van 1 januari 2015 (deels) te maken gekregen met nieuwe opdrachtgevers, namelijk de gemeenten, individueel of in regionale

²² Dat geldt in mindere mate voor aanbieders Wmo (waar al eerder sprake was van lokale opdrachtgevers) en welzijn waar de gemeente altijd al de opdrachtgever was.

²³ Deze keuzes zijn niet branchespecifiek; aanbieders van dezelfde zorg en ondersteuning kunnen totaal uiteenlopende keuzes maken afhankelijk van hun lokale arbeidsmarktpositie.

samenwerkingsverbanden. Met de overheveling van verschillende budgetten naar de gemeenten zijn nieuwe financierings- en verantwoordingsstromen ontstaan. De meeste gemeenten zijn al in 2014 gaan samenwerken in regionale uitvoeringsorganisaties die de inkoop van zorg en ondersteuning uitvoeren. Het uitgangspunt is daarbij doorgaans dat de regionale uitvoeringsorganisatie namens de aangesloten gemeenten de inkoop en contractering verzorgt en dat de zorgtoewijzing, de zorgconsumptie en de facturering bilateraal met de afzonderlijke gemeenten geregeld wordt. Voor de aanbieders van zorg en ondersteuning betekent dit dat zij moesten en moeten samenwerken met nieuwe opdrachtgevers. Vaak met veel meer opdrachtgevers dan waarmee zij voorheen samenwerkten, die bovendien ook nog eens onderling verschillende leveringsvoorwaarden en verantwoordings-eisen stelden en stellen. De administratieve druk op en bij zorgaanbieders is hierdoor eerder toe- dan afgenomen. De Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD) stelt in haar derde voortgangsrapportage dat gemeenten die hebben gekozen voor outcome- of resultaatfinanciering doorgaans minder zware administratieve eisen stellen aan de verantwoordingsinformatie van aanbieders dan gemeenten die hebben ingekocht volgens de traditionele P*Q-methodiek en ook langs die lijn verantwoordingsinformatie verwachten. Ook de gesprekken met de werkgevers die we hebben gevoerd, bevestigen dat nogal wat werkgevers een toename van de administratieve lasten ervaren en daar de inrichting van hun administratieve backoffice op moeten aanpassen. Er worden diverse oorzaken genoemd: een toename van het aantal opdrachtgevers (geldt met name voor –voorheen provinciaal gefinancierde– werkgevers in de jeugdzorg), de verschillende eisen die verschillende gemeenten stellen en de verschillende administratieve systemen die gemeenten gebruiken. Maar ook het werken met nieuwe vormen van contracteren (inschrijven en contracteren via regionale inkooporganisaties) heeft invloed op de administratieve lastendruk. Hoe omvangrijk die toegenomen administratieve lastendruk is, is niet duidelijk geworden uit de interviews met werkgevers.

Formatieomvang

De transities/transformaties in het sociaal domein zijn gepaard gegaan met soms forse bezuinigingen, met name in de Wmo en de jeugdzorg. Deze bezuinigingen hebben hun weerslag gehad (en hebben dat nog steeds) op de aanbieders van zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Met name aanbieders van specialistische jeugdzorg zijn (en worden nog steeds) geconfronteerd met bezuinigingen die hen noopten de aard en omvang van hun aanbod aan te passen. Meerdere gemeenten hebben aangegeven (bijvoorbeeld Almere in 2017) dat zij gedwongen moesten overgaan tot een aannamestop (geen nieuwe cliënten meer) omdat de budgetten niet toereikend waren. Voor de aanbieders in kwestie betekende dit dat zij tegen het einde van het begrotingsjaar geen nieuwe cliënten meer konden/mochten aannemen. De Transitiecommissie Sociaal Domein constateerde dat met name instellingen die afhankelijk zijn van één financieringsbron in hun voortbestaan bedreigd (kunnen) worden. In diezelfde rapportage constateert de TSD dat kortlopende aanbestedingen van gemeenten kunnen leiden tot bestaansonzekerheid bij aanbieders (geen meerjarenperspectief) en de gewenste innovatie (kunnen) remmen. (bron TSD 5^e rapportage).

Gevraagd naar de consequenties van de transformaties voor de omvang van het personeelsbestand antwoorden de werkgevers zeer divers. Met name Wmo-aanbieders en aanbieders van jeugdzorg geven aan dat de formatieomvang is veranderd als gevolg van de transformaties. Sommige werkgevers hebben als gevolg bezuinigingen de formatieomvang verkleind (één werkgever rapporteerde een afname met 25% omdat men anticipeerde op de verwachte bezuinigingen, maar gaf aan dat die consequenties te negatief zijn ingeschat en dat men weer nieuw personeel moest aannemen), andere werkgevers rapporteren dat ze juist zijn gegroeid in omvang omdat ze als gevolg van de transformaties nieuwe taken (waar gemeenten om vroegen) hebben opgepakt. Eén werkgever meldde gegroeid te zijn omdat concurrentie wegviel en zij taken konden overnemen. Voor meerdere werkgevers is er meer onzekerheid gekomen met betrekking tot de eventuele groei van de organisatie/de omvang van de formatie. De aanbestedingen zorgen voor onzekerheid, evenals de bezuinigingen, maar de aanbestedingen bieden ook nieuwe kansen, niet alleen tot uitbreiding van het aantal opdrachtgevers, maar ook met betrekking tot het ontwikkelen van nieuwe werkvormen. Daar moeten dan wel de financiële mogelijkheden voor zijn, aldus een van de geïnterviewde werkgevers. Die werkgever rapporteert dat als gevolg van bezuinigingen het personeelsbestand noodgedwongen is gekrompen en er geen ruimte is voor innovatie.

Groei/krimp is ook soms selectief (functie-afhankelijk) en kan tegelijkertijd in één organisatie voorkomen. Zo rapporteert één werkgever dat er sprake was van krimp omdat er bezuinigd moest worden (op de ambulante

hulpverleningsfunctie) en er enige tijd later weer sprake was van groei in de formatie bij de specialistische hulpverlening omdat er meer vraag naar is gekomen.

Funcieverandering

Het Nederlands Zorg Instituut (NZI) heeft in april 2015 een studie gepubliceerd waarin de contouren zijn geschetst van de 'nieuwe arbeidsmarkt in de zorg'.²⁴ Deze arbeidsmarkt stelt nieuwe eisen aan de kennis, de competenties en de vaardigheden van werknemers in het sociaal domein. Het NZI geeft aan dat multidisciplinair werken inhoudt dat er multidisciplinair en interprofessioneel geleerd en opgeleid moet worden: '...de zorgprofessionals van de toekomst verplaatst zich, net als de burger, tussen de verschillende zorggebieden'.²⁵ De facto verwijst het NZI hiermee naar het concept 'integraal werken' (zie ook verderop in deze paragraaf).

Het NZI constateert vervolgens dat zorgprofessionals moeten kunnen beschikken over de volgende (deels nieuwe) generalistische bekwaamheden, en dat de werkgevers in de zorg daar in hun opleidingsbeleid rekening mee moeten houden:

- netwerkbekwaamheden;
- technologische bekwaamheden;
- maatschappelijke en contextbekwaamheden;
- het vermogen te kunnen de-escaleren, ontzorgen, zo veel mogelijk door de burger zelf en zijn netwerk laten doen, ze erbij te betrekken met als doel om de burger in staat te stellen zo snel mogelijk weer naar huis te kunnen gaan.

De meeste geïnterviewde werkgevers rapporteren dat het werk inhoudelijk aan verandering onderhevig is. De algemene tendens is dat – zeker als wordt samengewerkt met een wijkteam en/of het personeel deel uitmaakt van een wijkteam – er meer vraag is naar generalisten dan wel werknemers met (ook) generalistische kennis en vaardigheden. Dat betekent echter niet zonder meer dat specialistische functies afnemen; daar blijft vraag naar, zo valt te beluisteren bij de werkgevers. Een enkele werkgever geeft zelfs aan dat de vraag naar specialisten vanuit een specifieke gemeente is toegenomen omdat vanuit het wijkteam is gebleken dat er meer behoefte is aan – in dit geval – specialistische ggz-kennis.

Volgens de meeste werkgevers zijn er niet zo zeer nieuwe functies bijgekomen als gevolg van de transformaties of zijn oude functies komen te vervallen. Wel kunnen binnen specifieke functies (met name de functies met directe klantcontacten) accentverschillen waargenomen worden. Er worden zeer uiteenlopende accentverschillen gerapporteerd, variërend van meer nadruk op generalistische taken (met name omdat geparticipeerd wordt in wijkteams; dit is het meest genoemde accentverschil) tot meer nadruk op juist specialistische taken (omdat de vraag steeds complexer wordt; iets minder vaak genoemd, met name door aanbieders in de jeugdzorg genoemd). Enkele werkgevers melden daarentegen dat er wel degelijk nieuwe functies in hun organisatie zijn bijgekomen omdat men *mogelijkheden* ziet om deze functies in een gemeente te kunnen gaan vervullen, bijvoorbeeld de functie van sociaal makelaar (burgers onderling én met professionals verbinden). Een enkele werkgever meldt dat er meer vraag is naar bepaalde specifieke functies omdat de gemeente beter zicht heeft gekregen op de vraag/behoefte aan ondersteuning bij haar inwoners en gebleken is dat aan die specifieke functie behoefte is. De werkgever wordt dan gevraagd om meer capaciteit te leveren. Eén welzijnsorganisatie heeft er voor gekozen werknemers vaker aan te melden bij het Registerplein (waar werknemers in met name de welzijnssector zich kunnen laten registreren als professional) omdat men ziet dat steeds meer concurrerende zorgaanbieders denken dat zij ook welzijnswerk kunnen aanbieden.

Er is ook enkele keren genoemd dat het werk in het sociaal domein ingewikkelder wordt (meer zware en complexe problematiek) en dat dat uiteindelijk ook betekent dat er hogere eisen gesteld moeten worden aan het opleidingsniveau van het personeel: '...Mbo wordt hbo en hbo wordt hbo+...', aldus een van de geïnterviewde werkgevers. Veel werkgevers voelen zich genooddaakt op enigerlei wijze de funcieveranderingen te verwerken in de opleidingen en trainingen die hun personeel moet volgen. Het gaat dan om heel uiteenlopende competenties en vaardigheden die (nieuw) moeten worden aangeleerd, variërend

²⁴ Naar nieuwe zorg en zorgberoepen, de contouren, NZI, april 2015.

²⁵ Het NZI onderscheidt in dit verband vier zorgprofielen: voorzorg (=preventie, verschillende zorgdomeinen bij betrokken, gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en het voorkomen van problemen), gemeenschapszorg (zorg in de buurt, multidisciplinair, technologie speelt grote rol), laagcomplex tot complexe zorg (basisgezondheidszorg, standaardingrepen, technologie speelt grote rol) en hoog complexe zorg.

van 'meer kennis van relevante wetgeving' (een re-integratiebedrijf) en 'beter leren samenwerken met specialisten' (een welzijnsorganisatie) tot 'meer salesvaardigheden om nieuwe klanten binnen te halen'.

Dienstverband/personielsverloop

Gevraagd naar de gevolgen van de transformaties in het sociaal domein naar de verhouding tussen vaste en flexibele contracten die werkgevers geven aan hun personeel, zijn de antwoorden zeer divers. Een deel van de werkgevers geeft aan dat als gevolg van de toegenomen onzekerheden (aanbestedingen, bezuinigingen) er meer dan voorheen gewerkt wordt met flexibele contracten. Andere werkgevers vinden dat het moeilijker is geworden geschikt personeel te werven (zonder dat overigens expliciet te relateren aan de transformaties) en dat dientengevolge eerder een vast contract wordt aangeboden. Hierin is geen branchespecifiek onderscheid te maken; beide keuzes komen in meerdere branches voor, afhankelijk van de lokale arbeidsmarktpositie van de zorgaanbieders. Wel lijkt het erop dat bijvoorbeeld de jeugdzorgbranche gekenmerkt wordt door een grotere onzekerheid dan bijvoorbeeld de welzijnssector en de kinderopvang. Dat heeft met de vorm van financiering te maken; in de welzijnssector is vaak nog sprake van meerjarige subsidierelaties, alhoewel dat ook de laatste jaren steeds minder het geval is en de kinderopvangsector wordt niet gefinancierd via een inkooptraject, maar door de ouders en het rijk (en de gemeenten).

Er is sprake van verloop van personeel, maar dat is, zo geven de meeste werkgevers aan, niet noemenswaardig anders geworden als gevolg van de transformaties.

Meer samenwerking tussen zorgaanbieders

Vrijwel alle werkgevers die we gesproken hebben, beweren dat er meer dan voorheen wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders, zowel binnen de eigen branche als ook daarbuiten. Een van de werkgevers geeft als voorbeeld dat een gemeente zorg inkoop op resultaat en niet langer op inspanning. Deze werkgever is niet *alleen* verantwoordelijk voor het resultaat bij de cliënt, maar meerdere aanbieders (als onderaannemer van deze werkgever) zijn actief bij die cliënt met als gevolg dat er sprake is van een collectieve verantwoordelijkheid en er dientengevolge dus meer moet worden samengewerkt.

Enkele specialistische zorgaanbieders (met name aanbieders Wmo en jeugdzorg) geven aan dat er meer wordt samengewerkt met aanbieders die actief zijn in de sociale basisinfrastructuur, zoals welzijnsorganisaties, maar ook kerken, vrijwilligersorganisaties, verenigingen, et cetera. Tot slot zegt een enkele werkgever dat er weliswaar meer wordt samengewerkt, maar dat er ook sprake is van toenemende concurrentie.

Tot slot

De meeste werkgevers die we hebben geïnterviewd, geven er blijk van zich terdege te realiseren dat zij voor wat betreft de toekomst van hun organisatie afhankelijk zijn van de gemeenten als opdrachtgever en met die gemeenten ook het gesprek aan (willen) gaan over de inrichting van de gemeentelijk gefinancierde zorg en ondersteuning. Er is enerzijds sprake van een opdrachtgever-opdrachtnemersrelatie, maar anderzijds, zo is gebleken uit de gesprekken, beschouwen de werkgevers zich ook steeds meer als partner van de gemeente en zijn zij bereid om samen verantwoordelijkheid te nemen voor de inrichting, de uitvoering en de resultaten van de zorg en ondersteuning in het sociaal domein.

5 Welke organisaties zijn actief in het sociaal domein?

5

In dit hoofdstuk onderzoeken we welke organisaties als werkgever actief zijn in het sociaal domein. Vervolgens gaan we in op de achtergrondkenmerken van deze organisaties. Daarna beschrijven we welke veranderingen deze organisaties hebben doorgemaakt na of naar aanleiding van de decentralisaties. Ook gemeenten zijn actief als werkgever in het sociaal domein. In de laatste paragraaf besteden we hier aandacht aan.

5.1 Organisaties in het sociaal domein

In deze paragraaf beantwoorden we de vraag welke typen organisaties actief zijn in het sociaal domein. Op basis van de vragenlijst kan het sociaal domein op drie manieren worden afgebakend, namelijk op basis van:

1. de doelgroep en werkzaamheden van de organisaties;
2. personeel in loondienst in het sociaal domein;
3. personeel in cliëntgebonden functies (primaire proces) in het sociaal domein.

Deze afbakeningen komen in deze paragraaf achtereenvolgens aan de orde, waarbij steeds eerst het algemene plaatje wordt geschetst en vervolgens dieper wordt ingezoomd.

In paragraaf 2.4 bespreken we hoe gemeenten het sociaal domein afbakenen.

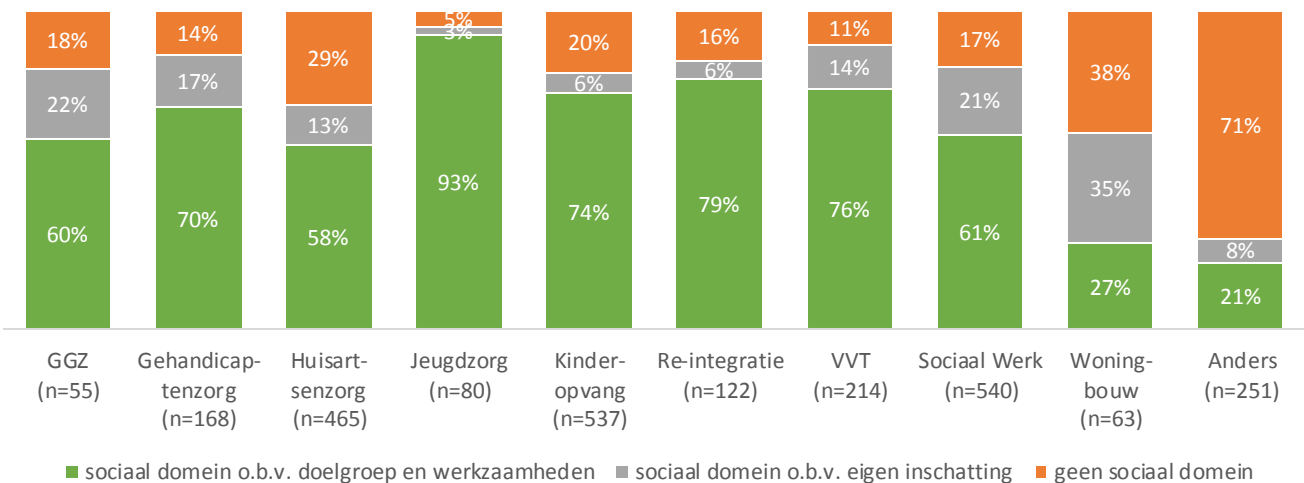
Afbakening sociaal domein: doelgroep en werkzaamheden

In de onderstaande figuur wordt per branche aangegeven welk deel van de responderende organisaties op basis van hun doelgroep en werkzaamheden tot het sociaal domein kan worden gerekend. Er is onderscheid gemaakt in drie doelgroepen:

- kinderen, jongeren en/of gezinnen;
- mensen met een maatschappelijke ondersteuningsbehoefte, waaronder ouderen en vluchtelingen;
- bijstandsgerechtigden, werkzoekenden en/of arbeidsgehandicapten.

De organisaties die zeiden zich niet te richten op één van deze doelgroepen is gevraagd in hoeverre zij zelf wel van mening zijn werkzaamheden te verrichten in het sociaal domein. Het deel van de organisaties dat dit betreft is met grijs aangegeven in de onderstaande figuur.

Figuur 5.1 Afbakening organisaties in het sociaal domein op basis van doelgroep en werkzaamheden (per branche, in procenten)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

De vertaling van organisaties naar medewerkers vereist een aantal aannames die we toelichten aan het einde van deze paragraaf. Hiervoor verwijzen we naar tabel 5.3 en figuur 5.6.

Doelgroepen organisaties in het sociaal domein

Gezien de aard van de branches in het sociaal domein verschilt de doelgroep per branche. De kinderopvang richt zich zo goed als exclusief op de doelgroep kinderen, jongeren en/of gezinnen. Ook de jeugdzorg is met name gericht op deze doelgroep. De VVT richt zich voornamelijk op mensen met een maatschappelijke ondersteuningsbehoefte en de re-integratiebranche richt zich voornamelijk op bijstandsgerechtigden, werkzoekenden en/of arbeidsgehandicapten. Voor de andere branches geldt een meer diffuse doelgroep (zie ook tabel 5.1).

Tabel 5.1 Doelgroepen waarop organisaties zich richten (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)

	Kinderen, jongeren en/of gezinnen	Mensen met een maatschappelijke ondersteuningsbehoefte**	Bijstandsgerechtigden, werkzoekenden en/of arbeidsgehandicapten	Organisatie richt zich niet op deze doelgroepen
GGZ (n=55)	53	31	16	33
Gehandicaptenzorg (n=168)	46	42	38	26
Huisartsenzorg (n=465)	80	72	51	19
Jeugdzorg (n=80)	94	24	14	1
Kinderopvang (n=537)	99	3	2	1
Re-integratie (n=122)	25	28	74	15
VVT (n=214)	25	74	11	21
Sociaal Werk (n=540)	61	57	32	17
Woningbouw (n=63)	68	81	60	16
Anders (n=251)	32	19	14	60
Gemeenten* (n=105)	86	91	80	3

* In loondienst in cliëntgebonden functies.

** Waaronder ouderen en vluchtelingen.

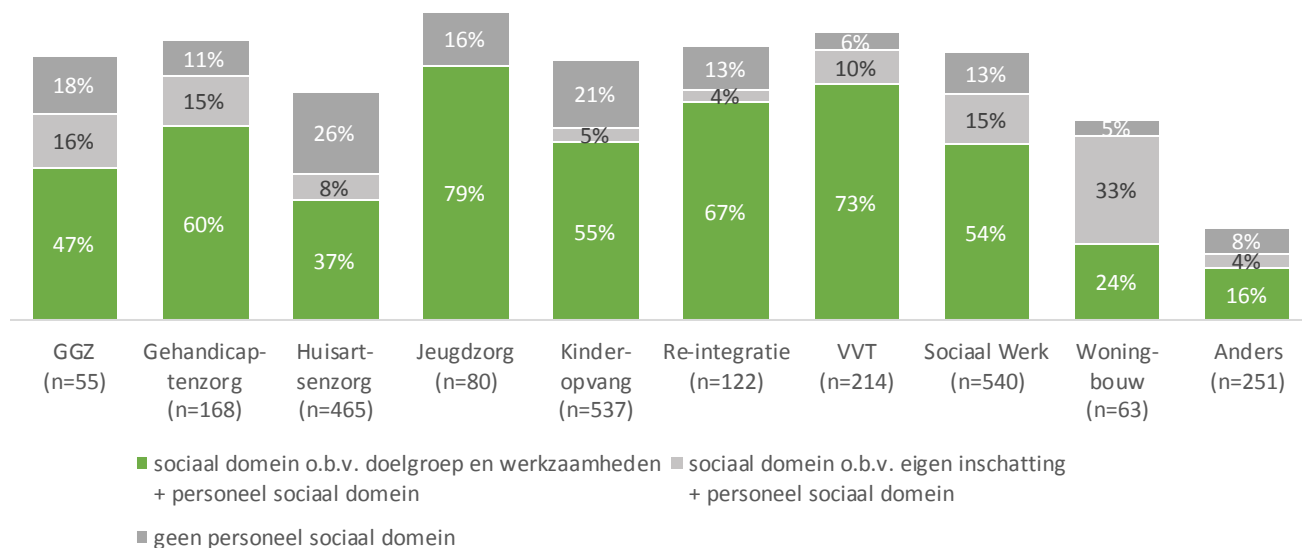
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Taken uitgevoerd in het sociaal domein

Ook in de taken die de organisaties verrichten in het sociaal domein zien we de aard van de branches terug. Voor een verdere verbijzondering van deze taken naar doelgroep verwijzen we naar bijlage C.

Tabel 5.2 Taken die organisaties uitvoeren in het sociaal domein voor de doelgroepen uit tabel 5.1 (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)

	Preventie	Signalering	Toegangsfunctie	Ondersteunen zelfredzaamheid	Lichte hulp /ondersteuning Zorg	Curatief	Doorverwijzing	Geen van deze taken
GGZ (n=37)	46	49	14	70	46	46	38	3
Gehandicaptenzorg (n=124)	47	48	22	87	65	15	19	10
Huisartsenzorg (n=375)	68	84	57	55	34	91	92	2
Jeugdzorg (n=79)	49	46	20	76	57	22	29	15
Kinderopvang (n=532)	30	57	7	45	17	2	25	33
Re-integratie (n=104)	35	33	26	63	17	16	29	22
VVT (n=170)	47	59	28	89	84	21	24	3
Sociaal Werk (n=446)	53	54	28	74	37	9	39	16
Woningbouw (n=53)	15	58	8	17	4	0	47	30
Anders (n=101)	31	32	14	48	24	13	21	39
Gemeenten* (n=102)	85	94	90	86	51	31	90	2



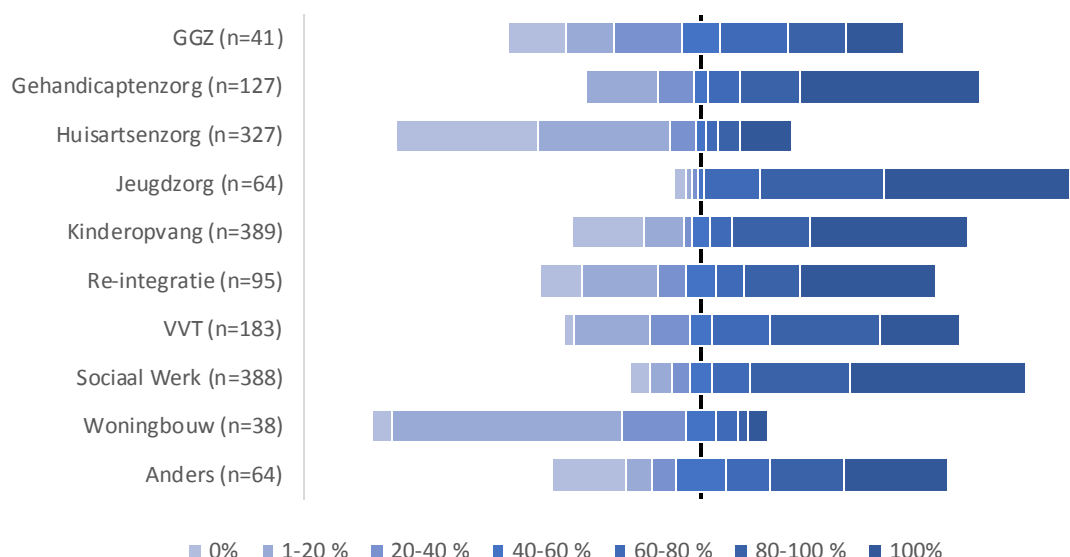
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Aandeel werknemers actief in sociaal domein

Zowel binnen als tussen branches verschilt het welk aandeel van de werknemers actief is in het sociaal domein (figuur 5.3). De verschillen binnen branches kunnen zowel voortkomen uit andersoortige werkzaamheden of taakverdeling als ook het gevolg zijn van een andere interpretatie van de vraag. Zo hebben enkele huisartspraktijken aan ons teruggekoppeld dat ze twijfelden tussen 0 en 100 procent: enerzijds heeft elke medewerker taken in het sociaal domein, maar anderzijds ligt hun primaire taak bij het verlenen van medische zorg.

Bij jeugdzorgorganisaties en organisaties in de welzijnssector is het aandeel werknemers actief in het sociaal domein gemiddeld relatief hoog. In de huisartsenzorg en de woningbouw zijn de aandelen gemiddeld relatief laag.

Figuur 5.3 Aandeel werknemers actief in het sociaal domein (per branche, in procenten)



Toelichting: de figuur is uitgelijnd op de midden-categorie per branche: organisaties waarvan 40 tot 60 procent van hun werknemers werkzaam is in het sociaal domein.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

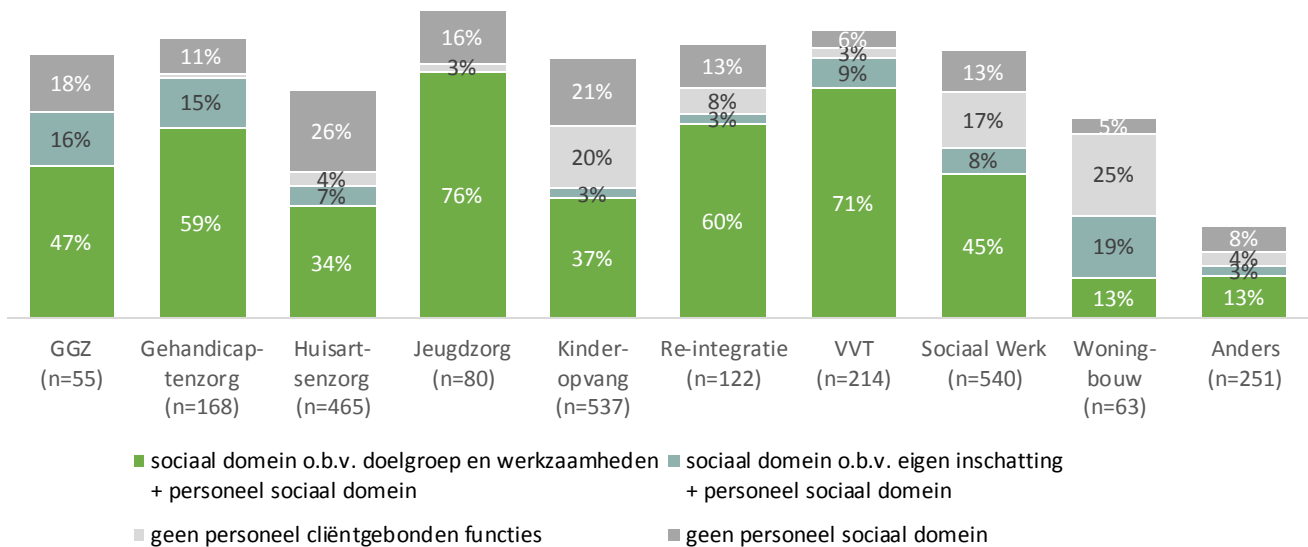
Afbakening sociaal domein: personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein

De arbeidsmarkt van het sociaal domein

Vervolgens is nagegaan of de werknemers actief in het sociaal domein ook werkzaam zijn in cliëntgebonden functies. In de meeste branches is het aantal organisaties dat wel werknemers heeft die actief zijn in het sociaal domein maar geen cliëntgebonden functie heeft, relatief beperkt. Uitzondering hierop zijn de woningbouwverenigingen, de kinderopvangorganisaties en organisaties in de welzijnssector.

Uit figuur 5.4 blijkt ook dat op basis van branche-indeling alleen de arbeidsmarkt van het sociaal domein niet kan worden afgebakend, omdat de organisaties binnen een branche te veel verschillen. Ze verschillen zowel qua werkzaamheden (niet werkzaam in het sociaal domein) als qua personeel (geen personeel in loondienst in cliëntgebonden functies).

Figuur 5.4 Afbakening organisaties in het sociaal domein op basis van doelgroep/werkzaamheden en personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein (per branche, in procenten)



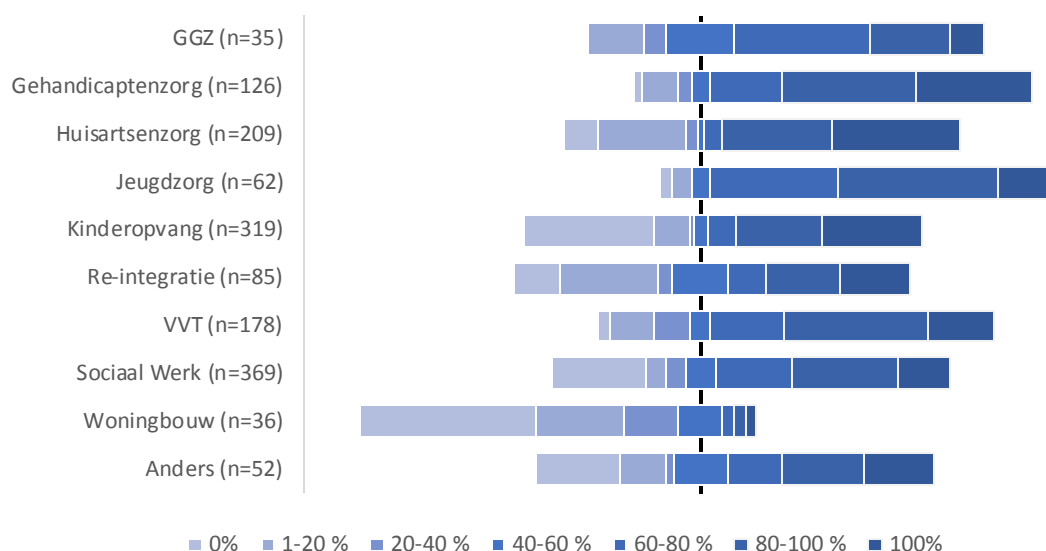
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Aan het einde van deze paragraaf maken we de doorvertaling van organisaties naar medewerkers. Zie onder andere tabel 5.3 en figuur 5.6.

Aandeel werknemers in cliëntgebonden functies

De organisaties met werknemers in het sociaal domein hebben vervolgens aangegeven welk deel van deze medewerkers in een cliëntgebonden functie werkt. Door deze wijze van bevraging dient er bij de interpretatie van figuur 5.5 rekening mee te worden gehouden dat bij organisaties die bijvoorbeeld aangeven dat 100% van hun werknemers in het sociaal domein een cliëntgebonden functie heeft dit betrekking kan hebben op zowel één of enkele medewerkers als op bijna al hun medewerkers. In het algemeen kan echter gesteld worden dat bij organisaties met een groot aandeel medewerkers actief in het sociaal domein ook een relatief groot deel hiervan een cliëntgebonden functies heeft en vice versa. Een uitzondering hierop is de huisartsenzorg waar het aandeel werknemers actief in het sociaal domein relatief laag is, maar het aandeel van hen dat in het primaire proces werkt relatief hoog is. Bij meer dan de helft van de huisartsenpraktijken werkt tachtig procent van de werknemers in het sociaal domein in het primaire proces.

Figuur 5.5 Aandeel werknemers in een cliëntgebonden functie van de werknemers in het sociaal domein (per branche, in procenten)



Toelichting: de figuur is uitgelijnd op de midden-categorie per branche: organisaties waarvan 40 tot 60 procent van hun werknemers werkzaam is in een cliëntgebonden functie in het sociaal domein.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Schatting aantal werknemers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein

Op verzoek van de opdrachtgever is een schatting gemaakt van respectievelijk:

- het aantal medewerkers in loondienst dat werkzaam is in het sociaal domein;
- het aantal medewerkers in loondienst in cliëntgebonden functies.

Bij deze berekening willen we de onderstaande algemene opmerkingen plaatsen:

- Het totaal aantal werknemers, werkzaam bij organisaties die volgens de respons actief zijn in het sociaal domein (1) is een onderschatting van het aantal medewerkers dat vertegenwoordigd is in de steekproef, omdat we in de enquête niet gevraagd hebben naar het aantal medewerkers van organisaties die zich niet tot het sociaal domein rekenen. Dit leidt hiermee tot een overschatting van omvang sociaal domein en omvang sociaal domein primair proces op populatieniveau.
- Het aantal werknemers dat toe te rekenen is aan het sociaal domein volgens opgave van de organisaties die aangeven werkzaam te zijn in het sociaal domein (in cliëntgebonden functies) (3 en 5) is berekend door het midden te nemen van de antwoordcategorieën. Bijvoorbeeld: Wanneer een organisatie aangeeft dat 20 tot 40 procent van haar medewerkers werkzaam is in het sociaal domein dan is in onderstaande berekening gerekend met 30 procent. Ditzelfde geldt voor de kolom omvang sociaal domein primair proces op populatieniveau.
- Uit de reacties op en vragen over de enquête blijkt dat het voor organisaties lastig kan zijn om zonder definitie van het sociaal domein te bepalen of en zo ja hoeveel medewerkers in het sociaal domein werkzaam zijn. Vooral van huisartsenpraktijken en kinderopvangorganisaties hebben we deze vragen relatief vaak gekregen.

De aantallen in onderstaande tabel in de kolommen 1, 3 en 5 komen voort uit de enquête onder organisaties en gemeenten. De gegevens in de tweede kolom zijn gebaseerd op AZWinfo/CBS. De aantallen in de vierde en zesde kolom zijn op extrapolaties gebaseerde globale schattingen. Onder de tabel zijn aanvullende opmerkingen bij de gebruikte gegevens gemaakt, zodat de gepresenteerde aantallen op de juiste manier geïnterpreteerd worden.

Tabel 5.3 Schatting aantal werknemers in het sociaal domein in cliëntgebonden functies, per branche

Populatie	(1) Totaal aantal werknemers, werkzaam bij organisaties die volgens de respons actief zijn in het sociaal domein	(2) Totaal aantal werknemers in de branche	(3) Aantal werknemers dat toe te rekenen is aan het sociaal domein volgens opgave van de organisaties die aangeven werkzaam te zijn in het sociaal domein	(4) Globale schatting van het totaal aantal werknemers in de branche dat werkzaam is in het sociaal domein	(5) Aantal werknemers onder de kolom 3 dat volgens opgave van de organisaties die zeggen werkzaam te zijn in het sociaal domein in cliëntgebonden functies werken.	(6) Globale schatting van het totaal aantal werknemers in de branche dat werkzaam is in het sociaal domein in cliëntgebonden functies.
Branche						
GGZ	9.400	95.000	3.500	35.400	2.300	23.000
Gehandicaptenzorg	44.900	168.600	16.100	60.500	12.500	47.000
Huisartsenzorg	3.900	30.100	800	6.200	700	5.000
Jeugdzorg	12.600	31.100	11.000	27.200	8.300	21.000
Kinderopvang	20.200	94.700	12.300	57.700	6.900	32.300
Re-integratie	22.300		16.800		7.000	
VVT	90.800	409.800	54.200	244.600	42.900	193.600
Sociaal Werk	36.300	51.800	20.500	29.300	12.400	17.700
Woningcorporaties	2.500	23.000	700	6.400	200	1.800
Gemeente	60.200	145.000	15.500	37.300	7.900	19.000
Totaal	303.100	1.049.100	151.400	524.000	101.100	349.900

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

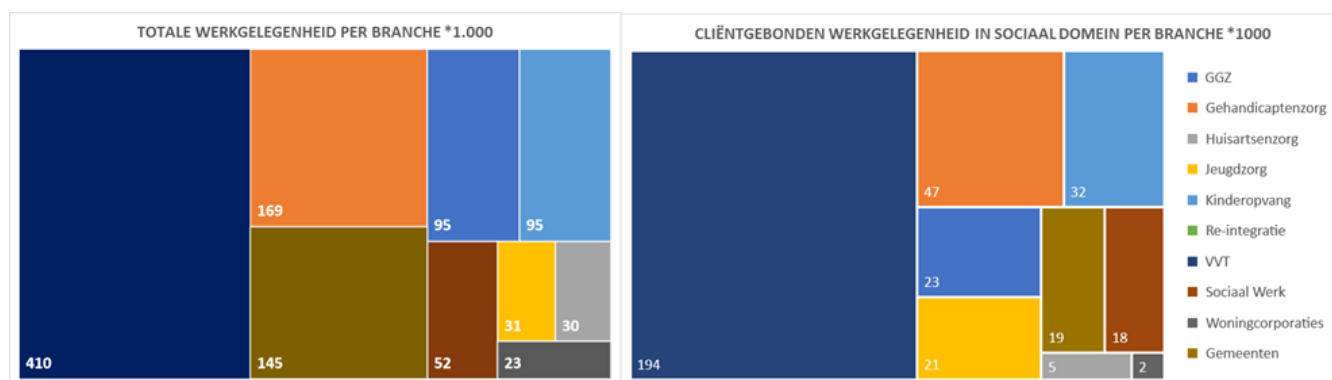
Aanvullende opmerkingen bij de berekeningen:

- De cijfers van AZWinfo/CBS zijn gebaseerd op registratiedata. Dit betekent dat hierbij geen rekening is gehouden met organisaties die zelf aangeven tot een andere branche te horen dan waarin ze geregistreerd zijn. In onze analyse zijn deze organisaties meegenomen bij de branche die ze zelf hebben aangegeven.
- Voor de branches woningbouw en re-integratie en gemeenten zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal werknemers. Voor gemeenten en de woningbouwcorporaties hebben we de gegevens over 2017 kunnen vinden in brancherapportages. Van de re-integratiebranche zijn geen cijfers bekend over het aantal werknemers.
- De berekeningen zijn in de laatste kolom afgerond op duizendtallen om te benadrukken dat het om globale schattingen gaat.
- Het gaat alleen over werknemers in dienst van zorgaanbieders. Uitzendkrachten, payroll-medewerkers, zzp'ers e.d. zijn niet meegenomen in de schatting. Verder is er geen rekening gehouden met de omvang van aanstellingen. De aantallen kunnen beslist niet als fte's gelezen worden.

In de figuren op de volgende pagina zijn de totale werkgelegenheid per branche en de (globaal geschatte) cliëntgebonden werkgelegenheid in het sociaal domein binnen deze branches grafisch weergegeven.²⁶

²⁶ De re-integratiebranche is niet met een veld in de figuur weergegeven omdat de omvang ervan niet geschat kon worden.

Figuur 5.6 Totale werkgelegenheid per branche (links) versus globale schatting van cliëntgebonden werkgelegenheid in het sociaal domein (rechts)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

5.2 Achtergrond organisaties sociaal domein

In deze paragraaf gaan we in op de achtergrond van organisaties actief in het sociaal domein. Er wordt antwoord gegeven op de vraag in welke domeinen deze organisaties nog meer actief zijn, of zij gefinancierd worden uit het budget sociaal domein-/welzijn van gemeenten en vanuit welke wettelijke kaders deze organisaties werken. Ook gaan we in op de ontstaansgeschiedenis van de organisaties, de bedrijfsgrootte en het verzorgingsgebied van de organisaties actief in het sociaal domein.

Domeinen waarin organisaties actief zijn

In welke domeinen organisaties actief zijn, hangt sterk samen met de branche (zie ook tabel 5.4). In de huisartsenzorg zijn de meeste organisaties vanzelfsprekend ook actief in het medisch domein. In de GGZ en VVT is respectievelijk ongeveer een derde en iets minder dan de helft van de organisaties ook actief in het medisch domein. Ongeveer twee derde van de organisaties uit de woningbouwbranche houdt zich ook bezig met schuldhulpverlening. De meeste organisaties uit deze branche zijn ook actief in het huisvestingsdomein. Iets meer dan de helft van de organisaties uit de re-integratiebranche is ook actief in de niet gemeentelijk gefinancierde re-integratie.

Tabel 5.4 Domeinen waarin organisaties actief zijn (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)

	Alleen sociaal domein	Medisch domein	Veiligheidsdomein	Schuldhulpverlening	(Passend) Onderwijs	Sport- / cultuursector	Huisvesting / ruimtelijk domein	Re-integratie*	Anders
GGZ (n=41)	29	46	2	5	15	5	5	15	12
Gehandicaptenzorg (n=127)	52	9	2	2	19	7	6	14	15
Huisartsenzorg (n=327)	1	98	3	1	1	2	1	2	4
Jeugdzorg (n=64)	66	9	5	5	22	6	3	3	5
Kinderopvang (n=389)	72	1	4	2	11	7	1	1	9
Re-integratie (n=95)	24	14	3	8	6	4	2	56	14
VVT (n=183)	52	34	5	4	1	1	7	2	9
Sociaal Werk (n=388)	43	5	11	15	14	16	10	11	16
Woningbouw (n=38)	3	0	18	32	3	0	84	13	3
Anders (n=64)	31	16	6	11	19	16	11	9	11

* Niet gemeentelijk gefinancierd.

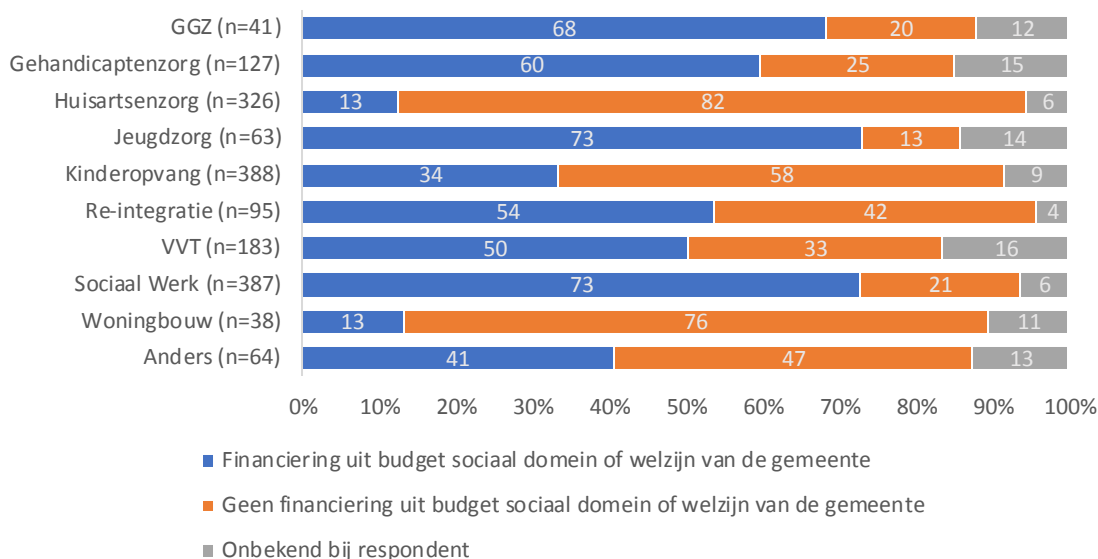
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Financieringsbron: gemeentelijke financiering

Organisaties die actief zijn in het sociaal domein worden lang niet allemaal (mede)gefinancierd door de gemeente vanuit het budget sociaal domein of welzijn. Dit hangt deels samen met de domeinen waarin de organisaties actief zijn. Zo wordt in de jeugdzorg en welzijn, maatschappelijke dienstverlening en sociaal werk

bijna driekwart van de organisaties (mede) gefinancierd vanuit het budget sociaal domein of welzijn van de gemeente. De meeste organisaties uit de huisartsenzorg en de woningbouwbranche worden daarentegen niet gefinancierd uit het budget sociaal domein of welzijn van de gemeente. De samenhang tussen domein en financiering zien we niet bij kinderopvangorganisaties: een meerderheid van deze organisaties wordt niet gefinancierd vanuit het budget sociaal domein of welzijn van de gemeente hoewel zij relatief vaak uitsluitend actief zijn in het sociaal domein. Voor de GGZ geldt het tegenovergestelde: hoewel relatief weinig organisaties uitsluitend in het sociaal domein actief is, wordt bijna zeventig procent (deels) gefinancierd uit het gemeentelijke budget sociaal domein of welzijn.

Figuur 5.7 Financiering van organisaties uit het budget sociaal domein of welzijn van de gemeente (per branche, in procenten)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Wettelijke kaders

Naast de drie gedecentraliseerde wetten (Jeugdwet, Wmo en Participatiewet) worden taken binnen het sociaal domein ook uitgevoerd in het kader van andere wetten. Zo voeren kinderopvangorganisaties taken binnen het sociaal domein uit in het kader van de Wet kinderopvang. Daarnaast voeren organisaties in bijna alle branches taken binnen het sociaal domein uit in het kader van de Wet langdurige zorg.

Tabel 5.5 In het kader van welke wet voert de organisatie taken uit binnen het sociaal domein (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)?

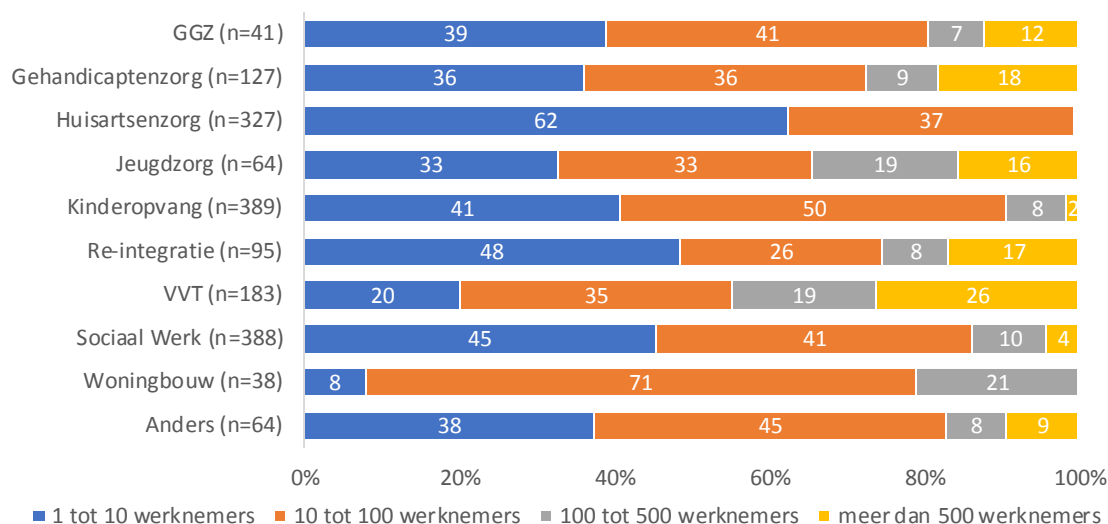
	Jeugdwet	WMO	Participatiewet	Wet kinderopvang	Wet publieke gezondheid	Wet langdurige zorg (Wlz)	Wet passend onderwijs	Andere wet	Geen taken sociaal domein ihkv wet	Weet niet
GGZ (n=41)	54	63	17	0	5	32	2	12	0	7
Gehandicaptenzorg (n=127)	57	90	35	2	0	91	13	4	0	2
Huisartsenzorg (n=327)	20	18	3	1	22	29	1	8	33	21
Jeugdzorg (n=64)	92	48	6	3	3	30	9	2	2	2
Kinderopvang (n=389)	10	9	3	88	1	2	5	2	2	5
Re-integratie (n=95)	5	23	62	8	1	7	3	26	8	5
VVT (n=183)	16	81	16	0	8	75	1	10	3	7
Sociaal Werk (n=388)	28	62	37	10	2	24	5	9	15	5
Woningbouw (n=38)	3	32	13	0	0	8	3	24	29	16
Anders (n=64)	25	48	25	6	3	39	9	14	22	5

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Bedrijfsgrootte

De bedrijfsgrootte varieert, zoals mocht worden verwacht, tussen de branches. Zo zijn in de huisartsenzorg voornamelijk kleinere organisaties actief, ongeveer zestig procent heeft minder dan tien werknemers en bijna veertig procent heeft tien tot honderd werknemers. In de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg zijn daarentegen veel grotere organisaties actief; ongeveer een kwart van de organisaties heeft meer dan vijfhonderd werknemers. Zie verder figuur 5.8.

Figuur 5.8 Bedrijfsgrootte (aantal medewerkers in loondienst) organisaties actief in het sociaal domein (per branche, in procenten)

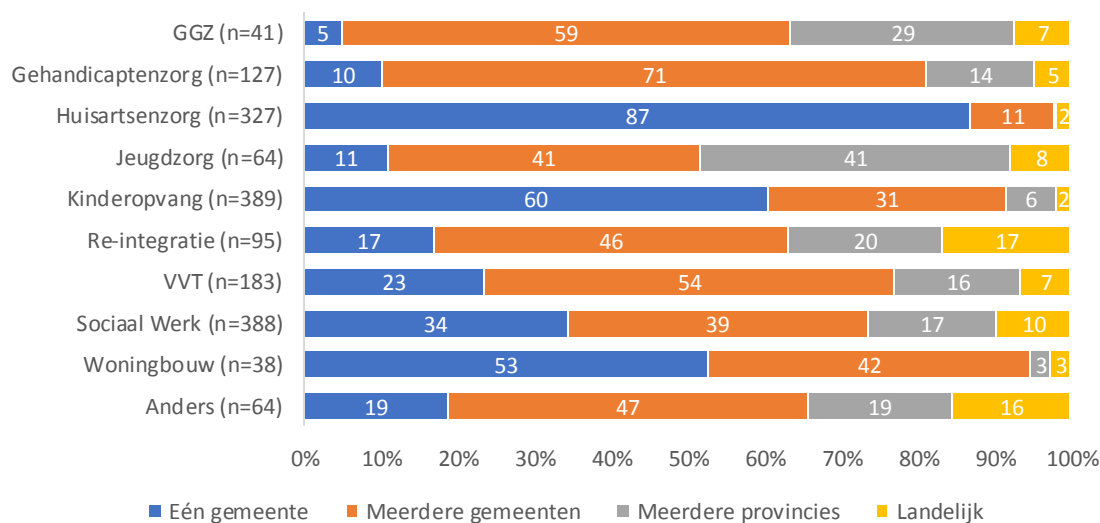


Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Verzorgingsgebied

Het verzorgingsgebied van organisaties in het sociaal domein laat ook grote verschillen tussen branches zien (figuur 5.9). Zo werken bijna alle organisaties in de huisartsenzorg vooral lokaal (binnen één gemeente). Dat geldt ook voor meer dan de helft van de kinderopvangorganisaties en woningbouworganisaties. In de re-integratiebranche zijn relatief veel organisaties landelijk actief (17%).

Figuur 5.9 Verzorgingsgebied organisaties actief in het sociaal domein (per branche, in procenten)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

5.3 Organisatieveranderingen in het sociaal domein

In deze paragraaf beschrijven we de veranderingen die organisaties hebben doorgemaakt na of naar aanleiding van de decentralisaties.

Met uitzondering van de kinderopvang en de woningbouwbranche hebben zich in de meerderheid van de organisaties in het sociaal domein grote veranderingen voorgedaan naar aanleiding van de decentralisaties. In de jeugdzorg is dit het meest het geval: zeventig procent van de organisaties heeft een of meerdere veranderingen doorgemaakt naar aanleiding van de decentralisaties. Het anders organiseren van veel werk of het ontwikkelen van nieuwe dienstverlening wordt in vrijwel alle branches het vaakst genoemd als verandering voor de organisatie naar aanleiding van de decentralisaties. Een uitzondering hierop zijn de jeugdzorg en de re-integratiebranche, waar relatief vaak sprake is geweest van een reorganisatie. Zie ook de onderstaande tabel.

Tabel 5.6 Veranderingen voor de organisaties naar aanleiding van de decentralisaties (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)

	Opricht	Gefuseerd	Nieuwe dienstverlening ontwikkeld	Gereorganiseerd	Veel werk anders georganiseerd	Anders	Geen grote veranderingen
GGZ (n=41)	0	2	15	10	41	15	41
Gehandicaptenzorg (n=127)	3	3	23	11	40	8	43
Huisartsenzorg (n=327)	0	0	20	2	16	16	54
Jeugdzorg (n=64)	14	6	27	28	44	11	30
Kinderopvang (n=389)	1	0	2	1	6	2	89
Re-integratie (n=95)	5	5	21	14	12	1	64
VVT (n=183)	6	1	13	9	23	4	59
Sociaal Werk (n=388)	4	2	21	12	25	9	52
Woningbouw (n=38)	0	0	3	3	11	0	84
Anders (n=64)	2	0	20	6	22	9	59

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Naast deze vraag hebben de organisaties gereageerd op een aantal stellingen over veranderingen in de organisatie als gevolg van veranderingen in het sociaal domein.²⁷ In het vervolg van deze paragraaf bespreken we de uitkomsten van deze stellingen over veranderingen in de dienstverlening, samenwerking, administratieve lasten en bezuinigingen.

Verandering in dienstverlening

Relatief veel organisaties in de jeugdzorg, de welzijnssector, de gehandicaptenzorg, re-integratie en VVT zijn het (zeer) eens met de stelling dat hun organisatie als gevolg van veranderingen in het sociaal domein nieuwe diensten moet ontwikkelen en aanbieden. Zoals ook bleek uit de vorige paragraaf hebben de veranderingen in het sociaal domein minder gevolgen gehad voor organisaties in de kinderopvang en woningbouw (tabel 5.7).

De veranderingen in het sociaal domein hebben er bij de helft of meer van de organisaties in de GGZ, de gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en de VVT toe geleid dat zij hun zorgaanbod anders moeten organiseren. Het relatief lage percentage in de branches woningbouw, re-integratie en kinderopvang dat hun zorgaanbod heeft aangepast, komt waarschijnlijk doordat zij zich doorgaans niet zien als aanbieders van zorg in het sociaal domein (zie tabel 5.8)

²⁷ Op basis van de reactie op deze stellingen zou kunnen worden geconcludeerd dat de bovenstaande tabel waarschijnlijk een onderschatting is van de veranderingen voor organisaties naar aanleiding van de decentralisaties. Mogelijk spelen echter ook verschillen in vraagstelling een rol. Zo gaat het in de tabel om ontwikkelingen n.a.v. de decentralisaties en in de stellingen om veranderingen in het algemeen. De tabel heeft verder betrekking op het verleden en de stellingen op het heden.

Tabel 5.7 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moet mijn organisatie nieuwe diensten ontwikkelen en aanbieden' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	46	27	10	17
Gehandicaptenzorg (n=127)	60	15	17	8
Huisartsenzorg (n=327)	38	24	31	7
Jeugdzorg (n=64)	69	8	14	9
Kinderopvang (n=389)	25	18	23	34
Re-integratie (n=95)	60	9	14	17
VVT (n=183)	60	18	10	11
Sociaal Werk (n=388)	61	12	12	15
Woningbouw (n=38)	29	29	5	37
Anders (n=64)	47	17	14	22

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 5.8 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moet mijn organisatie ons zorgaanbod anders organiseren' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	63	12	12	12
Gehandicaptenzorg (n=127)	50	17	22	11
Huisartsenzorg (n=327)	47	18	28	7
Jeugdzorg (n=64)	66	9	11	14
Kinderopvang (n=389)	20	16	28	37
Re-integratie (n=95)	21	12	24	43
VVT (n=183)	52	16	18	14
Sociaal Werk (n=388)	41	15	19	26
Woningbouw (n=38)	8	16	16	61
Anders (n=64)	31	16	19	34

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Veranderingen in samenwerking

Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein zegt in vrijwel alle branches een meerderheid van de organisaties meer samen te werken met andere zorgaanbieders in dezelfde branche (tabel 5.8). Dit geldt voor bijna tachtig procent van de jeugdzorgorganisaties en voor iets meer dan zestig procent van de organisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg.

In mindere mate werken organisaties samen met dienstverleners uit andere branches, waar voorheen niet mee samengewerkt werd (tabel 5.9). Bij huisartsen is dit bij ongeveer de helft van de organisaties het geval. In de andere branches is dit minder dan de helft. Meer samenwerking hoeft overigens niet automatisch te betekenen dat er ook meer integraal gewerkt gaat worden (zie hiervoor ook hoofdstuk 2). De constatering dat er ook meer samengewerkt wordt binnen de eigen branche dan buiten de eigen branche getuigt hier ook van. Die samenwerking kan zijn ingegeven uit strategische marktoverwegingen die al dan niet zijn ingegeven door de wensen van gemeenten bij de aanbesteding van de zorg en dienstverlening.

Tabel 5.9 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moet mijn organisatie meer samenwerken met andere zorgaanbieders in mijn branche' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	51	22	10	17
Gehandicaptenzorg (n=127)	59	20	14	7
Huisartsenzorg (n=327)	57	17	21	4
Jeugdzorg (n=64)	77	11	3	9
Kinderopvang (n=389)	30	16	20	33
Re-integratie (n=95)	35	19	17	29
VVT (n=183)	63	14	11	12
Sociaal Werk (n=388)	56	14	13	16
Woningbouw (n=38)	39	18	11	32
Anders (n=64)	39	17	14	30

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 5.10 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moet mijn organisatie meer samenwerken met dienstverleners in andere branches waar ik voorheen niet mee samenwerkte (b.v. sport, cultuur)' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	39	22	22	17
Gehandicaptenzorg (n=127)	41	22	26	11
Huisartsenzorg (n=327)	50	19	24	7
Jeugdzorg (n=64)	42	19	22	17
Kinderopvang (n=389)	23	18	26	33
Re-integratie (n=95)	36	13	24	27
VVT (n=183)	29	31	23	17
Sociaal Werk (n=388)	41	21	22	16
Woningbouw (n=38)	26	24	18	32
Anders (n=64)	31	19	25	25

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Administratieve lasten

Veel organisaties zijn van mening dat de administratieve lasten zijn gestegen als gevolg van de transformaties in het sociaal domein. Dat geldt relatief vaak voor organisaties in de gehandicaptenzorg, jeugdzorg en GGZ.

Tabel 5.11 Stelling: 'Als gevolg van de transformaties in het sociaal domein zijn mijn administratieve lasten gestegen' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	78	10	0	12
Gehandicaptenzorg (n=127)	85	8	0	7
Huisartsenzorg (n=327)	65	21	10	4
Jeugdzorg (n=64)	83	5	3	9
Kinderopvang (n=389)	48	10	14	28
Re-integratie (n=95)	55	14	14	18
VVT (n=183)	66	17	6	10
Sociaal Werk (n=388)	56	18	11	15
Woningbouw (n=38)	34	16	13	37
Anders (n=64)	52	17	11	20

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Bezuinigingen

In de jeugdzorg is een meerderheid van de organisaties het (zeer) eens met de stelling 'als gevolg van de transformaties in het sociaal domein moet mijn organisatie bezuinigingen doorvoeren'. Voor de overige branches varieert het aandeel organisaties dat het met deze stelling (zeer) eens is tussen de 45 procent in de gehandicaptenzorg tot 7 procent in de huisartsenzorg (zie ook tabel 5.12). De bezuinigingen hebben bij vrijwel alle organisaties geleid tot stijging van de werkdruk. Gevolgen van de bezuinigingen voor de kwaliteit van de dienstverlening en de arbeidsvoorwaarden worden door minder organisaties herkend. Voor een verdere verbijzondering van deze uitkomsten naar branche wordt verwezen naar bijlage C.

Tabel 5.12 Stelling: 'Als gevolg van de transformaties in het sociaal domein moet mijn organisatie bezuinigingen doorvoeren' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	41	39	5	15
Gehandicaptenzorg (n=127)	45	32	13	9
Huisartsenzorg (n=327)	7	25	57	11
Jeugdzorg (n=64)	52	19	20	9
Kinderopvang (n=389)	20	21	25	33
Re-integratie (n=95)	40	15	21	24
VVT (n=183)	36	34	19	11
Sociaal Werk (n=388)	38	27	17	18
Woningbouw (n=38)	8	18	24	50
Anders (n=64)	39	20	17	23

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

5.4 Gemeenten als werkgever in het sociaal domein

De rol van de gemeente als werkgever in het sociaal domein wordt in deze paragraaf in twee stappen afgebakend. Eerst langs de lijn van de beleidsvelden die gemeenten tot het sociaal domein rekenen en vervolgens of ze binnen deze beleidsvelden personeel in loondienst hebben in cliëntgebonden functies. Het sociaal domein is breed en divers in termen van beleidsvelden. Uit figuur 5.9 blijkt dat een meerderheid van de gemeenten gekozen heeft voor een brede afbakening, in termen van beleidsvelden, van het sociaal domein. Alle gemeenten rekenen jeugdzorg tot het sociaal domein (de kern van het sociaal domein, zie ook hoofdstuk 2). Maatschappelijke ondersteuning en participatie/werk en inkomen worden in de meeste gevallen ook tot het sociaal domein gerekend (de brede definitie van het sociaal domein). Alleen huisvesting valt in de meeste gemeenten niet onder het sociaal domein (de integrale definitie van het sociaal domein).

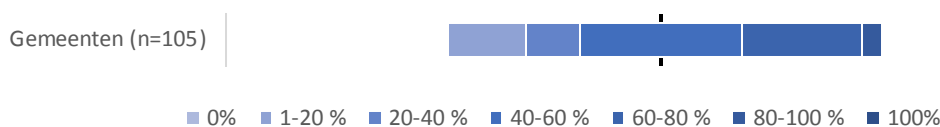
Figuur 5.10 Beleidsvelden sociaal domein (in procenten, n=110)



Bron: enquête gemeenten, Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Het aandeel werknemers dat binnen een gemeente actief is in een cliëntgebonden functie in het sociaal domein weerspiegelt de brede afbakening van het sociale domein binnen gemeenten. In twee derde van de gemeenten is meer dan veertig procent van de personen in loondienst werkzaam in het primaire proces in het sociaal domein (zie ook figuur 5.11).

Figuur 5.11 Aandeel werknemers actief in cliëntgebonden functies in het sociaal domein in gemeenten (in procenten)



Toelichting: de tabel is uitgelijnd op de midden-categorie per branche: organisaties waarvan 40 tot 60 procent van hun werknemers werkzaam is in een cliëntgebonden functie in het sociaal domein.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Voor ruim negentig procent van de gemeente met personeel in loondienst in het primaire proces geldt dat (een deel van) dit personeel zich richt op één of meer van de drie doelgroepen. Het gaat hierbij vooral om taken als signalering en doorverwijzing (zie ook figuur 5.13). Voor een verdere verbijzondering van deze taken naar doelgroep verwijzen we naar bijlage C.

Tabel 5.13 Taken naar doelgroep in procenten

	Kinderen, jongeren en/of gezinnen (n=90)	Mensen met een maatschappelijke ondersteuningsbehoefte (n=95)	Bijstandsgerechtigden, werkzoekenden, arbeidsgehandicapten (n=84)
Preventie	87	72	67
Signalering	90	81	79
Toegangsfunctie	84	87	86
Ondersteunen van zelfredzaamheid	81	74	79
Lichte hulp en ondersteuning Zorg	44	35	32
Curatief	28	17	23
Doorverwijzing	84	86	82
Geen van deze taken	2	3	5

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

De veranderingen in het sociaal domein hebben ook gevolgen gehad voor de dienstverlening van gemeenten. Driekwart van de gemeenten is het eens met de stelling dat de organisatie door veranderingen in het sociaal domein nieuwe diensten moet ontwikkelen en aanbieden. De overige gemeenten staan bijna allemaal neutraal tegenover deze stelling.

Het vervolg van deze rapportage gaat over werken in het sociaal domein. Wanneer het onderwerp ook van toepassing is op gemeenten als werkgever in het sociaal domein dan wordt gemeente als zijnde één van de branches meegenomen in de rapportage.

6 Functies van werknemers in het sociaal domein

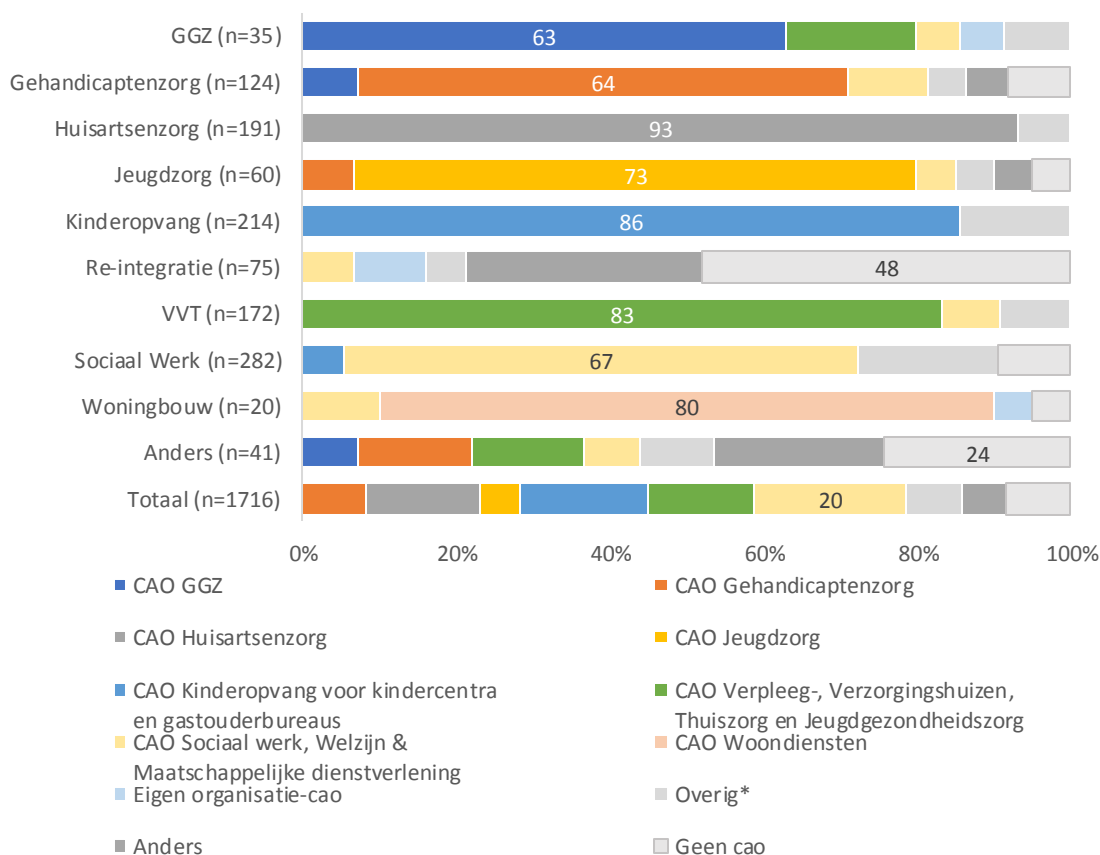
6

In dit hoofdstuk zoomen we in op de functies van het personeel in het primaire proces in het sociaal domein en de veranderingen daarin sinds de decentralisaties. Voordat we per branche de daadwerkelijke functies omschrijven, geven we eerst een overzicht van de cao's waaronder de organisaties in het sociaal domein vallen. De bijbehorende (veranderende) functievereisten, komen in de laatste paragraaf aan de orde.

6.1 Cao's in het sociaal domein

Opvallend is dat in alle branches meerdere cao's geldig zijn. In vrijwel alle branches is er echter één dominante cao voor werknemers in het primaire proces.²⁸ Alleen in de re-integratiebranche is dit niet het geval. Er is geen algemeen verbindend verklaarde cao die zich specifiek op deze branche richt. Het aandeel organisaties in deze branche zonder cao is dan ook zeer hoog in vergelijking tot de andere branches.

Figuur 6.1 Cao geldend voor de meeste werknemers die werkzaam zijn in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein (per branche, in procenten)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

²⁸ Een organisatie kan doordat zij bijvoorbeeld onderdeel is van een rechtspersoon die onder de werkingssfeer van meerdere cao's valt, onder een andere cao vallen dan op basis van de branche-indeling wordt verwacht.

6.2 Cliëntgebonden functies en functieveranderingen in het sociaal domein

De organisaties hebben op basis van de functies behorend bij hun cao²⁹ aangegeven in welke functies medewerkers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein werkzaam zijn en welke veranderingen zich hierin de afgelopen vier jaar hebben voorgedaan. Gelet op het branche-specifieke karakter van functiebenamingen en bijbehorende veranderingen bespreken we dit in het vervolg van deze paragraaf per branche. In het algemeen blijkt uit de reactie op de stelling 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moet mijn organisatie nieuwe functieprofielen ontwikkelen' dat een meerderheid van de gemeenten, de VVT en de jeugdzorg nieuwe functieprofielen heeft moeten ontwikkelen. In de kinderopvang en de woningbouw is dit bij veel minder organisaties het geval.

Tabel 6.1 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moet mijn organisatie nieuwe functieprofielen ontwikkelen' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=41)	39	22	20	20
Gehandicaptenzorg (n=127)	38	26	24	12
Huisartsenzorg (n=327)	29	23	38	10
Jeugdzorg (n=64)	50	16	17	17
Kinderopvang (n=389)	23	18	25	34
Re-integratie (n=95)	40	16	21	23
VVT (n=183)	52	21	13	14
Sociaal Werk (n=388)	41	21	18	20
Woningbouw (n=38)	21	18	18	42
Anders (n=64)	33	17	20	30
Gemeenten (n=105)	65	26	12	2

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Ook de inhoud van het werk is veranderd als gevolg van veranderingen in het sociaal domein. De top drie veranderingen die organisaties herkennen staat per branche in tabel 6.2 (zie volgende pagina). Bij de meeste branches moeten werknemers als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein meer administreren, meer samenwerken met andere professionals, nieuwe kennis en vaardigheden aanleren en of hebben zij meer taken gekregen. In de VVT staat ook in de top drie dat werknemers zich flexibeler moeten opstellen richting de cliënt. Werknemers bij woningbouwverenigingen moeten steeds meer integraal werken.

²⁹ Bij organisaties die niet onder een door ons gespecificeerde cao vallen zijn functies voorgelegd uit de cao die het best passen bij de branche waarin zij werkzaam zijn.

Tabel 6.2 Gevolgen van veranderingen in het sociaal domein voor werknemers, per branche de drie stellingen over werkinhoud waarmee organisaties het vaak (zeer) eens zijn (per branche, in procenten)

GGZ (n=35)	meer administreren	77
	nieuwe kennis en vaardigheden	72
	meer taken	69
Gehandicaptenzorg (n=124)	meer administreren	91
	meer taken	71
	nieuwe kennis en vaardigheden	69
Huisartsenzorg (n=191)	meer samenwerken	85
	meer taken	77
	meer administreren	72
Jeugdzorg (n=60)	meer administreren	87
	nieuwe kennis en vaardigheden	78
	meer samenwerken	75
Kinderopvang (n=214)	nieuwe kennis en vaardigheden	76
	meer administreren	71
	meer gespecialiseerd worden	66
Re-integratie (n=75)	nieuwe kennis en vaardigheden	72
	meer taken	69
	meer administreren	68
VVT (n=172)	nieuwe kennis en vaardigheden	74
	flexibeler opstellen richting cliënt	70
	meer samenwerken	68
Sociaal Werk (n=282)	nieuwe kennis en vaardigheden	78
	meer samenwerken	76
	meer taken	70
Woningbouw (n=20)	meer integraal werken	90
	meer samenwerken	85
	meer taken	75
Anders (n=41)	meer samenwerken	71
	meer administreren	71
	nieuwe kennis en vaardigheden	68
Gemeenten (n=105)	nieuwe kennis en vaardigheden	97
	meer integraal werken	96
	meer samenwerken	95

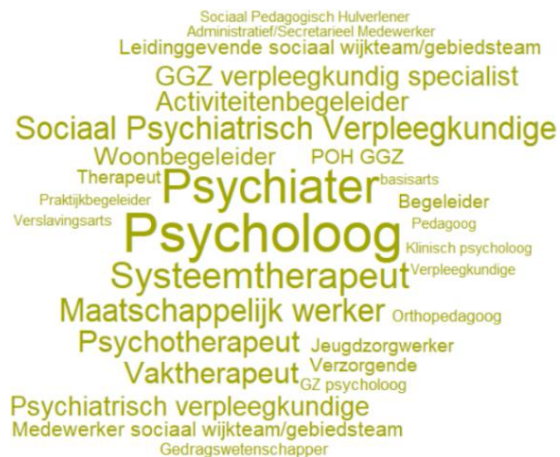
Zie bijlage C voor de resultaten van alle stellingen over werkinhoud
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Geestelijke gezondheid- en verslavingszorg (GGZ)

De meest genoemde cliëntgebonden functie in het sociaal domein in de GGZ is psycholoog (n=23), gevolgd door psychiater (n=19) en systeemtherapeut (n=14). Zie voor de overige functies figuur 6.2.

Een ruime meerderheid van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (66%), sterk van karakter zijn veranderd (71%) of zijn verdwenen (80%). Zes organisaties noemen systeemtherapeut als een nieuw ontstane functie. Als sterk van karakter veranderde functies worden psychiater en psycholoog beide vier keer genoemd.

Figuur 6.2 Wordcloud functies GGZ (n=35): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: psycholoog (n=23)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg wordt de activiteitenbegeleider het vaakst genoemd als cliëntgebonden functie in het sociaal domein, gevolgd door woonbegeleider en cliëntbegeleider (figuur 6.3). Ook de gedragsdeskundige/psycholoog, gedragswetenschapper en verzorgende worden vaak genoemd.

Een meerderheid van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (67%), sterk van karakter zijn veranderd (58%) of zijn verdwenen (87%). Als nieuw ontstane functies worden activiteitenbegeleider, woonbegeleider en gedragswetenschapper het vaakst genoemd. Voor deze beroepen geldt dat ongeveer tien organisaties ze noemen als nieuw ontstane functies. Deze zelfde functies worden genoemd als sterk van karakter veranderde functies. Ongeveer dertig organisaties noemen de cliëntbegeleider als sterk veranderde functie, iets minder organisaties noemen de activiteitenbegeleider en ongeveer twintig organisaties noemen de woonbegeleider als sterk van karakter veranderde functie.

Figuur 6.3 Wordcloud functies gehandicaptenzorg (n=124): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: activiteitenbegeleider (n=84)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Huisartsenzorg

In de huisartsenzorg worden de doktersassistent, de praktijkondersteuner somatiek, de praktijkondersteuner GGZ en de huisarts veel genoemd als cliëntgebonden functies met taken in het sociaal domein (figuur 6.4).

Ongeveer de helft van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuw cliëntgebonden functies zijn ontstaan (50%) of sterk van karakter zijn veranderd (48%). Bij bijna alle organisaties zijn er de afgelopen vier jaar geen functies verdwenen (95%). Als nieuwe ontstane functie wordt de praktijkondersteuner GGZ het meest genoemd (tabel 6.3). Bijna zeventig praktijken noemen deze functie. De praktijkondersteuner somatiek wordt door bijna dertig organisaties genoemd en de locatiemanager door iets meer dan twintig organisaties. Als sterk van karakter veranderde functie worden ook de praktijkondersteuner GGZ en somatiek veel genoemd door organisaties, respectievelijk door ongeveer zeventig en zestig organisaties. De functie van huisarts wordt door bijna vijftig organisaties genoemd als sterk veranderde functie.

Figuur 6.4 Wordcloud functies huisartsenzorg (n=191): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: doktersassistent (n=181)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.3 Nieuw ontstane en sterk veranderde functies huisartsenzorg (n=191)³⁰

Nieuw ontstane functies	n	Sterk van karakter veranderde functies	n
Geen nieuwe functies	95	Geen inhoudelijk sterk veranderde functies	91
Praktijkondersteuner GGZ	67	Praktijkondersteuner GGZ	72
Praktijkondersteuner Somatiek	27	Praktijkondersteuner Somatiek	57
Locatiemanager	22	Huisarts	48
Doktersassistent	18	Doktersassistent	45

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Jeugdzorg

De jeugdzorgwerker wordt in de jeugdzorg het vaakst genoemd als cliëntgebonden functie in het sociaal domein door jeugdzorgorganisaties, gevolgd door de gedragswetenschapper en de activiteitenbegeleider (figuur 6.5).

Ongeveer de helft van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (47%) of sterk van karakter zijn veranderd (47%). Bij tachtig procent zijn geen functies verdwenen. Jeugdzorgwerker en gedragswetenschapper worden tevens het vaakst genoemd als nieuw ontstane functie en als sterk van karakter veranderde functie (tabel 6.4).

³⁰ In de tabellen over nieuwe en sterkveranderde functies in dit hoofdstuk wordt het aantal (n) responderende organisaties dat een bepaald antwoord gaf weergegeven in plaats van percentages. Hiervoor is gekozen wegens de relatief lage aantallen respondenten met nieuw ontstane en/of sterk veranderde functies in sommige branches. In de tabellen over andere onderwerpen is in dit rapport voor percentages gekozen.

Figuur 6.5 Wordcloud functies jeugdzorg (n=60): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: jeugdzorgwerker (n=42)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.4 Nieuw ontstane en sterk veranderde functies jeugdzorg (n=60)

Nieuw ontstane functies	n	Sterk van karakter veranderde functies	n
Geen nieuwe functies	28	Geen inhoudelijk sterk veranderde functies	28
Jeugdzorgwerker	12	Jeugdzorgwerker	20
Gedragswetenschapper	9	Gedragswetenschapper	13
Medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam	5	Gezinshuisouders	7
Therapeut	5	Medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam	4

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Kinderopvang

In de kinderopvang wordt de pedagogisch medewerker veruit het meest genoemd als cliëntgebonden functie met taken binnen het sociaal domein (figuur 6.6). Verder worden de praktijkopleiding, groepshulp en bemiddelingsmedewerker gastouderbureau vaak genoemd.

Ongeveer de helft van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (50%) of sterk van karakter zijn veranderd (46%). Een ruime meerderheid geeft aan dat er geen cliëntgebonden functies zijn verdwenen (86%). Als nieuw ontstane functies en sterk van karakter veranderde functies wordt de pedagogisch medewerker het vaakst genoemd (tabel 6.5). Daarnaast wordt de praktijkopleider door enkele organisaties genoemd.

Figuur 6.6 Wordcloud functies kinderopvang (n=214): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: pedagogisch medewerker (n=175)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.5 Nieuw ontstane en sterk veranderde functies kinderopvang (n=214)

Nieuw ontstane functies	n	Sterk van karakter veranderde functies	n
Geen nieuwe functies	107	Geen inhoudelijk sterk veranderde functies	99
Pedagogisch medewerker	52	Pedagogisch medewerker	82
Praktijkopleider	13	Praktijkopleider	11

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Re-integratie

In de re-integratiebranche zijn veel voorkomende cliëntgebonden functies binnen het sociaal domein: jobcoach, coach, trajectbegeleider, loopbaanbegeleider, opleider/trainer en arbeidsdeskundige. Dit zijn functies die door meer dan twintig organisaties zijn genoemd.

Een meerderheid van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (59%), sterk van karakter zijn veranderd (52%) of zijn verdwenen (83%). Ongeveer tien organisaties noemen de jobcoach en de opleider/trainer als nieuw ontstane functies. Als sterk van karakter veranderde functies noemen dertien organisaties wederom de jobcoach. Eveneens dertien organisaties noemen de trajectbegeleider als een sterk van karakter veranderde functie. Tien organisaties benoemen de coach als een sterk van karakter veranderde functie. Vier organisaties noemen de begeleider specifieke doelgroepen als een verdwenen functie.

Figuur 6.7 Wordcloud functies re-integratie (n=75): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: jobcoach (n=45)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Verzorging, Verpleging en Thuiszorg

De verzorgende wordt door de meeste VVT-organisaties genoemd als cliëntgebonden functie in het sociaal domein (figuur 6.8). Ook wordt de hulp bij het huishouden, helpende, verpleegkundige en wijkverpleegkundige meer dan honderd keer genoemd door organisaties in de verzorging, verpleging en thuiszorg.

Figuur 6.8 Wordcloud functies VVT (n=172): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: verzorgende (n=132)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Ongeveer de helft van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (56%) of sterk van karakter zijn veranderd (45%). Driekwart zegt dat er geen cliëntgebonden functies zijn verdwenen (76%). Als nieuw ontstane functie wordt de wijkverpleegkundige door ongeveer dertig organisaties genoemd (tabel 6.6). Bijna twintig organisaties noemen de hulp bij het

huishouden. Als sterk van karakter veranderde functie wordt eveneens de wijkverpleegkundige het vaakst genoemd door organisaties; ongeveer veertig organisaties noemen deze functie. Ongeveer dertig organisaties noemen de verzorgende als sterk van karakter veranderde functie. De helpende wordt door vijf organisaties genoemd als een verdwenen functie.

Tabel 6.6 Nieuw ontstane en sterk veranderde functies VVT (n=172)

Nieuw ontstane functies	n	Sterk van karakter veranderde functies	n
Geen nieuwe functies	96	Geen inhoudelijk sterk veranderde functies	78
Wijkverpleegkundige	29	Wijkverpleegkundige	42
Hulp bij het huishouden	18	Verzorgende	32
Casemanager	12	Hulp bij het huishouden	24
Verpleegkundige	9	Verpleegkundige	23
Verzorgende	9	Helpende	21

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Welzijn, maatschappelijke dienstverlening en sociaal werk

Meer dan vijftig welzijnsorganisaties noemen de volgende functies als cliëntgebonden functie in het sociaal domein: sociaal pedagogisch werker, maatschappelijk werker, administratief/secretarieel medewerker, sociaal werker en activiteitenbegeleider (figuur 6.9).

Meer dan de helft van de organisaties geeft aan dat er in de afgelopen vier jaar geen nieuwe cliëntgebonden functies zijn ontstaan (59%), sterk van karakter zijn veranderd (52%) of zijn verdwenen (82%). Als nieuw ontstane functie in het sociaal domein wordt de medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam bijna twintig keer genoemd (tabel 6.7). Als sterk van karakter veranderde functie noemen bijna dertig organisaties de maatschappelijk werker.

Figuur 6.9 Wordcloud functies Sociaal Werk (n=282): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: sociaal pedagogisch werker (n=71)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.7 Nieuw ontstane en sterk veranderde functies Sociaal Werk (n=282)

Nieuw ontstane functies	n	Sterk van karakter veranderde functies	n
Geen nieuwe functies	167	Geen inhoudelijk sterk veranderde functies	147
Medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam	18	Maa tschappelijk werker	28
Sociaal werker	12	Sociaal werker	24
Trajectbegeleider	12	Sociaal pedagogisch werker	23

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Woningbouwverenigingen

De medewerker verhuurzaken/woonconsulent wordt door twaalf woningbouwverenigingen genoemd als cliëntgebonden functie in het sociaal domein.

Er worden nauwelijks nieuw ontstane functies als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein genoemd. Als functies die sterk van karakter zijn veranderd wordt door vijf organisaties de medewerker verhuurzaken/woonconsulent genoemd, vier organisaties noemen huismeester/beheerder/conciërge en vier organisaties noemen de medewerker sociaal beheer. De meeste organisaties geven aan dat er geen cliëntgebonden functies zijn verdwenen.

Figuur 6.10 Wordcloud functies woningbouw (n=20): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: medewerker verhuurzaken/woonconsulent (n=12)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Gemeenten

De meest genoemde cliëntgebonden functie in het sociaal domein onder gemeenten is die van consulent. Andere veel genoemde functies zijn klantmanager, regisseur, front office medewerker, medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam, leidinggevende sociaal wijkteam/gebiedsteam en medewerker handhaving (figuur 6.11).

Als nieuw ontstane functies worden regisseur, medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam en leidinggevende sociaal wijkteam/gebiedsteam genoemd. Sterk van karakter veranderde functies zijn consulent, klantmanager en regisseur (tabel 6.8). Opvallend is dat gemeenten vaker nieuwe en veranderde cliëntgebonden functies noemen dan de organisaties die in de verschillende branches actief zijn in het sociaal domein: bij 22 procent van de gemeenten zijn geen nieuwe functies ontstaan en bij twaalf procent zijn geen functies sterk van karakter veranderd. Tachtig procent geeft aan dat er geen cliëntgebonden functies zijn verdwenen. Voor meer dan de helft van de gemeenten (55%) geldt dat er meer typen cliëntgebonden functies zijn ontstaan als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein (figuur 6.12).

Figuur 6.11 Wordcloud functies gemeenten (n=105): cliëntgebonden functies in het sociaal domein die door meer dan twee organisaties zijn genoemd; meest genoemde functie: consulent (n=87)



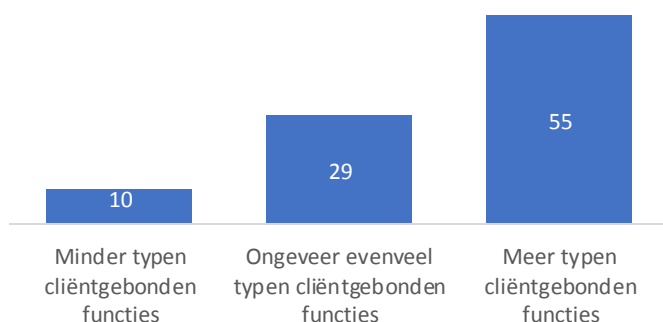
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.8 Nieuw ontstane en sterk veranderde functies gemeenten (n=105)

Nieuw ontstane functies	n	Sterk van karakter veranderde functies	n
Regisseur	42	Consulent	64
Medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam	41	Klantmanager	46
Leidinggevende sociaal wijkteam/gebiedsteam	38	Regisseur	36
Geen nieuwe functies	23	Front office medewerker	33
Consulent	20	Leidinggevende sociaal wijkteam/gebiedsteam	29
Klantmanager	13	Medewerker sociaal wijkteam/gebiedsteam	28

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Figuur 6.12 Percentage gemeenten dat aangeeft of er meer, minder of ongeveer evenveel typen cliëntgebonden functies zijn



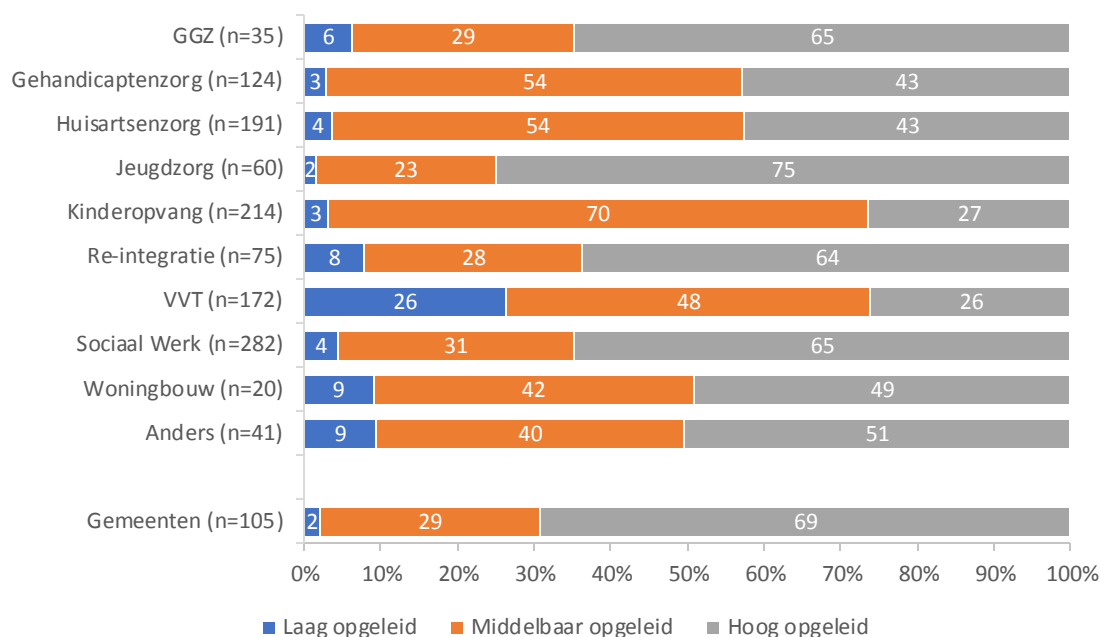
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

6.3 Functievereisten

In vrijwel alle branches is een klein deel (minder dan 10%) van de medewerkers in loondienst in cliëntgebonden functies laag opgeleid. Een uitzondering hierop is de VVT waar ongeveer een kwart van de medewerkers in het primaire proces laag opgeleid is. Het aandeel hoogopgeleide medewerkers is relatief hoog in de ggz, de jeugdzorg, de re-integratiebranche, de welzijnssector en de gemeenten. In de overige branches zijn de aandelen hoogopgeleide en middelbaar opgeleide werknemers ongeveer gelijk.

De veranderingen in het sociaal domein hebben bij ongeveer de helft van de organisaties geleid tot een grotere behoefte aan hoger opgeleide werknemers. De verschillen per branche zijn beperkt (zie ook tabel 6.9).

Figuur 6.13 Opleidingsniveau* werknemers in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein (per branche, in procenten)



* In de enquête zijn de opleidingsniveaus laag, middelbaar en hoogopgeleid niet gedefinieerd in termen van opleidingen.
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.9 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein heeft mijn organisatie een grotere behoefte aan hoger opgeleide werknemers' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	46	29	17	9
Gehandicaptenzorg (n=124)	56	30	10	5
Huisartsenzorg (n=191)	53	26	17	4
Jeugdzorg (n=60)	62	22	12	5
Kinderopvang (n=214)	47	23	17	12
Re-integratie (n=75)	55	24	15	7
VVT (n=172)	54	26	14	6
Sociaal Werk (n=282)	52	29	12	6
Woningbouw (n=20)	45	30	20	5
Anders (n=41)	56	22	10	12
Gemeenten (n=105)	60	29	10	2

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Ook een grotere behoefte aan ervaren medewerkers wordt door een (ruime) meerderheid van de organisaties aangemerkt als een gevolg van de veranderingen in het sociaal domein (zie tabel 6.10).

Tabel 6.10 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein heeft mijn organisatie een grotere behoefte aan werknemers met veel ervaring' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	57	26	9	9
Gehandicaptenzorg (n=124)	56	30	7	6
Huisartsenzorg (n=191)	60	21	15	4
Jeugdzorg (n=60)	68	17	10	5
Kinderopvang (n=214)	55	20	13	12
Re-integratie (n=75)	56	28	9	7
VVT (n=172)	58	26	11	6
Sociaal Werk (n=282)	58	28	9	5
Woningbouw (n=20)	45	45	5	5
Anders (n=41)	61	22	7	10
Gemeenten (n=105)	63	30	5	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Ook zijn stellingen voorgelegd over mogelijke veranderingen in de noodzakelijke competenties van werknemers. Het gaat hierbij om stellingen over de veranderde behoefte aan:

- sociaal-communicatieve competenties (tabel 6.11);
- intellectuele competenties (tabel 6.12);
- emotionele competenties (tabel 6.13);
- taakgerichte competenties (tabel 6.14).

Overall geeft een ruime meerderheid van de organisaties aan dat er meer competenties worden gevraagd als gevolg van veranderingen in het sociaal domein. Gemeenten geven dit relatief vaak aan. In het algemeen geldt dat er meer organisaties zijn die aangeven dat deze competenties belangrijker zijn geworden dan dat er organisaties zijn die aangeven dat opleiding en/of ervaring belangrijker zijn geworden.

Tabel 6.11 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moeten werknemers meer sociaal-communicatieve competenties hebben (samenwerken, klantgerichtheid, e.d.)' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	63	20	9	9
Gehandicaptenzorg (n=124)	69	18	7	6
Huisartsenzorg (n=191)	66	21	10	3
Jeugdzorg (n=60)	68	17	10	5
Kinderopvang (n=214)	64	14	12	10
Re-integratie (n=75)	68	19	9	4
VVT (n=172)	75	15	5	6
Sociaal Werk (n=282)	73	16	7	4
Woningbouw (n=20)	80	15	0	5
Anders (n=41)	71	15	5	10
Gemeenten (n=105)	84	11	3	2

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.12 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moeten werknemers meer intellectuele competenties hebben (bijv.: kennis, creativiteit, analytisch vermogen)' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	51	29	9	11
Gehandicaptenzorg (n=124)	63	26	6	5
Huisartsenzorg (n=191)	60	24	12	4
Jeugdzorg (n=60)	67	18	10	5
Kinderopvang (n=214)	61	18	11	10
Re-integratie (n=75)	63	25	8	4
VVT (n=172)	63	24	6	7
Sociaal Werk (n=282)	66	21	8	5
Woningbouw (n=20)	65	25	5	5
Anders (n=41)	61	20	10	10
Gemeenten (n=105)	76	18	4	2

Bron: enquête Regioplan (2019) in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.13 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moeten werknemers meer emotionele competenties hebben (bijv.: stressbestendigheid, inlevingsvermogen)' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	60	23	9	9
Gehandicaptenzorg (n=124)	61	27	6	5
Huisartsenzorg (n=191)	65	19	12	4
Jeugdzorg (n=60)	73	17	5	5
Kinderopvang (n=214)	64	15	10	11
Re-integratie (n=75)	63	24	8	5
VVT (n=172)	70	17	6	7
Sociaal Werk (n=282)	71	18	7	4
Woningbouw (n=20)	65	30	0	5
Anders (n=41)	71	15	5	10
Gemeenten (n=105)	79	17	2	2

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 6.14 Stelling: 'Als gevolg van de veranderingen in het sociaal domein moeten werknemers meer taakgerichte competenties hebben (bijv.: initiatief, kwaliteitsbewustzijn, besluitvaardigheid)' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	71	11	9	9
Gehandicaptenzorg (n=124)	68	20	6	6
Huisartsenzorg (n=191)	57	28	11	4
Jeugdzorg (n=60)	73	15	7	5
Kinderopvang (n=214)	68	13	9	10
Re-integratie (n=75)	69	20	7	4
VVT (n=172)	75	15	4	6
Sociaal Werk (n=282)	71	18	7	4
Woningbouw (n=20)	65	30	0	5
Anders (n=41)	71	15	5	10
Gemeenten (n=105)	79	18	0	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

7 Arbeidsrelaties en arbeidsvoorwaarden in het sociaal domein

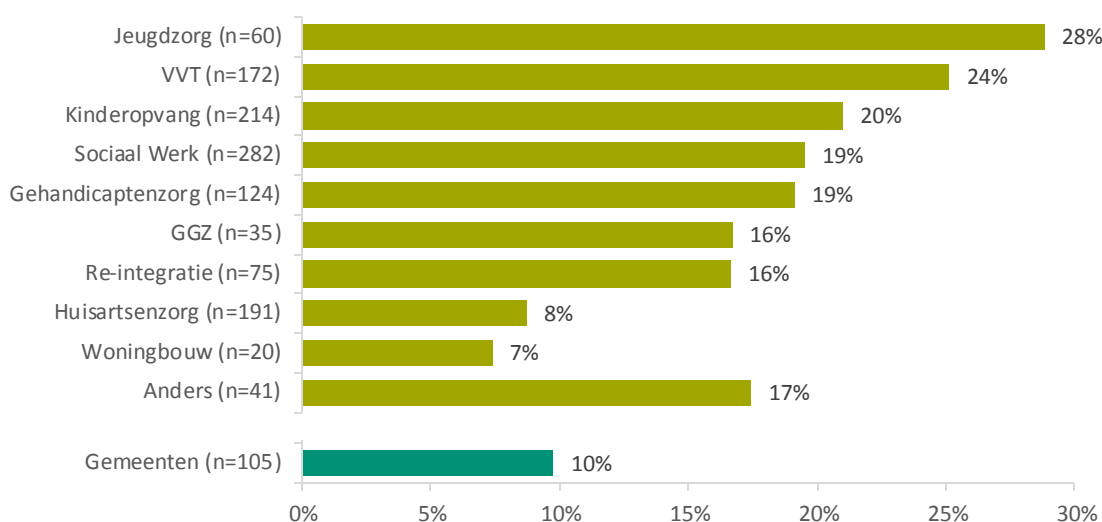
7

In dit hoofdstuk staan de verschillende arbeidsrelaties en de arbeidsvoorwaarden van medewerkers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein centraal. We besteden hierbij ook aandacht aan de eventuele veranderingen in de afgelopen vier jaar.

7.1 Personeel in loondienst in cliëntgebonden functies

Naast personeel met een contract voor onbepaalde tijd, wordt er gewerkt met tijdelijke dienstverbanden voor medewerkers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein. Het gemiddelde percentage varieert van bijna dertig procent in de jeugdzorg tot zeven procent in de woningbouw (zie ook figuur 7.1).

Figuur 7.1 Gemiddelde inschatting percentage van het personeel in loondienst werkzaam in een cliëntgebonden functie in het sociaal domein met een tijdelijke aanstelling (incl. leer-werktrajecten, werkervaringsplaatsen, traineeships, e.d.) (per branche)



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

In de contract- en aanstellingsvorm hebben zich de afgelopen jaren relatief weinig ontwikkelingen voorgedaan. Voor zowel de ontwikkeling van het aantal vaste contracten (tabel 7.1), als tijdelijke aanstellingen (tabel 7.3), als het werken in deeltijd (tabel 7.4) geldt dat het aantal organisaties dat aangeeft dat deze de afgelopen vier jaar ongeveer gelijk zijn gebleven de grootste groep is.

Tabel 7.1 Ontwikkeling vaste contracten personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein over de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

	meer	gelijk	minder	weet niet
GGZ (n=35)	26	49	11	14
Gehandicaptenzorg (n=124)	39	42	10	9
Huisartsenzorg (n=191)	18	58	8	16
Jeugdzorg (n=60)	35	33	22	10
Kinderopvang (n=214)	41	41	8	11
Re-integratie (n=75)	27	53	11	9
VVT (n=172)	44	33	13	10
Sociaal Werk (n=282)	30	43	15	12
Woningbouw (n=20)	15	65	0	20
Anders (n=41)	41	44	5	10
Gemeenten (n=105)	44	35	13	8

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 7.2 Ontwikkeling tijdelijke aanstellingen personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein over de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

	meer	gelijk	minder	weet niet
GGZ (n=35)	17	43	29	11
Gehandicaptenzorg (n=124)	14	45	26	15
Huisartsenzorg (n=191)	18	55	6	21
Jeugdzorg (n=60)	30	50	13	7
Kinderopvang (n=214)	16	49	19	16
Re-integratie (n=75)	17	43	21	19
VVT (n=172)	19	48	22	11
Sociaal Werk (n=282)	22	45	20	13
Woningbouw (n=20)	10	65	0	25
Anders (n=41)	10	51	27	12
Gemeenten (n=105)	17	49	26	9

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 7.3 Ontwikkeling deeltijd werken personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein over de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

	meer	gelijk	minder	weet niet
GGZ (n=35)	20	66	0	14
Gehandicaptenzorg (n=124)	22	60	5	14
Huisartsenzorg (n=191)	25	61	2	12
Jeugdzorg (n=60)	20	58	13	8
Kinderopvang (n=214)	14	70	5	12
Re-integratie (n=75)	15	67	4	15
VVT (n=172)	18	63	8	12
Sociaal Werk (n=282)	16	62	8	15
Woningbouw (n=20)	20	70	0	10
Anders (n=41)	17	68	10	5
Gemeenten (n=105)	11	70	4	14

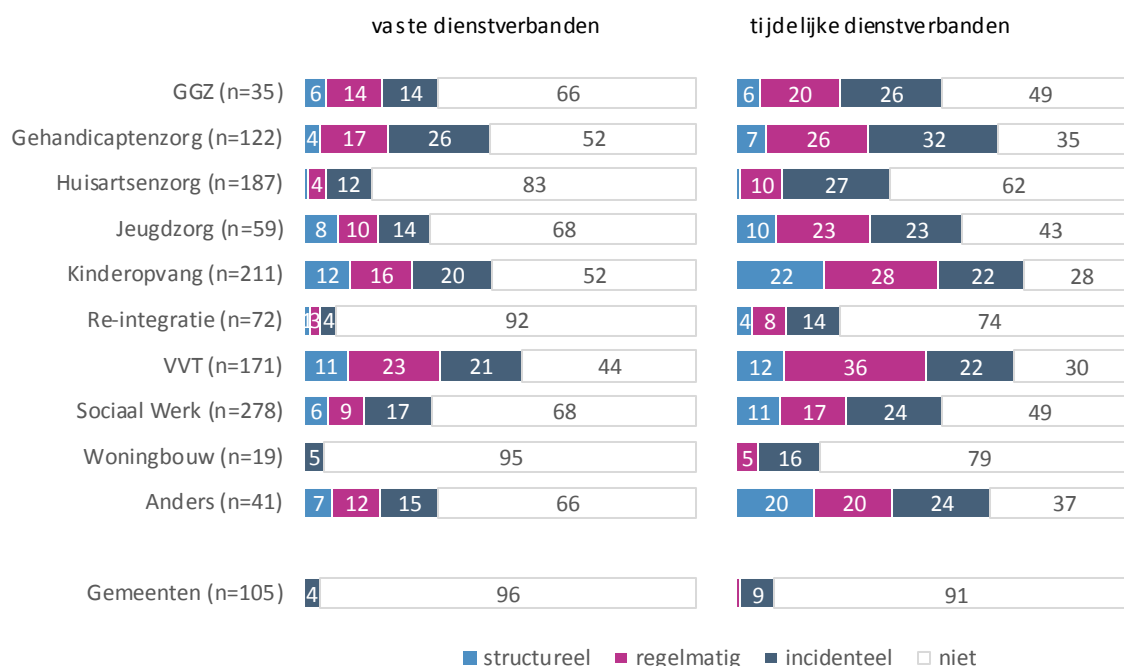
Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Oproepkrachten

De meerderheid van de organisaties maakt bij vaste dienstverbanden geen gebruik van nulurencontracten of min-maxcontracten (figuur 7.2). In de kinderopvang, gehandicaptenzorg en VVT wordt relatief vaak gebruikgemaakt van oproepkrachten. Onder medewerkers met een tijdelijk dienstverband wordt vaker gebruikgemaakt van nulurencontracten of min-maxcontracten dan onder medewerkers in vaste dienst.

In de meeste branches geeft om en nabij de helft van de organisaties aan dat het aantal flexibele aanstellingen van personeel in loondienst in cliëntgebonden functies de afgelopen vier jaar gelijk is gebleven. In de re-integratiebranche geven relatief veel organisaties aan dat er minder gebruik wordt gemaakt van flexibele aanstellingen. In de VVT daarentegen wordt door relatief veel organisaties aangegeven dat ze meer gebruikmaken van flexibele aanstellingen voor personeel in loondienst.

Figuur 7.2 Mate waarin gebruik wordt gemaakt van nulurencontracten of min-maxcontracten voor medewerkers in loondienst die werken in een cliëntgebonden functie in het sociaal domein, in procenten



Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel 7.4 Ontwikkeling flexibele aanstellingen (min-max- en nulurencontracten) personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein over de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

	meer	gelijk	minder	weet niet
GGZ (n=35)	9	60	20	11
Gehandicaptenzorg (n=124)	19	50	15	17
Huisartsenzorg (n=191)	14	50	8	27
Jeugdzorg (n=60)	18	50	15	17
Kinderopvang (n=214)	14	48	21	17
Re-integratie (n=75)	13	36	24	27
VVT (n=172)	24	45	17	14
Sociaal Werk (n=282)	18	44	17	21
Woningbouw (n=20)	5	65	5	25
Anders (n=41)	10	59	17	15
Gemeenten (n=105)	12	22	16	50

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

7.2 Arbeidsinzet niet in loondienst voor cliëntgebonden functies

Naast personeel in loondienst worden ook zzp'ers en vrijwilligers relatief vaak ingezet voor cliëntgebonden functies in het sociaal domein. De verschillen per branche zijn groot (tabel 7.5). Zo maken organisaties in de kinderopvang relatief vaak geen gebruik van de genoemde vormen van externe inhuur van personeel, terwijl vrijwel alle gemeenten gebruikmaken van een of meer van vormen van externe personele inzet. In de huisartsenzorg en de woningbouw wordt nauwelijks gebruikgemaakt van vrijwilligers en mantelzorgers. Vrijwilligers worden wel relatief veel ingezet in de gehandicaptenzorg, de welzijnssector en de VVT. In deze laatste branche maakt ook bijna een kwart van de organisaties gebruik van mantelzorgers. Aan gemeenten is separaat gevraagd of zij gebruikmaken van vrijwilligers en/of ervaringsdeskundigen voor taken binnen het sociaal domein. Dat is het geval voor 42 procent van de gemeenten.

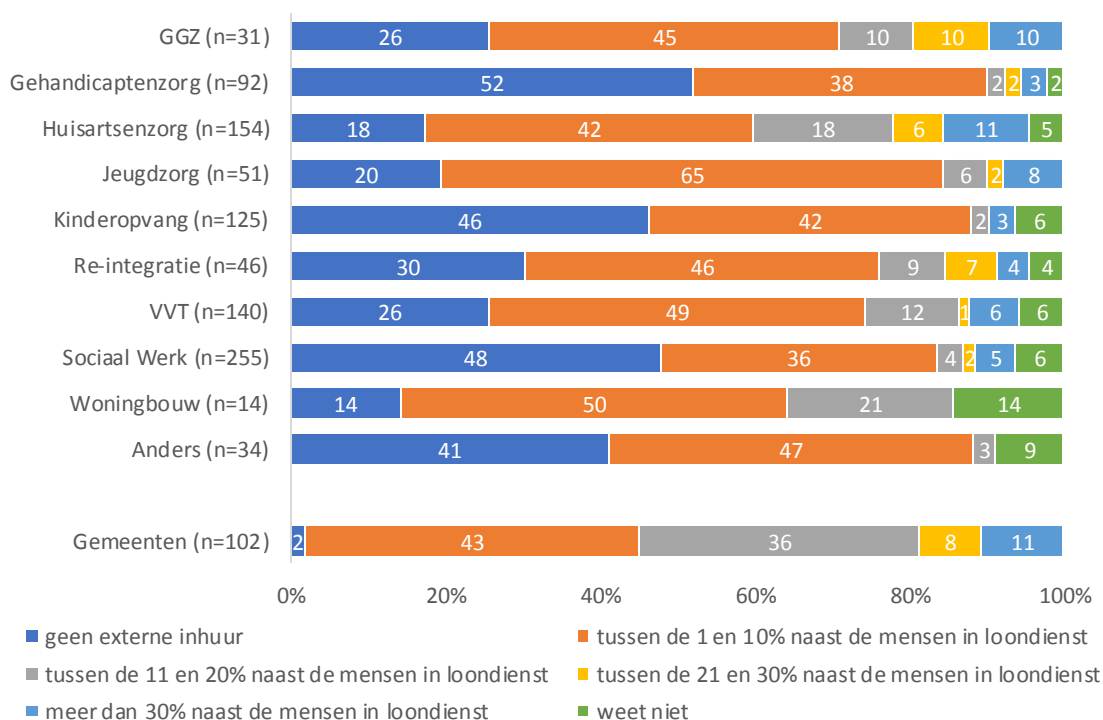
Tabel 7.5 Arbeidsinzet cliëntgebonden functies in het sociaal domein naast personeel in loondienst (per branche, in percentages, meerdere antwoorden mogelijk)

	Uitzendkrachten	Payroll medewerkers	Medewerkers detachingsbureau	Zzp-ers	Medewerkers samenwerkingspartner	Vrijwilligers	Mantelzorgers	Anders	N.v.t.
GGZ (n=41)	17	5	10	54	12	32	10	2	24
Gehandicaptenzorg (n=127)	13	5	4	24	5	57	4	6	28
Huisartsenzorg (n=327)	7	2	13	25	9	3	3	5	53
Jeugdzorg (n=64)	17	5	23	48	20	34	2	5	20
Kinderopvang (n=389)	11	2	2	8	3	15	0	3	68
Re-integratie (n=95)	11	8	12	22	6	14	0	2	52
VVT (n=183)	28	4	14	45	9	43	23	3	23
Sociaal Werk (n=388)	7	5	7	25	8	48	8	5	34
Woningbouw (n=38)	13	5	24	16	0	5	0	5	63
Anders (n=64)	13	3	5	22	6	27	6	5	47
Gemeenten (n=105)	42	55	80	41	50	-	-	3	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

De mate waarin organisaties naast de mensen in loondienst extern personeel inhuren (uitzendkrachten, payrollers, zzp'ers en gedetacheerden) ligt voor een meerderheid van de organisaties onder de tien procent met uitzondering van de gemeenten. Voor gemeenten geldt dat meer dan de helft van de gemeenten 11 procent of meer externen inhuurt naast de medewerkers in loondienst.³¹

Figuur 7.3 Mate waarin organisaties personeel extern inhuren* voor cliëntgebonden functies in het sociaal domein (per branche, in procenten)



* Uitzendkracht, payroll, zzp, detachering

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

³¹ Waarschijnlijk zijn deze percentages onderschattingen van de werkelijke inhuur. Uit andere onderzoeken is bekend dat de feitelijke externe inhuur van personeel vaak veel hoger is dan wordt opgegeven (zie onder andere: Regioplan (2015). *De inzet van flexibele arbeid bij gemeenten. Een onderzoek naar omvang, aarden achtergronden*. Uitgevoerd in opdracht van VNG/LOGA en Regioplan (2014). *Een heldere blik op personele inzet voor het openbaar bestuur*.

In de afgelopen vier jaar is de externe inhuur bij een meerderheid van de organisaties toegenomen of gelijk gebleven. Het aantal organisaties waar de externe inhuur de afgelopen vier jaar minder is geworden is relatief hoog in de jeugdzorg en de VVT. Bij bijna de helft van de gemeenten is de externe inhuur voor cliëntgebonden functies in het sociaal domein in de afgelopen vier jaar toegenomen.

Tabel 7.6 Ontwikkeling externe inhuur in cliëntgebonden functies in het sociaal domein over de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

	meer	gelijk	minder	weet niet
GGZ (n=31)	32	42	10	16
Gehandicaptenzorg (n=92)	22	33	10	36
Huisartsenzorg (n=154)	44	33	3	21
Jeugdzorg (n=51)	33	25	25	16
Kinderopvang (n=125)	18	19	18	45
Re-integratie (n=46)	20	48	20	13
VVT (n=140)	27	31	23	19
Sociaal Werk (n=255)	16	39	14	31
Woningbouw (n=14)	14	57	7	21
Anders (n=34)	15	47	9	29
Gemeenten (n=105)	45	25	25	6

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

De ontwikkeling van het aantal zzp'ers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein laat een ander beeld zien dan bij de externe inhuur in het algemeen. In vrijwel alle branches geven meer organisaties aan minder gebruik te maken van de inzet van zzp'ers dan dat dit het geval is bij externe inhuur in het algemeen. Dit is des te opvallender gezien het relatief hoge aantal respondenten dat deze vraag niet kan beantwoorden.

Tabel 7.7 Ontwikkeling inhuur zzp'ers in cliëntgebonden functies in het sociaal domein over de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

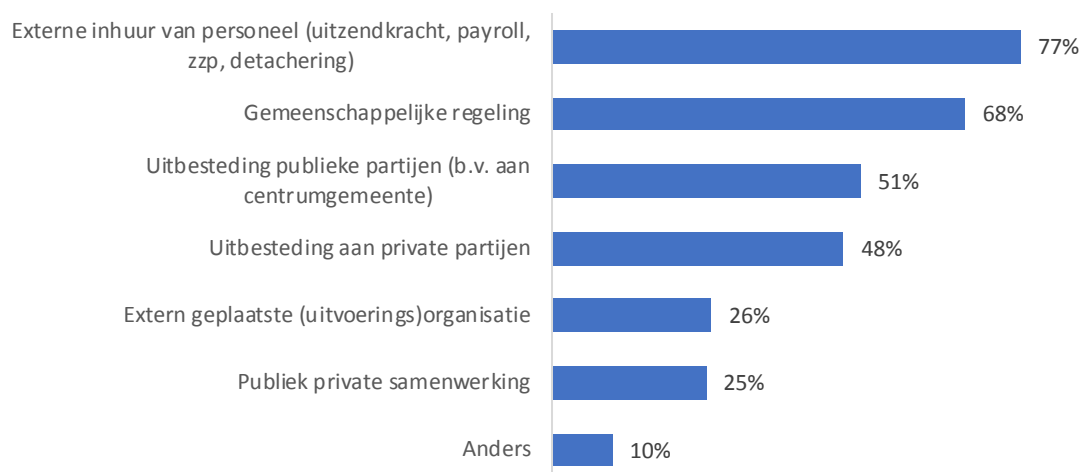
	meer	gelijk	minder	weet niet
GGZ (n=31)	42	32	16	10
Gehandicaptenzorg (n=92)	21	32	13	35
Huisartsenzorg (n=154)	33	38	4	25
Jeugdzorg (n=51)	35	24	24	18
Kinderopvang (n=125)	11	22	8	59
Re-integratie (n=46)	15	46	17	22
VVT (n=140)	26	31	21	21
Sociaal Werk (n=255)	15	39	9	36
Woningbouw (n=14)	7	50	21	21
Anders (n=34)	15	41	12	32
Gemeenten (n=105)	10	33	23	34

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Uitgelicht: externe inhuur door gemeenten

Ongeveer driekwart van de gemeenten maakt gebruik van externe inhuur van personeel voor cliëntgebonden functies in het sociaal domein. Ongeveer twee derde maakt gebruik van een gemeenschappelijke regeling. Uitbesteding aan publieke en/of private partijen wordt door ongeveer de helft van de gemeenten ingezet als mogelijkheid voor de uitvoering van cliëntgebonden functies in het sociaal domein.

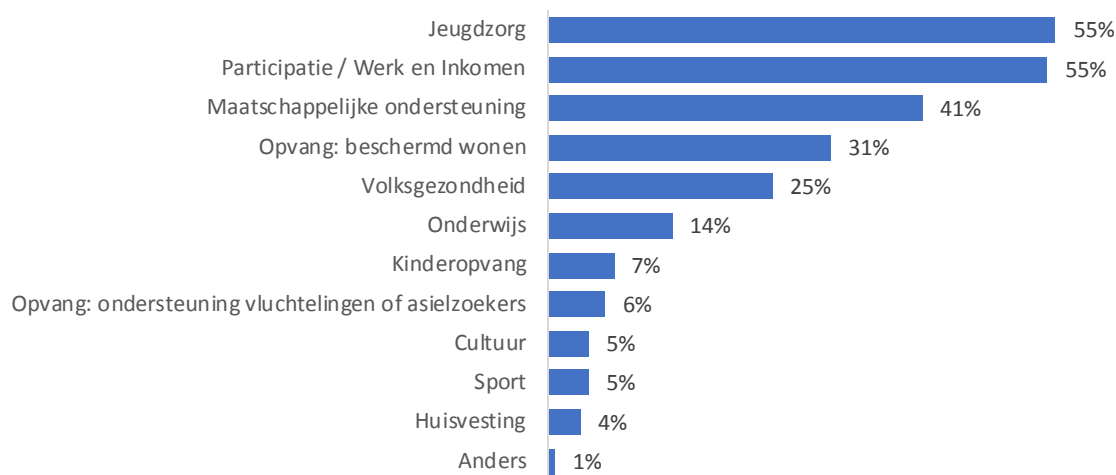
Figuur 7.4 Mogelijkheden waarvan gemeenten gebruikmaken voor de uitvoering van cliëntgebonden functies in het sociaal domein (n=110), in procenten



Bron: enquête gemeenten, Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Voor de beleidsvelden jeugdzorg en participatie worden de gemeenschappelijke regeling het vaakst ingezet. Ruim de helft van de gemeenten met een gemeenschappelijke regeling werkt voor deze beleidsvelden samen met andere gemeenten in een gemeenschappelijke regeling (figuur 7.5).

Figuur 7.5 Beleidsvelden waarop wordt samengewerkt met andere gemeenten in een gemeenschappelijke regeling op het gebied van het sociaal domein (n=110), in procenten



Bron: enquête gemeenten, Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

7.3 Veranderingen in arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden

De primaire arbeidsvoorwaarden voor personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein zijn bij de meeste organisaties in de afgelopen vier jaar, dus na 1 januari 2015, gelijk gebleven of verbeterd (tabel 7.8).

Tabel 7.8 Ontwikkeling primaire arbeidsvoorwaarden personeel in loondienst in cliëntgebonden functies in het sociaal domein in de afgelopen vier jaar (per branche, in procenten)

	verbeterd	gelijk gebleven	verslechterd	weet niet
GGZ (n=35)	26	63	0	11
Gehandicaptenzorg (n=124)	24	61	6	9
Huisartsenzorg (n=191)	18	64	3	15
Jeugdzorg (n=60)	35	55	5	5
Kinderopvang (n=214)	43	41	5	11
Re-integratie (n=75)	21	68	5	5
VVT (n=172)	47	40	3	10
Sociaal Werk (n=282)	30	55	8	7
Woningbouw (n=20)	5	70	10	15
Anders (n=41)	32	44	12	12
<hr/>				
Gemeenten (n=105)	23	69	0	9

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Arbeidsomstandigheden

In bijna alle branches is meer dan de helft van de organisaties het eens met de stelling dat er als gevolg van veranderingen in het sociaal domein een hogere werkdruk wordt ervaren en er sprake is van meer mentale belasting (tabel 7.9). Woningbouwverenigingen vormen hierop de uitzondering, waarbij de stelling dat werknemers meer buiten de deur moeten werken door meer organisaties wordt herkend als een gevolg van veranderingen in het sociaal domein.

Tabel 7.9 Gevolgen van veranderingen in het sociaal domein voor werknemers; per branche de twee stellingen over arbeidsomstandigheden waarmee organisaties het vaak (zeer) eens zijn (per branche, in procenten)

GGZ (n=35)	hogere werkdruk	62
	meer mentale belasting	59
Gehandicaptenzorg (n=124)	hogere werkdruk	66
	meer mentale belasting	51
Huisartsenzorg (n=191)	hogere werkdruk	69
	meer mentale belasting	59
Jeugdzorg (n=60)	hogere werkdruk	73
	meer mentale belasting	68
Kinderopvang (n=214)	hogere werkdruk	55
	meer mentale belasting	49
Re-integratie (n=75)	hogere werkdruk	59
	meer mentale belasting	55
VVT (n=172)	hogere werkdruk	63
	meer mentale belasting	56
Sociaal Werk (n=282)	hogere werkdruk	63
	meer mentale belasting	58
Woningbouw (n=20)	meer buiten de deur werken	55
	meer mentale belasting	50
Anders (n=41)	hogere werkdruk	71
	meer mentale belasting	68
<hr/>		
Gemeenten (n=105)	hogere werkdruk	81
	meer mentale belasting	73

Zie bijlage C voor de resultaten van alle stellingen over arbeidsomstandigheden

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

8 Werknemers over werken in het sociaal domein



In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste veranderingen in het werk en de functies van werknemers als gevolg van de transitie in het sociaal domein, op basis van artikelen, onderzoeksrapporten, rapportages van bijvoorbeeld de Transitiecommissie Sociaal Domein en in de jurisprudentie. Deze bevindingen vullen we aan met datgene wat de in het kader van de casestudies geïnterviewde werkgevers aangevolgen voor hun werknemers hebben gerapporteerd. In de tweede paragraaf komen de werknemers zelf aan het woord. Er is overigens in beperkte mate gepubliceerd over *de arbeidsmarkt* in het sociaal domein en de invloed van de transformaties daarop. De meeste documenten die we hebben aangetroffen beschrijven de transformaties zelf, vaak ook in dezelfde termen en niet zozeer als feitelijke beschrijving van wat er gebeurt, maar eerder als gewenste beleidsmatige ontwikkeling.

8.1 Bevindingen uit publicaties/jurisprudentie over werknemers

De resultaten van onze analyse van publicaties en jurisprudentie betreffende het sociaal domein hebben we samengebundeld verwoord in enkele hoofdthema's (zie hieronder).

1. *Leren integraal te werken*

Het werken in het sociaal domein heeft met name gevolgen voor die werknemers die deel zijn gaan uitmaken van een sociaal team. De Transitiecommissie Sociaal Domein noemt in haar derde voortgangsrapportage twee ontwikkelingen die het werk hebben veranderd. Ten eerste is dat het integraal (moeten) samenwerken in een team van werknemers die afkomstig zijn van verschillende zorgaanbieders en verschillende disciplines. Daarbij gaat het niet alleen om samenwerking tussen hulpverleners, maar ook om samenwerking met ambtenaren en gemeentelijke bestuurders. Werknemers moeten leren samenwerken, en dus daartoe in de gelegenheid worden gesteld. Het gaat dan om samenwerking tussen disciplines die voorheen niet of nauwelijks samenwerkten, zoals de gezinscoach die moet samenwerken met het onderwijs, de huisarts en de kinderopvang/peuterspeelzalen; en de consulent werk en inkomen die moet samenwerken met de jeugdhulpverlener en de Wmo-consulent.

De werkgevers die we hebben geïnterviewd beamen vrijwel allemaal dat ze meer dan voorheen samenwerken met professionals uit andere branches en disciplines. Met name de samenwerking binnen de wijkteams wordt genoemd, maar ook de samenwerking buiten wijkteams, met bijvoorbeeld de huisartsen, met vrijwilligers en niet in de laatste plaats, met de burgers zelf. Een aantal werkgevers, zowel uit de sector jeugd als uit de re-integratiebranche geeft aan dat samenwerken verplicht wordt gesteld door de gemeente, vanuit het besef dat goede zorg en ondersteuning samenwerking vereist en niet altijd, sterker nog, meestal niet door één zorgaanbieder kan worden geleverd. Eén werkgever (een leerwerkbedrijf) verwoordt dit als volgt:

“...die samenwerking was er voorheen wel in enige mate, maar is na de transitie veel minder vrijblijvend geworden...”

en

“...de gemeente blijft de regisseur die ons casussen toekent, maar we hebben nu ook een meer adviserende rol richting de gemeente; de gemeente doet een beroep op onze expertise en vraagt ons mee te denken hoe we meer mensen in de zorg kunnen krijgen...”

Eveneens met regelmaat genoemd is dat werknemers meer flexibel inzetbaar moeten zijn en moeten leren meer flexibel te werken. Flexibel in de zin van meer samenwerken met andere professionals, maar ook meer samenwerken met de burger die verondersteld wordt zelf actiever mee te werken aan de zorg en ondersteuning (zie ook hieronder). Enkele werkgevers geven aan dat zij vaker dan voorheen de functieprofielen die zij hanteren kritisch beschouwen (passen zij nog wel bij wat er van ons gevraagd wordt) en desnoods aanpassen aan de wensen van opdrachtgevers:

“...met de komst van de decentralisaties zijn alle functieprofielen onder de loep genomen, hoe gaat het werk zich ontwikkelen en wat betekent dat voor de functie-eisen voor de toekomst? Eigenlijk zijn wij nu alweer aan een nieuwe slag toe. We hebben afgesproken de profielen weer onder de loep te nemen, omdat de huidige tijd weer nieuwe eisen stelt...”

2. *Leren de burger te beschouwen als volwaardig gesprekspartner*

In de tweede plaats geeft de TSD aan dat de transformaties hebben geleid tot een nieuwe positie van de burger die als een volwaardige gesprekspartner moet worden beschouwd en mee moet (kunnen) praten én beslissen over een eventueel ondersteuningstraject. Dit veronderstelt nieuwe kennis en vaardigheden bij de leden van een sociaal team, aldus de transitiecommissie sociaal domein, overigens zonder deze expliciet te benoemen. Meerdere werkgevers benadrukken in dit verband de noodzaak dat hun werknemers zich deze nieuwe competentie eigen moeten maken en dat het niet vanzelfsprekend is dat dat ook gebeurt. Hulpverleners hebben geleerd om zelf actief hulp te verlenen en zijn niet of veel minder goed in staat om de burger zichzelf te laten helpen en daarbij faciliterend op te treden.

3. *Ontstaan van een nieuw functieprofiel: de T-shaped professional*

Er ontstaat een nieuw type werknemer in het sociaal domein, met name bij die gemeenten die een brede definitie van het sociaal domein hanteren en die definitie ook doorvertalen naar de organisatie en personele invulling van de toegang via de sociale teams: de T-shaped professional. Deze professional werkt als generalist, met een specialistische basis. Als generalist leg je de verbinding tussen professionals en de cliënt en diens netwerk, leer je omgaan met casusregie en kan je samenwerken met andere zorg- en dienstverleners. De T-shaped professional ontwikkelt vooral ook een brede kijk op problemen en leert omgaan met problematiek die voorheen niet tot zijn/haar expertise behoorde.

De meeste werkgevers die we hebben gesproken geven niet expliciet aan dat er een nieuw functieprofiel ontstaat met de naam T-shaped professional, maar geven wel aan dat hun specialisten steeds vaker moeten samenwerken met andere specialisten, met name als hun specialisten zijn opgenomen in een sociaal team c.q. wijkteam. Die samenwerking impliceert, aldus deze werkgevers dat hun specialisten ook meer generalist worden. Een enkele werkgever signaleert dat niet iedere professional even tevreden is met deze ontwikkeling: sommige specialisten zijn bang dat de band met het moederbedrijf lossier wordt en dat zij daardoor dreigen hun specialismen te verliezen.

4. *Zware caseload/toenemende werkdruk/(on)tevredenheid werknemers*

Met name medewerkers van sociale teams worden geconfronteerd met een hoge werkdruk. Zij worden enerzijds geacht preventief te werken, eerder te signaleren en enkelvoudige hulpvragen samen met de inwoner op te lossen en anderzijds het gebruik van specialistische zware zorg te verminderen door alternatieven voor specialistische, zware zorg te bieden aan nieuwe cliënten (voorkomen opschalen) en oude cliënten (afschalen). De recente CBS-publicatie, 'De wijkteambenadering nader bekeken', wijst hier (zij het indirect) ook op; wijkteams zien meer en genereren dus meer nieuwe cliënten. Zij verwijzen ook sneller door naar de specialistische hulp, aldus het CBS, omdat zij deze hulp goed kennen, zeker als zij voorheen bij een aanbieder van specialistische hulp in dienst geweest zijn.

Een aantal werkgevers in met name de jeugdzorg signaleert een toename van zwaardere en meer complexe problematiek, wat van invloed is op de (ervaren) werkdruk, aldus deze werkgevers. Op de vraag wat dat betekent voor de arbeidssatisfactie wordt zeer wisselend geantwoord:

“...medewerkers die houden van verandering hebben de afgelopen jaren topjaren gehad, voor anderen was het een ramp...”.

en

“...collega's ervaren het als leuker; je komt meer in je kracht te staan. De nieuwe manier van werken past eigenlijk meer bij de 'echte sociale werker'; uitdagender, duizendpoot, meer outreachend opzoek, communicatief sterk zijn...”

tot

“...mensen werken vol overgave, maar er is continue onzekerheid; er hangt een donkere wolk boven de organisatie wat betreft het voortbestaan, dit is voor de medewerkers niet leuk, er zijn geen doorgroeimogelijkheden...”.

8.2 Werknemers aan het woord

In deze paragraaf beschrijven we de bevindingen uit de groepsgesprekken en interviews met werknemers in het sociaal domein. In totaal hielden we drie groepsgesprekken, twee met maatschappelijk werkers en één met arbo- en re-integratieprofessionals. Daarnaast hielden we in totaal 28 telefonische interviews verspreid over de functiecategorieën jeugd, kinderopvang, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers met medische taken en activiteitenbegeleiders gehandicapten. Ook hielden we drie telefonische interviews met zzp'ers werkzaam in verschillende branches. In de groepsgesprekken en interviews bespraken we niet alleen hoe het nu is om te werken in het sociaal domein, maar ook hoe dat werken de afgelopen vijf jaar is veranderd. Hieronder gaan we in op de bevindingen per functiecategorie. We behandelen daarbij, in het verlengde van de onderzoeksvragen, de thema's arbeidsverhoudingen, arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden en arbeidsmobiliteit. Hetgeen onder deze noemers wordt gerapporteerd is wat respondenten in de betreffende functiecategorie relevant vonden om naar voren te brengen.

Voor een overzicht van de deelnemers aan de groepsgesprekken en interviews verwijzen we naar bijlage B. Gezien het beperkte aantal respondenten zijn de beschreven bevindingen, zeker per functiecategorie, indicatief. Het algemene beeld uit deze interviews ligt in lijn met de enquête-uitkomsten.

1. Maatschappelijk werkers

Arbeidsverhoudingen

Maatschappelijk werkers ervaren over het algemeen een hoge mate van autonomie in hun werk. De werkgever geeft kaders, richtlijnen, protocollen of werkmethodeken mee, maar dicteert niet hoe maatschappelijk werkers deze exact moeten invullen. Maatschappelijk werkers stellen dus dat ze veel vrijheid hebben om werk naar eigen inzicht in te vullen, zolang dit maar binnen de vastgestelde raamwerken gebeurt. De meeste maatschappelijk werkers geven aan dat ze deze vrijheid prettig vinden, bijvoorbeeld omdat het een beroep doet op hun professionaliteit, maar halen ook voorbeelden van collega's aan voor wie dat niet geldt (zie ook de citaten op de vorige pagina). Dat zijn medewerkers die liever meer sturing krijgen. Het valt daarnaast op dat de verschillen groot zijn in de ervaren autonomie van maatschappelijk werkers die in opdracht van gemeenten werken. De ene gemeente drukt een groot stempel op de werkwijze van deze maatschappelijk werkers, terwijl andere gemeenten daar juist veel minder strikt in zijn en enkel om verantwoording vragen. Het aantal interviews is te klein om hierin een verband te zien met de inrichtingsvormen die gemeenten hebben gekozen voor het sociaal domein.

Een enkele werkgever heeft in de interviews aangegeven dat vaker dan voorheen met zogenoemde zelfsturende teams gewerkt wordt. Maatschappelijk werkers die binnen wijkteams werken, zijn over het algemeen niet erg te spreken over zelfsturende teams. Zij noemen meerdere voorbeelden van zelfsturende teams die zelf om meer regie en aansturing vragen.

In vergelijking met andere functiecategorieën stellen maatschappelijk medewerkers vaker dat er in hun werkveld de afgelopen jaren in toenemende mate vrijwilligers werden ingezet. Als oorzaak dragen zij bezuinigingen aan. Om het voorzieningenaanbod van hun organisatie op peil te houden, kozen hun organisaties voor de inzet van vrijwilligers. Hierbij stellen meerdere maatschappelijk werkers dat hun werkgever inmiddels weer minder vrijwilligers inzet. Dat komt mede doordat de organisaties, zo zeggen zij, hebben gemerkt dat er ook nadelen aan vrijwillige inzet kleven. Zo bleek dat vrijwilligers zich niet altijd aan hun taakomschrijving hielden en, bijvoorbeeld, ook cliëntgebonden activiteiten uitvoerden waar zij niet gekwalificeerd voor waren. Ook beweren meerdere maatschappelijk werkers dat het werken met ervaringsdeskundigen minder heeft opgeleverd dan men hoopte. Waar nog steeds vrijwilligers worden ingezet, voeren zij voornamelijk administratieve taken en andere ondersteunende werkzaamheden uit. Maatschappelijk werkers zien vooral meerwaarde van de inzet van vrijwilligers bij laagdrempelige, aanvullende activiteiten die anders niet zouden worden aangeboden.

“Bij mijn organisatie voeren vrijwilligers cliëntgebonden werkzaamheden uit. Wel beperken ze zich tot de werkzaamheden die niet kunnen worden gedeclareerd, de indirecte uren. Het gaat hier bijvoorbeeld om voorbereidende contacten voordat een persoon daadwerkelijk in traject zit.”

Maatschappelijk werkers geven aan dat er in hun organisatie niet veel zzp'ers worden ingezet. Als er zzp'ers worden ingezet, dan is dat vaak voor niet cliëntgebonden taken zoals training van werknemers of ICT-gerelateerde werkzaamheden.

De respondenten zijn, op enkelen na, niet erg uitgesproken als het gaat over veranderingen ten aanzien van de contractvormen waaronder zij werken. Maatschappelijk werkers hebben volgens hen bijvoorbeeld niet meer of minder behoefte aan vaste contracten dan, ongeveer, vijf jaar geleden. Zij stellen dat deze behoefte aan baanzekerheid eigenlijk onverminderd groot is gebleven. Een enkele maatschappelijk werker stelt dat mensen met een vast contract geneigd zijn om te blijven zitten waar ze zitten, ook als ze het werk niet meer leuk vinden.

Arbeidsinhoud

Het werk van maatschappelijk werkers die in wijk- of buurtteam werken is volgens respondenten de afgelopen vijf jaar sterk veranderd. Zij noemen met name de volgende drie veranderingen:

- **Maatschappelijk werkers worden generalisten.** Alle maatschappelijk werkers binnen sociaal wijkteams stellen dat hun werk generalistischer is geworden. Ze merken op dat zij vaak alleen nog maar een eerste inschatting maken van de nodige hulpverlening en vervolgens doorverwijzen. Sommige maatschappelijk werkers binnen wijkteams gaan zelfs zo ver dat zij vinden dat de maatschappelijk werker eigenlijk geen eigen profiel meer heeft. Zij stellen dat er met de ontwikkeling naar meer generalistisch werken ook veel specialistische kennis verloren is gegaan.
- **Maatschappelijk werkers moeten meer samenwerken.** De ontwikkeling van deze functie richting meer generalistisch betekent ook dat zij meer moeten samenwerken met andere disciplines. Ze stellen over het algemeen dat samenwerking nog niet altijd en overal soepel verloopt, maar de laatste jaren wel sterk is verbeterd.
- **Maatschappelijk werkers moeten efficiënter werken.** Maatschappelijk werkers vinden dat de mate waarin op efficiëntie wordt gestuurd, toeneemt. Dit uit zich bijvoorbeeld in het feit dat activiteiten die niet tastbaar bijdragen aan het oplossen van een ondersteuningsvraag worden geschrapt, ook als deze in hun ogen daar wel degelijk aan bijdragen.

De veranderingen in het werk brengen ook veranderingen in gevraagde competenties en vaardigheden met zich mee. Hier gaat het met name om het kunnen samenwerken, nieuwe verbindingen met organisaties aan kunnen gaan en de sociale kaart in een stad uit je hoofd kunnen leren, ook als deze elke maand verandert. Daarnaast valt op dat meerdere maatschappelijk werkers in wijk- of buurtteams noemen dat je goed tegen verandering van beleid moet kunnen en dat je een eigen visie moet hebben op die veranderingen. De maatschappelijk werkers die we spraken en die niet in wijk- of buurtteams werken, ondersteunen vaak een vrij afgebakende doelgroep. Zij noemen bovendien met name veranderingen in de behoeften van de doelgroep.

“Mijn organisatie richt zich eigenlijk uitsluitend op personen met een Joodse achtergrond en heeft zich altijd heel erg bezig gehouden met problematiek die terug te leiden is naar de Tweede Wereldoorlog. Nu we, doordat er steeds meer van hen overlijden, een gemiddeld jongere doelgroep krijgen, moeten we ons aanbod gaan aanpassen en onze werkwijze vernieuwen. Echt een hele uitdaging.”

Vrijwel alle maatschappelijk werkers, ongeacht het type organisatie waar zij in werken, noemen toenemende werkdruk en toenemende administratieve lasten als zeer belangrijke veranderingen. Zij stellen dat zij meer moeten doen in minder tijd, in vergelijking met vijf jaar geleden minder tijd aan hun cliënten kunnen besteden en flexibeler moeten zijn. Daarnaast merkt een maatschappelijk werker op dat subsidies van de rijksoverheid in vergelijking met enkele jaren geleden voor een kortere periode worden verstrekt. Dat brengt zich mee dat er vaker moet worden verantwoord.

Maatschappelijk werkers over de gehele linie ervaren dat je goed je grenzen moet kunnen aangeven. Dat betekent dat je tegenover samenwerkingspartners goed duidelijk moet kunnen maken waar je wel en niet voor bent, en dat je binnen je eigen organisatie goed moet aangeven wat je wel en niet aankan.

Meerdere maatschappelijk werkers stellen dat er kort na de decentralisaties veel aandacht was voor training en bijscholing, maar dat die aandacht inmiddels weer is weggezaakt. Daarnaast vinden zij dat lang niet alle collega's gebruikmaken van de budgetten die de werkgever reserveert voor training en bijscholing.

Arbeidsvoorwaarden

De meeste respondenten zeggen weinig tot geen zicht te hebben op veranderingen in arbeidsvoorwaarden voor zover dat veranderingen buiten hun eigen arbeidsvoorwaarden betreft. Zo hebben zij eigenlijk geen zicht op verschillen tussen zittende werknemers en nieuwe instroom. De maatschappelijk werkers die wel enig zicht hierop hebben, stellen dat arbeidsvoorwaarden (overeenkomstig met de bevindingen op basis van de enquête onder werkgevers) niet veranderd zijn en er ook geen noemenswaardige verschillen zijn tussen zittende en nieuwe werknemers.

Arbeidsmobiliteit

Volgens maatschappelijk werkers is de mobiliteit van werknemers binnen hun eigen organisaties laag. De reden hiervoor is, zo stelt een respondent, dat veel waarde wordt gehecht aan het vaste contract dat men op dat moment heeft. Maatschappelijk werkers die van baan wisselen doen dat vooral omdat zij de werkdruk niet meer aankunnen.

2. Arbo- en re-integratieprofessionals

Arbeidsverhoudingen

De arbo- en re-integratieprofessionals ervaren in toenemende mate controle en sturing van hun werkgever. Een van de arbo- en re-integratieprofessionals heeft bijvoorbeeld sinds kort een nieuwe directeur die zich in vergelijking met de vorige directeur zakelijker, commerciëler en sturender opstelt.

Een andere partij die een grote invloed heeft op de manier waarop arbo- en re-integratieprofessionals hun werk uitvoeren, is UWV. Beide arbo- en re-integratieprofessionals werken met klanten die een uitkering van UWV ontvangen en werken dus in opdracht van UWV. De arbo- en re-integratieprofessionals stellen dat UWV strikte eisen stelt aan de werkwijze en verantwoording van activiteiten. Dermate strikt dat dit, volgens de arbo- en re-integratieprofessionals, tot vreemde situaties leidt.

“Stel dat je van UWV vier uur begeleiding per week mag bieden aan een klant. En stel dat die vier uur een keer niet nodig is. Dan ga ik toch maar naar die klant toe omdat we anders die uren niet kunnen declareren. Dat ga ik gewoon op m'n laptop iets anders doen.”

De arbo- en re-integratieprofessionals die we tijdens het groeps gesprek spraken, stellen dat er in hun vakgebied geen vrijwilligers worden ingezet. Hoewel dat niet voor hun eigen organisatie geldt, zien zij bij andere re-integratiebedrijven wel veel inzet van zzp'ers.

Arbeidsinhoud

De voornaamste taak van arbo- en re-integratieprofessionals is, logischerwijs, het toeleiden naar betaald werk. Daarnaast moeten zij ook oog hebben voor aanpalende problematiek. De arbo- en re-integratieprofessionals noemen schulden hier als voorbeeld. Sommige klanten hebben volgens hen schulden. Deze schulden kunnen een belemmering zijn voor het vinden van werk. Maar UWV vergoedt geen uren die niet direct bijdragen aan het vinden van werk. Dus in die zin, zo stelt een arbo- en re-integratieprofessional, worden zij gedwongen om specialistisch te werk te gaan en door te verwijzen terwijl dat eigenlijk niet nodig is.

Omgaan met werkdruk is volgens de arbo- en re-integratieprofessionals de allergrootste uitdaging van het werken binnen de branche. Door de hoge caseload ligt uitval en verzuim op de loer. Een andere reden is volgens de respondenten dat men veel onderweg is en een groot deel van de tijd geïsoleerd werkt. Beide arbo- en re-integratieprofessionals maken zich zorgen om het feit dat er veel collega's te maken krijgen met een burn-out.

De belangrijkste competenties zijn voor arbo- en re-integratieprofessionals: heel veel geduld hebben, sociale vaardigheden, duidelijk kunnen zijn en structuur kunnen bieden. Het zijn volgens respondenten tevens vaardigheden die je maar tot op zekere hoogte kunt trainen. Veel belangrijker is dat je deze vaardigheden al voor een groot deel in je hebt.

Arbeidsvoorwaarden

De arbo- en re-integratieprofessionals stellen weinig zicht te hebben op de arbeidsvoorwaarden binnen hun werkveld. Wel geven ze aan dat er vanuit werkgevers wat meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid is gekomen en dat de primaire arbeidsvoorwaarden de afgelopen paar jaar zijn verbeterd.

Arbeidsmobiliteit

Volgens de respondenten komt het veelvuldig voor dat collega's van baan wisselen en lijkt de arbeidsmobiliteit de laatste jaren ook gestegen te zijn. Als voornaamste reden noemen zij de werkdruk en de behoefte werk en privé beter te kunnen combineren.

3. Jeugdprofessionals

De jeugdprofessionals in dit onderzoek vormen een diverse groep. Het betreft hier enerzijds professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van de jeugdbeschermingswet (werken vanuit het gedwongen kader), dus bijvoorbeeld te maken hebben met uithuisplaatsingen, en anderzijds jeugdwerkers die vanuit een vrijwillig kader werken.

Arbeidsverhoudingen

Jeugdprofessionals noemen meerdere partijen die invloed hebben op de mate van ervaren autonomie van jeugdprofessionals. De voornaamste is de gemeente. Meerdere jeugdprofessionals stellen dat het zo langzamerhand lijkt alsof de gemeente wat meer ruimte biedt voor de eigen inbreng van jeugdprofessionals. Nog steeds hanteert de gemeente kaders voor de uitvoering, maar de exacte invulling lijkt wat meer over te worden gelaten aan de uitvoerders zelf. Daarnaast, zo merken enkele professionals op, krijgt men wat meer ruimte om doelen die door gemeentelijke consulenten worden gesteld ter discussie te stellen.

“De doelen van consulenten van de gemeente voor cliënten zijn niet altijd realistisch. Maar die doelen willen ze dan wel terugzien in het begeleidingsplan. Maar wij doen dat niet. We gaan dan in gesprek met de consulent. Wij zijn heel assertief. In het begin vonden ze dat lastig bij de gemeente. Maar nu ze merken dat we weten waar we het over hebben en dat we ook resultaten behalen gaat het beter.”

Hoewel er professionals zijn die de toenemende ruimte voor eigen inbreng prettig vinden, zijn er ook jeugdprofessionals die stellen dat het met de toenemende samenwerking rond gezinnen ook belangrijker wordt om een gezamenlijke, afgestemde, werkwijze te hebben.

De toenemende ruimte voor eigen inbreng betekent niet dat er minder strikt hoeft te worden verantwoord.

Andere elementen die invloed hebben op de wijze waarop jeugdprofessionals hun werk uitvoeren zijn protocollen, meldcodes, de AVG en richtlijnen van vakgroepen.

Een jeugdprofessional die veel met en in jeugdinstanties werkt, stelt dat er bij jeugdinstanties juist een zeer beperkte mate van autonomie wordt ervaren. Hier is de 'macht' van protocollen en tuchtcommissies en de angst voor financiële tekorten zo groot, dat er bijna geen eigen inbreng van professionals is.

Volgens de jeugdprofessionals worden er vrijwel geen vrijwilligers in hun werkveld ingezet. Ze stellen dat het hier meestal zulke zware en gecompliceerde problematiek betreft dat een vrijwilliger daar niet geschikt voor is. Volgens enkele professionals komt het wel voor dat er zzp'ers worden ingezet, bijvoorbeeld voor problematiek die zo specifiek en uniek is dat organisaties dat niet zelf in huis hebben. Soms treedt een professional uit dienst, maar gaat deze verder als zzp'er bij dezelfde organisatie omdat dat meer verdient.

Arbeidsinhoud

Meerdere jeugdprofessionals stellen dat hun taken sterk zijn veranderd. Deze veranderingen worden vooral veroorzaakt door de decentralisatie van de jeugdhulp naar de gemeenten. De volgende veranderingen komen in dit kader verschillende keren terug.

- **Jeugdprofessionals moeten meer samenwerken.** De decentralisatie van de jeugdzorg bracht met zich mee dat jeugdprofessionals meer zijn moeten gaan samenwerken met andere disciplines. Het betekent bovendien dat er rond een gezin veelal een netwerk van professionals afkomstig van meerdere organisaties actief is. Binnen deze netwerken is soms onduidelijk welke organisatie de regie heeft. En het betekent bovendien dat netwerkpartijen in staat moeten zijn om regie te voeren. Meerdere jeugdprofessionals geven aan dat zij in vergelijking met enkele jaren geleden vaker regievoerder zijn dan uitvoerder.
- **Activiteiten die indirect bijdragen aan het doel verdwijnen.** Volgens verschillende jeugdprofessionals maken vrijwel alle activiteiten die niet overduidelijk en tastbaar bijdragen aan een doel niet langer deel uit van hun werkzaamheden.

“Vroeger kon je nog wel eens ‘gewoon’ langsaan bij een gezin dat je onder je hoede had. Even een uurtje blokken bouwen met een kind zonder dat je een directe zorgvraag in je achterhoofd had. Dat leverde zo ontzettend veel op. Je observeerde hoe het kind zich gedroeg, hoe de sfeer in huis was en hield ondertussen je oren open. Nu ben ik alleen bij een gezin als er iets acuuts aan de hand is. Als ik nu langskom weten de gezinsleden meteen dat er iets mis is. Dat is niet goed voor de vertrouwensrelatie. We zijn een klein beetje doorgeschoten in die doelgerichtheid.”

- **Het werk is zwaarder geworden.** Bijna alle jeugdprofessionals stellen dat zij te maken hebben gekregen met zwaardere gevallen. Voor een deel wordt dit veroorzaakt door stelselwijzigingen. Aan de ene kant brengen wijkgerichtere aanpakken vroegsignalering met zich mee. Hierdoor worden wachtlijsten groter en duurt het langer voordat gezinnen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Problematieken worden wel eerder gesignaleerd, maar het ontbreekt nog aan capaciteit om iets met die signalen te doen. Daarnaast wordt er meer een beroep gedaan op de eigen kracht van gezinnen voordat er een indicatie voor jeugdhulp wordt afgegeven. Als jeugdhulp dan uiteindelijk wordt ingezet, zijn de problemen ernstiger dan de problemen die men voorheen tegenkwam. Een jeugdprofessional stelt dat het ten opzichte van vijf jaar geleden ook nodig is om strenger met de toegang tot jeugdzorg om te gaan en om strikter naar effectiviteit van handelen te kijken, maar dat de preventie nog onvoldoende op orde is. Maar ook los van stelselwijzigingen nemen jeugdprofessionals binnen gezinnen veranderingen waar. Zo benoemen zij dat ouders steeds minder belastbaar zijn, meer jongeren drugsproblemen hebben, ouders vaker conflictvermijdend gedrag vertonen en jongeren dus meer vrijheid krijgen.
- **De administratieve druk is groter geworden.** Jeugdprofessionals stellen dat zij meer administratieve lasten dan vijf jaar geleden ervaren. Dit wordt volgens de professionals ook veroorzaakt door het feit dat er tussen meer partijen moet worden afgestemd. Ook wordt de AVG genoemd als reden waardoor er meer moet worden geadministreerd dan voorheen.

Van de jeugdprofessionals die we spraken, was er één werkzaam in een jeugdinstelling. Hieruit kwam een beeld naar voren dat in vergelijking met de andere gesprekken een stuk negatiever was. Volgens deze persoon is er binnen instellingen juist steeds minder sprake van samenwerking (bijvoorbeeld met schoolinstellingen, ggz, jeugd detentie en maatschappelijk werk), is er vrijwel geen ruimte voor autonomie en is de doorstroom van behandelaars extreem hoog.

“De jongeren die we tegenwoordig binnenkrijgen, daar kunnen we helemaal niets mee. Ze zijn ouder dan voorheen en dus minder goed te vormen. Daarnaast hebben we vrijwel geen doorverwijsmogelijkheden meer. Verslavingszorg wil ze bijvoorbeeld vrijwel nooit hebben omdat de gedragsproblematiek te groot is. Ook jeugdgevangenen verwachten van ons dat we het zelf oplossen.”

Arbeidsvoorwaarden

Jeugdprofessionals stellen over het algemeen dat er de laatste jaren vrijwel niets is veranderd in de arbeidsvoorwaarden. Een enkele jeugdprofessional stelt dat de uurtarieven voor zorgaanbieders gedaald zijn en dat de professional als gevolg daarvan slechter wordt uitbetaald.

Een jeugdprofessional in de jeugdzorg die maatregelen in gedwongen (justitiële) kader uitvoert, stelt dat nieuw instromende professionals met mindere voorwaarden starten dan een tijd geleden. Er wordt volgens deze persoon vaker onderscheid gemaakt tussen junior- en seniormedewerkers. Daarnaast stromen werknemers op jongere leeftijd in en krijgen zij dus relatief mindere arbeidsvoorwaarden aangeboden.

Arbeidsmobiliteit

Enkele respondenten meenden dat de mate van arbeidsmobiliteit de laatste jaren is gestegen en dat dit wordt veroorzaakt door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Als reactie hierop zetten gemeenten nu in op het voorkomen van baanwisselingen door meer vaste contracten aan te bieden. Als redenen om van baan te veranderen, dragen jeugdprofessionals aan dat men gedemotiveerd raakt doordat er minder tijd aan gezinnen kan worden besteed, professionals zich niet prettig voelen bij de hoge mate van samenwerking. Ook worden de reistijd naar werk of het minder uren willen werken als vertrekredenen benoemd.

4. Medewerkers kinderopvang

De in deze paragraaf beschreven veranderingen zijn in beperkte mate het gevolg van de transformaties in het sociaal domein en hebben veeleer te maken met autonome ontwikkelingen binnen de kinderopvangbranche. Het is echter lastig deze twee 'bronnen van verandering' van elkaar te onderscheiden.

Arbeidsverhoudingen

Over het algemeen vinden medewerkers in de kinderopvang dat er binnen hun organisaties een bepaalde manier van werken heerst, maar dat zij daarbinnen nog wel veel vrijheid hebben.

"Als team heb je uiteraard een bepaalde manier van werken. Wij profileren ons als een groene kinderopvang die de ontwikkeling van het kind nauwlettend volgt en het kind zelf laat ontdekken. Hier wordt ook in algemene termen op gestuurd door het management. Maar hoe je dat invult op de groep bepalen we zelf. Als je het achteraf maar goed registreert."

Meerdere pedagogisch medewerkers stellen dat er binnen het team wel meer intervisie en overleg is over de werkwijze dan enkele jaren geleden.

Eén pedagogisch medewerker ervaart minder autonomie in haar werk dan voorheen. Dit komt volgens haar doordat er een beleidsmedewerker aan het team is toegevoegd die vrij strikt controleert of pedagogisch medewerkers volgens het beleid werken.

De mate waarin binnen kinderopvangorganisaties volgens respondenten gebruik wordt gemaakt van vrijwilligers verschilt. Enkele medewerkers stellen dat er geen vrijwilligers worden ingezet omdat zij de kwalificaties om in de kinderopvang te werken simpelweg missen en omdat kwaliteitseisen van de gemeente dat niet toestaan. Andere medewerkers stellen juist dat er wel vrijwilligers worden ingezet en dat zij ook taken uitvoeren waarbij zij in direct contact staan met kinderen. Het gaat hier bijvoorbeeld om medewerkers die willen aftasten of werken in de kinderopvang iets voor hen is of die beperkt inzetbaar zijn. De meeste pedagogisch medewerkers stellen geen collega's te hebben die zzp'er zijn. Een pedagogisch medewerker die tevens eigenaar is, geeft aan wel van zzp'ers gebruik te maken omdat ze geen medewerkers kan vinden die in loondienst willen.

Arbeidsinhoud

In de gesprekken met pedagogisch medewerkers komen vier voorname veranderingen in de inhoud van het werk naar voren.

- **Pedagogisch medewerkers worden deskundiger en professioneler.** Meerdere pedagogische medewerkers stellen dat er in vergelijking met vijf jaar geleden meer deskundigheid en professionaliteit van hen verwacht wordt. Een pedagogisch medewerker noemt dat er meer dan voorheen wordt geobserveerd hoe kinderen zich gedragen en zich ontwikkelen en dat van ze wordt verwacht dat ze met oplossingen komen als zich problemen voordoen. Bij dit oplossend vermogen past ook dat er meer wordt samengewerkt met bijvoorbeeld basisscholen en jeugdzorg.
- **Meer aandacht voor registratie en rapportage.** Pedagogisch medewerkers noemen vrijwel allemaal dat de eisen gestegen zijn ten aanzien van kwaliteit en het vastleggen van voortgang bij kinderen. Voorbeelden die worden genoemd zijn kwaliteitseisen van de GGD en observatieformulieren van de gemeente. Over deze formulieren vertelt een pedagogisch medewerker dat deze niet passen bij de visie van de kinderopvang en daarom niet worden gebruikt.
- **Ouders verwachten meer.** Meerdere pedagogisch medewerkers stellen dat ouders in vergelijking met vijf jaar geleden meer verwachten. Een pedagogisch medewerker noemt de trend rond suikervrij eten als voorbeeld. Ouders verwachten dat de kinderopvang in deze trend meegaat. Een andere pedagogisch medewerker geeft aan dat ouders zelf ook minder tijd hebben dan vroeger en kinderen dus vroeger op de dag brengen, en later ophalen. Deze medewerker geeft verder aan dat ouders steeds toegeeflijker naar kinderen toe worden, dus dat je als pedagogisch medewerker ook ouders moet coachen hierin.

De hierboven genoemde toenemende eisen van ouders, de grotere aandacht voor deskundigheid en de toenemende administratieve lasten hebben volgens de pedagogisch medewerker voor meer werkdruk gezorgd. Een pedagogisch medewerker voegt hier aan toe dat medewerkers ook meer randactiviteiten moeten uitvoeren. Ze noemt als voorbeeld dat de groepsondersteuner is wegbezuinigd waardoor pedagogisch medewerkers nu zelf moeten schoonmaken.

Arbeidsvoorwaarden

Over veranderingen in arbeidsvoorwaarden zijn de pedagogisch medewerkers verdeeld. Enkele pedagogisch medewerkers stellen dat zij geen veranderingen hebben meegemaakt in hun arbeidsvoorwaarden. Een andere medewerker stelt juist dat deze arbeidsvoorwaarden zijn versoberd omdat er is bezuinigd en het aantal kinderen in een groep is gedaald. Een andere medewerker stelt dat er via de arbeidsvoorwaarden wordt geprobeerd om verzuim tegen te gaan en dat de reiskostenvergoeding hoger is geworden.

“Sinds kort hebben we een continuïteitsbonus. Als je een kwartaal niet ziek bent geweest, krijg je een bonus van 50 euro. Dit is gedaan om mensen meer bewust te maken van wat het is om je ziek te melden. Voel ik me echt ziek of ben ik gewoon niet helemaal lekker?”

Arbeidsmobiliteit

Ook over veranderingen in de mate waarin pedagogisch medewerkers van baan wisselen verschillen de medewerkers van mening. Een medewerker van een opvang in een ruraal gebied stelt dat er in de regio niet heel veel andere kinderopvang zijn dus dat overstappen naar een andere kinderopvang niet vaker voorkomt. Andere medewerkers stellen juist dat pedagogisch medewerkers in vergelijking met vijf jaar geleden vaker van baan wisselen. In vergelijking met andere functiecategorieën lijkt werkdruk in mindere mate een rol te spelen bij het kiezen voor een andere baan. Vaker gaat het hierbij om het beter kunnen combineren van werk en privé en betere doorgroeimogelijkheden en arbeidsvoorwaarden.

5. Wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers met ook medische taken

Arbeidsverhoudingen

Wijkverpleegkundigen stellen over het algemeen dat zij binnen richtlijnen, kaders en methodieken veel autonomie ervaren. De werkgever of leidinggevende geeft de medewerkers over het algemeen veel

professionele ruimte om hun werk naar eigen inzicht in te vullen, maar vraagt wel om gedetailleerde verslaglegging. Dit wordt volgens de wijkverpleegkundigen ook veroorzaakt door de eisen van gemeenten en andere financiers. De hoge mate van autonomie geldt voor de medische taken van wijkverpleegkundigen niet, zo stellen zij. Zorgverzekeraars en de werkgevers zelf dicteren in hoge mate welke zorg er geboden wordt.

Meerdere wijkverpleegkundigen stellen dat zij veelvuldig met vrijwilligers samen werken. Eén van hen, werkzaam in de Randstad, meent dat dit een direct gevolg is van capaciteitstekorten. Een andere wijkverpleegkundige ziet vooral meerwaarde van samenwerking met vrijwilligersinitiatieven die aanvullend zijn, bijvoorbeeld via laagdrempelige inloopactiviteiten.

Arbeidsinhoud

De wijkverpleegkundigen benoemen de volgende veranderingen ten opzichte van vijf jaar geleden.

- **Meer verantwoordelijkheid voor cliënten zelf.** Men meent dat deze stijgende verantwoordelijkheid direct wordt veroorzaakt door de decentralisatie. Door de stelselwijziging is er minder geld, wonen mensen langer thuis en kunnen er minder mensen worden ingezet. Hierdoor is de cliënt vrijwel automatisch meer op zichzelf aangewezen. Dat mensen langer thuis wonen komt volgens een van de wijkverpleegkundigen ook doordat verpleeginstellingen een slecht imago hebben en doordat mensen bang zijn om sociale contacten te verliezen.
- **Meer aandacht voor het netwerk van cliënten.** In het verlengde van de toenemende verantwoordelijkheid van cliënten zelf, wordt er in vergelijking met vijf jaar geleden ook meer beroep gedaan op de sociale omgeving van cliënten.

“Ik verwacht nu meer hulp van de sociale omgeving van cliënten. Men was ook wel erg verwend geraakt hoor. Is het nou zo moeilijk om even boodschappen voor je ouders te halen? Familieleden moeten daar wel aan wennen hoor! Maar ik train mijn collega's ook om tegen familieleden streng en duidelijk te zijn. Je hebt vaak meer te doen met de familie dan met de mensen zelf.”

- **Verbeterde samenwerking.** Een wijkverpleegkundige vertelt dat de samenwerking tussen haar en andere disciplines sterk is verbeterd. Partijen als schuldhulp, MEE, LVB-begeleiding, ggz en GGD werken veel beter samen in de wijk dan een paar jaar geleden. Per cliënt zijn er zichtbaar minder organisaties betrokken. De samenwerking is belangrijker geworden door druk vanuit de stelselwijziging.

“Samenwerking is belangrijker geworden door de veranderingen in het stelsel. Omdat mensen niet meer worden opgenomen, moet er toch iets in de wijk zelf gebeuren. Meer mensen thuis, langer thuis, kwetsbaarheid in de wijk neemt toe. Dan moet er worden samengewerkt. Gelukkig gebeurt dat ook bij ons.”

Hoewel kerncompetenties hetzelfde zijn gebleven, noemen wijkverpleegkundigen wel dat men meer dan voorheen grenzen tegenover familieleden moet kunnen aangeven en in staat moet zijn om familieleden te activeren om een bijdrage te leveren.

Arbeidsvoorwaarden

Wijkverpleegkundigen benoemen geen grote veranderingen in arbeidsvoorwaarden. Een enkele wijkverpleegkundige noemt dat de arbeidsvoorwaarden kort na de decentralisatie ronduit slecht waren. Maar na de eerste investeringsfase heeft zij te maken gekregen met verschillende cao's. Daarnaast krijgt ze nu een telefoon en laptop van het werk en heeft ze een reiskostenvergoeding. Een andere wijkverpleegkundige vertelt dat de financiële krapte met zich meebrengt dat er weinig salarisstijging mogelijk is.

Arbeidsmobiliteit

Meerdere wijkverpleegkundigen stellen dat er in hun organisatiesprake is van een vaste kern van medewerkers, maar dat er in vergelijking met enkele jaren geleden wel meer en sneller van baan wordt gewisseld. Volgens hen is werkdruk de voornaamste reden dat van baan wordt gewisseld. Personen die een andere baan vinden, blijven vaak wel in het sociaal domein. Eén wijkverpleegkundige noemt de woningmarkt als een belangrijke factor die de mobiliteit beïnvloedt.

“Een wijkverpleegkundige moet ook in het weekend op pad. Dus die moet in de buurt van haar werkgebied wonen. Maar in sommige regio's is betaalbare huisvesting onmogelijk dus daar kunnen geen wijkverpleegkundigen wonen. In die regio's is dus gewoon minder zorgcapaciteit.”

Interessante, losse bevinding

Een wijkverpleegkundige stelt dat de overgang van de AWBZ naar de Wmo niet bepaald soepel is verlopen. Als je als organisatie of persoon in meerdere gemeenten werkt, heb je te maken met verschillende regels en richtlijnen. De afstemming is volgens deze persoon de laatste jaren wel beter geworden. Deze persoon stelt daarnaast dat het voorkomt dat cliënten verhuizen omdat zij in de gemeente van bestemming wél toegang hebben tot de zorg die ze nodig hebben.

6. Activiteitenbegeleiders gehandicapt

Arbeidsverhoudingen

Met betrekking tot autonomie in werk geldt voor werknemers in dit werkveld wat voor de andere werkvelden ook geldt; de organisatie hanteert werkmethodieken, maar de invulling laat men aan de professionaliteit van de werknemer over. Het belang van methodisch en effectgericht werken is in dit werkveld volgens de activiteitenbegeleiders daarnaast echter ook belangrijker geworden. Een andere partij die invloed heeft op de manier waarop activiteitenbegeleiders hun werk uitvoeren, blijkt de gemeente te zijn. De gemeente stelt immers de begeleidingsvraag vast.

Binnen dit werkveld wordt naar verluidt bijna niet met zzp'ers gewerkt. In vergelijking met de andere werkvelden wordt er in dit werkveld wel veel met vrijwilligers gewerkt. Een deel van deze vrijwilligers voert uitsluitend ondersteunende en aanvullende werkzaamheden uit; een ander deel heeft in organisaties wel cliëntgebonden taken.

Arbeidsinhoud

In de gesprekken met de activiteitenbegeleiders komen de volgende algemene ontwikkelingen naar voren.

- **Meer omzetgericht, meer cliënten.** Meerdere activiteitenbegeleiders noemen een stijging van het aantal cliënten ten opzichte van enkele jaren geleden. Daarbij geeft een activiteitenbegeleider aan dat men meer omzetgericht is geworden en dat dit noodzakelijk is om de organisatie overeind te houden.
- **Verandering ten aanzien van de ambities die men heeft met de cliënten.** Voorheen was een 'prettige werkplek bieden' een doel op zich. Nu krijgt elke cliënt een persoonlijk ontwikkelplan van de gemeente mee. De ene organisatie neemt deze ontwikkelplannen van de gemeente serieuzer dan de andere. We spraken een activiteitenbegeleider die stelt dat de ontwikkelplannen vrijwel altijd onhaalbaar zijn. Een andere organisatie probeert de persoonlijke doelen van de gemeente te verwerken in een eigen plan en bespreekt dit met de doorverwijzende gemeente. Het valt deze persoon wel op dat de gemeente niet altijd bereid is om in het extra aantal begeleidingsuren dat bij deze nieuwe doelen past te voorzien.
- **Meer registratieverplichtingen.** Evenals in de andere werkvelden, dragen activiteitenbegeleiders aan dat registratieverplichtingen toegenomen zijn.

“Voorheen leverden we één keer per jaar de zorgverantwoording aan de Nederlandse Zorgautoriteit aan. Maar inmiddels hebben we te maken met acht gemeenten die allemaal om verantwoording vragen.”

- **Zwaardere doelgroep.** Meerdere activiteitenbegeleiders stellen dat ze in vergelijking met vijf jaar geleden te maken hebben met een zwaardere doelgroep. Een activiteitenbegeleider draagt aan dat personen soms nergens anders terecht kunnen en dan maar bij hun zorgboerderij worden geplaatst.

“Ik heb meerdere cliënten met ernstige psychische problematiek, gedragsbeperkingen en agressie. Voor zo iemand wordt dan een groepsindicatie gegeven terwijl hij eigenlijk gewoon een-op-eenbegeleiding nodig heeft. Er is dan simpelweg geen goede plek voor hem. We zijn een zorgboerderij en kunnen hem dan niet de intensieve of gedragsgerichte begeleiding bieden die hij nodig heeft.”

Met betrekking tot veranderende competenties en vaardigheden noemen activiteitenbegeleiders vooral het feit dat men nu meer dan voorheen met computersystemen moet kunnen werken.

Arbeidsvoorwaarden

Activiteitenbegeleiders merken op dat arbeidsvoorwaarden niet (sterk) zijn veranderd. Een enkeling merkt op dat het aantal vakantiedagen meer is geworden of dat het salaris is toegenomen.

Arbeidsmobiliteit

Meerdere activiteitenbegeleiders stellen dat ze in een team werken dat al langere tijd bij elkaar is. Een activiteitenbegeleider vertelt hierover dat mensen vasthouden aan de zekerheid die een vaste baan biedt en dat hij het gevoel heeft dat er niet veel opties zijn. Als personen dan toch van baan wisselen, komt dat met name doordat ze ergens anders meer uren kunnen werken, ze meer uitdaging zoeken, ze niet meer zo onregelmatig willen werken of omdat ze het werk te zwaar vinden.

7. Zzp'ers

Waar voor de andere functiecategorieën geldt dat deze in dezelfde branche werkzaam zijn, geldt dat voor zzp'ers niet. Van de drie zzp'ers die we spraken werkt er één als activiteitenbegeleider, één als pedagogisch medewerker in de dagbesteding en één in een opvang voor dak- en thuislozen die hij zelf is gestart. De eerste twee werken dus in branches waarin we ook werknemers spraken. We beschrijven hier voor deze twee personen hoe bevindingen uit het gesprek met hen aansluiten op de bevindingen van de gesprekken met werknemers. We sluiten af met de bevindingen uit het gesprek met de zzp'er die werkt in een opvang voor dak- en thuislozen.

De zzp'er die werkt als activiteitenbegeleider op een boerderij voor dagbesteding merkt in tegenstelling tot wat veel andere activiteitenbegeleiders melden juist op dat de toestroom van cliënten is gestagneerd. Volgens de zzp'ers komt dat doordat organisaties niet meer doorverwijzen omdat een cliënt meer, extra inkomsten met zich mee brengt. In vergelijking met enkele jaren geleden wordt hij meer als onderaannemer ingezet. Dit komt volgens hem doordat hij een kleine ondernemer is die in gemeentelijke aanbestedingstrajecten geen kans maakt. Daarnaast valt op dat ook deze persoon meer administratieve druk ervaart.

De zzp'er die werkt als pedagogisch medewerker in een kinderopvang herkent dat er meer aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling van het individuele kind in plaats van dat er vooral groepsgericht wordt gewerkt. Ook volgens deze persoon vraagt dat meer deskundigheid. Verder onderstreept ook deze persoon de toenemende registratiedruk. Maar, zo stelt ze, als zzp'er heb je veel minder registratieverplichtingen. Opvallend, want ze doet dezelfde werkzaamheden als haar collega's met een werknemerscontract.

“De pedagogisch medewerker heeft er veel administratief werk bijgekregen. Ik ben nu twee maanden zzp'er, en het is een verademing. Ik registreer alleen wie er wel en niet is en kan me verder met de kinderen bezighouden. Dat is het werk waar ik voor gekozen heb! Voorheen monitorde je alleen afwijkend gedrag als ouders daar behoefte aan hadden. Maar nu moet alles tot in detail op papier.”

De zzp'er met een opvang voor dak- en thuislozen ziet vooral veranderingen ten aanzien van de manier van financieren. Met de komst van de Wmo gaat alles via de gemeente. Dit bracht volgens hem met zich mee dat er nu per persoon ongeveer een derde minder budget beschikbaar is. Daarnaast, zo stelt hij,

heeft hij te maken met een relatief zware doelgroep omdat de groep die makkelijker te begeleiden is voor andere organisaties financieel aantrekkelijker is geworden. Ook de mogelijkheden om via de rechter gedwongen opvang af te dwingen zijn beperkter geworden, waardoor de problematiek eerder escaleert. Tot slot draagt deze persoon aan dat de AVG samenwerken met reclassering, GGZ en de gemeente bemoeilijkt.

Tot besluit

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zijn vier belangrijke veranderingen beschreven in het werk en de functies van werknemers als gevolg van de transities in het sociaal domein. Eigenlijk alle respondenten hebben gemeld dat in hun beroep meer werkdruk ervaren wordt. Deels doordat men meer cliënten heeft, of meer zwaardere gevallen moet begeleiden, maar ook omdat de administratieve lasten (verantwoording) zijn toegenomen. Dat laatste overigens niet alleen door de verantwoordingsplicht aan gemeenten.

De meer integrale benadering van de problematiek van cliënten en het, samenhangend hiermee, meer moeten gaan samenwerken met andere disciplines wordt door de meeste respondenten ook benoemd. Opvallend is dat door respondenten niet wordt aangegeven dat daarbij de cliënt meer als volwaardige gesprekspartner benaderd wordt. Wel staat de cliënt vaak meer centraal. Ook de ontwikkeling naar een t-shaped professional wordt niet in alle functiecategorieën waargenomen. Waarschijnlijk is deze ontwikkeling het duidelijkst bij maatschappelijk werkers. Wel is meermaals door respondenten in verschillende functiecategorieën gewezen op de toegenomen of toenemende professionaliteit of op de toegenomen ruimte voor de professional.

Naast deze ontwikkelingen valt op dat meermaals, onder andere door maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen, wordt aangegeven dat de mobiliteit van werknemers in de perceptie van de respondenten gering is en dat dit te maken heeft met het belang dat men hecht aan een vast contract.

Duidelijk is ook dat de decentralisaties annex transformaties in het sociaal domein niet voor alle beroepsgroepen op eenzelfde wijze uitpakken: medewerkers in de jeugdzorg en het maatschappelijk werk ondervinden meer (en andere) gevolgen van de transformaties dan medewerkers in de kinderopvang. Ook is het soms lastig om onderscheid te maken tussen de gewenste gevolgen en de daadwerkelijk ervaren gevolgen, met andere woorden om vast te stellen *in welke mate* men bepaalde gevolgen ervaart: soms lijkt de wens de vader van de gedachte.

Los van deze waarnemingen is het, mede door het beperkte aantal respondenten, moeilijk meer algemene ontwikkelingen vast te stellen, bijvoorbeeld over de inzet van vrijwilligers en zzp'ers. Dit vereist diepgaander onderzoek in de verschillende branches.

Bijlage A – Verantwoording onderzoek



Van de volgende onderzoeksactiviteiten wordt in deze bijlage toegelicht hoe ze zijn uitgevoerd:

- Literatuurstudie/deskresearch
- Casestudies onder 20 gemeenten
- Interviews met 40 organisaties die in het sociaal domein actief zijn
- Webenquêtes onder gemeenten en organisaties die in het sociaal domein actief zijn
- Groepsgesprekken en interviews met werknemers in het sociaal domein

Literatuurstudie/deskresearch

Om de onderzoeksvragen onder deel A te kunnen beantwoorden, is een literatuurstudie verricht. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van landelijke rapporten van onder meer het Sociaal en Cultureel Planbureau en Movisie en het Nederlands Zorg Instituut. Er is expliciet gezicht naar publicaties van beroepsgroepen over veranderingen in hun beroep/vak, maar daar is weinig over gepubliceerd. En als er over is gepubliceerd dan is dat veelal in heel algemene termen zoals 'meer generalistisch gaan werken' en 'de burger centraal' of 'inzetten op eigen kracht'. De jurisprudentie is bekeken via de portal www.sociaalweb/jurisprudentie.nl. De daar gepubliceerde uitspraken zijn beoordeeld op hun arbeidsmarktconsequenties en indien relevant meegenomen.

Casestudies gemeenten

In de casestudies zijn gemeentelijke documenten bestudeerd en zijn interviews gehouden met sleutelfunctionarissen binnen het sociaal domein. Deze casestudies hebben een verkennend karakter en pretenderen niet een compleet en eenduidig beeld te schetsen. Daarvoor is het lokale sociaal domein te veelomvattend en complex. Wel is beoogd inzicht te bieden in een brede variatie van inrichtingsvormen en keuzes die gemeenten hierbij maken. Afhankelijk van de beschikbare informatie is het in sommige casestudies beter gelukt dan in andere om de belangrijkste thema's op hoofdlijnen in beeld te brengen.

Steekproef

Bij de selectie van gemeenten voor de casestudies is rekening gehouden met een aantal criteria. Er is een groslijst opgesteld met behulp van landelijk beschikbare gegevens over:

- bevolking: een globaal profiel van de gemeente in termen van aantallen ouderen, eenoudergezinnen, lage inkomens, uitkeringsontvangers, en dergelijke als indicatie van de omvang van het potentiële beroep op maatwerkvoorzieningen;
- mate van uitbesteding: het aandeel van personeel in de totale lasten van de gemeente;
- schaal: de omvang van de gemeente;
- geografische spreiding: de verdeling van gemeenten over regio's.

In samenspraak met de begeleidingscommissie is bij de uiteindelijke samenstelling van de steekproef ook meegewogen in hoeverre gemeenten kampen met financiële knelpunten en al langer ervaring hebben opgedaan met sociale teams als toegang tot het sociaal domein. Een en ander heeft geleid tot de volgende lijst gemeenten, waarvoor een casestudie is verricht.

Aalten	Kapelle
Alphen aan den Rijn	Leeuwarden
Amersfoort	Nissewaard
Amsterdam	Rhenen
Assen	Sittard-Geleen
Asten	Stichtse Vecht
Gennep	Tilburg
Hardinxveld-Giessendam	Zaanstad
Hengelo	Zoetermeer
Huizen	Zuidplas

Interviews met organisaties in het sociaal domein

In elke gemeente hebben we vervolgens telefonische interviews afgenomen met organisaties die actief zijn in het sociaal domein, dat wil zeggen zorgaanbieders die gecontracteerd zijn door de casusgemeenten. We hebben de zorgaanbieders evenredig verdeeld over de verschillende segmenten in het sociaal domein (zie onderstaand kader).

- A = preventieve en ambulante jeugdhulp
- B = jeugd ggz
- C = intramurale jeugdzorg/jeugdzorg plus
- D = pleegzorg/jeugdbescherming/jeugdreclassering
- E = thuis hulp/huishoudelijke ondersteuning
- F = begeleiding/dagopvang
- G = maatschappelijke opvang/vrouwenopvang
- H = beschermd wonen
- I = inkomensverzekering/handhaving/terugvordering
- J = activering/re-integratie
- K = vrij toegankelijke collectieve voorziening (welzijn, maatschappelijk werk, et cetera)

Er zijn in totaal 40 gesprekken gevoerd en daarbij is gebruikgemaakt van een topiclijst. Deze is op aanvraag beschikbaar. De betreffende organisaties hebben anoniem deelgenomen en zijn daarom niet opgenomen in bijlage B.

Webenquêtes

Om de onderzoeksvragen onder deel C te beantwoorden, is een digitale vragenlijst uitgezet onder organisaties en gemeenten. De vragenlijsten zijn breed uitgezet onder organisaties die mogelijk actief zijn in het sociaal domein. Hierna beschrijven we de opzet van de web-enquête en aansluitend de respons op de enquête.

Vragenlijst onder werkgevers in het sociaal domein

Om alle organisaties te benaderen die mogelijk actief zijn in het sociaal domein is eerst de brancheorganisaties, aangesloten bij de arbeidsmarktfondsen Zorg en Welzijn (GGZ Nederland, VGN, ZorgthuisNL, ActiZ, LHV, InEen, FCB Sociaal Werk, FCB Jeugdzorg en FCB Kinderopvang) gevraagd hun ledenbestand te delen.³² Vervolgens is in overleg met de opdrachtgever bepaald in welke branches organisaties in het sociaal domein verder actief kunnen zijn. Uiteindelijk zijn de volgende branches benaderd:

- Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg;
- Gehandicaptenzorg;
- Huisartsenzorg;
- Jeugdzorg;
- Kinderopvang;
- Re-integratie;
- Verpleging, Verzorging en Thuiszorg;
- Welzijn, maatschappelijke dienstverlening en sociaal werk;
- Woningbouwverenigingen.

De adressenbestanden van alle organisaties in deze branches zijn opgevraagd bij Ad Hoc Data. Deze adressen zijn toegevoegd aan het bestand met adressen afkomstig van de brancheorganisaties. In totaal zijn, na eerste opschoning en ontdebelling, 15.575 e-mailadressen benaderd om mee te doen aan het onderzoek (tabel BA.1).

³² Van GGZ Nederland hebben wij geen ledenbestand ontvangen. Van LHV is de helft van het ledenbestand aangeschreven om de drukop de beroepsgroep te beperken. De andere helft werd uitgenodigd voor deelname aan een bijna gelijktijdig lopend onderzoek naar de arbeidsmarkt van het medisch domein.

Tabel BA.1 Aangeschreven organisaties vragenlijst, per branche

	Aangeleverde adressen	Aangekochte adressen	Totaal aantal adressen
Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg (GGZ)	0%	100%	275
Gehandicaptenzorg	19%	81%	888
Huisartsenzorg	68%	32%	4.288
Jeugdzorg	37%	63%	369
Kinderopvang	76%	24%	3.392
Re-integratie	0%	100%	849
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)	42%	58%	1.291
Sociaal Werk	33%	67%	3.890
Woningbouwverenigingen	0%	100%	333
Totaal	49%	51%	15.575

Vragenlijst onder gemeenten

Naast bedrijven zijn ook gemeenten benaderd als zijnde werkgever in het sociaal domein. Ter attentie van de gemeentesecretaris hebben wij naar alle gemeenten (355) een uitnodiging voor de vragenlijst gestuurd. 110 van de 355 gemeenten hebben de vragenlijst volledig ingevuld, een respons van 31 procent.

Respons en representativiteit

Van bijna drieduizend e-mailadressen van organisaties kregen wij het bericht dat onze vragenlijst niet kon worden bezorgd. Hiermee is de vragenlijst bezorgd bij 12.701 e-mailadressen. Hiervan heeft twintig procent de vragenlijst volledig ingevuld, een respons van 2.495 organisaties (tabel BA.2). Van deze respons heeft zes procent geen personeel in dienst. De antwoorden van deze organisaties zonder personeel in dienst zijn niet meegenomen in de analyses, omdat we de arbeidsmarkt van het sociaal domein onderzoeken. Deze correctie leidt tot een totaal van 2.333 organisaties.

In de vragenlijst is geverifieerd of de organisatie zichzelf rekent tot de bij ons bekende branche uit het adresbestand. Deze vraag heeft tot enkele verschuivingen binnen de geselecteerde branches geleid, maar ook tot een groep die zich niet herkende in één van de genoemde branches. De activiteiten van deze laatste categorie organisaties zijn zeer divers en zij worden derhalve in het vervolg van deze rapportage onder de categorie 'Anders' gerapporteerd.

Tabel BA.2 Respons enquête organisaties naar branche

	Bezorgde vragenlijsten	Afgeronde vragenlijsten	Respons	Respons excl. geen personeel
GGZ	229	28%	55	51
Gehandicaptenzorg	730	29%	168	150
Huisartsenzorg	3.440	14%	465	463
Jeugdzorg	297	29%	80	68
Kinderopvang	2.870	19%	537	494
Re-integratie	681	21%	122	114
VVT	1.084	20%	214	206
Sociaal Werk	3.065	22%	540	482
Woningbouw	305	20%	63	62
Totaal	12.701	20%	2.495	2.333

Representativiteit onder bedrijven/branches

Om op basis van de vragenlijst uitspraken te kunnen doen over wat voor soort organisaties actief zijn in het sociaal domein hebben we allereerst een non-responsanalyse uitgevoerd, om te bepalen in hoeverre de responderende organisaties representatief zijn voor de niet-responderende organisaties. Hiervoor hebben we een random steekproef van de non-responderende organisaties telefonisch benaderd met drie vragen:

- Voert uw organisatie werkzaamheden uit in het sociaal domein? Zo ja, welke?
- Heeft uw organisatie medewerkers in loondienst werkzaam binnen het sociaal domein?
- Heeft uw organisatie medewerkers in loondienst werkzaam in cliëntgebonden functies binnen het sociaal domein?

In de onderstaande tabel hebben we de uitkomsten van deze analyse weergegeven. De non-respondenten in de branches jeugdzorg, re-integratie, VVT en welzijn, maatschappelijke dienstverlening en sociaal werk zeggen significant vaker geen werkzaamheden uit te voeren in het sociaal domein dan de respondenten uit deze branches. Met uitzondering van de re-integratiebranche verdwijnen deze verschillen als we kijken naar het aandeel organisaties dat geen medewerkers in cliëntgebonden functies binnen het sociaal domein in dienst heeft.

Hierbij willen we benadrukken dat in de enquête in eerste instantie op basis van vragen over de doelgroep en de aard van de werkzaamheden is bepaald of een organisatie tot het sociaal domein wordt gerekend. In tweede instantie is aan organisaties die op basis van hun antwoorden op de vragen over hun doelgroep en aard van de werkzaamheden niet tot het sociaal domein worden gerekend, gevraagd of hun organisatie werkzaamheden uitvoert binnen het sociaal domein. In de non-responsanalyse is, rekening houdend met de (on)mogelijkheden van een non-responsvragenlijst, direct gevraagd of de organisatie werkzaamheden uitvoert binnen het sociaal domein zonder daarbij zelf een definitie te bieden van sociaal domein.

Tabel BA.3 Vergelijking respondenten en non-respondenten

Branche	% geen werkzaamheden sociaal domein		% geen medewerkers in cliëntgebonden functies binnen sociaal domein	
	% respons	% non-respons	%respons	% non- respons
GGZ	14%	22%	31%	29%
Gehandicaptenzorg	16%	17%	30%	35%
Huisartsenzorg ¹	32%		60%	
Jeugdzorg	8%	24%*	27%	33%
Kinderopvang	23%	44%	62%	44%
Re-integratie	29%	69%*	47%	73%*
VVT	14%	37%*	22%	37%
Sociaal Werk	28%	43%*	55%	64%
Woningbouw	40%	67%	72%	67%
Totaal	25%	36%*	51%	44%

¹ De huisartsenzorg is niet meegenomen in de non-responsanalyse omdat deze vragen niet aan de huisarts gesteld kunnen worden via de beschikbare praktijktelefoonnummers.

* Significant verschil getoetst op 95% betrouwbaarheid.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Aansluitend bij de bovenstaande bevindingen hebben we nader geanalyseerd of er aanwijzingen zijn dat er bepaalde subbranches zijn waarvoor geldt dat de werkzaamheden van de responderende organisaties en non-responderende organisaties inderdaad wezenlijk van elkaar verschillen. In deze analyse valt op dat op basis van naam³³ soortgelijke organisaties, bijvoorbeeld kraamzorgorganisaties of huisartsenpraktijken, anders antwoorden op de vraag of ze werkzaamheden uitvoeren in het sociaal domein. Naast een andere eigen interpretatie van sociaal domein door de betreffende organisatie, kan dit natuurlijk ook te maken hebben met verschillen tussen de gemeente/regio in de mate van decentralisatie.

³³ Dit is het enige kenmerk waarop een vergelijking mogelijk is.

In het algemeen kunnen we stellen dat er twee groepen van organisaties zijn die niet tot het sociaal domein behoren, namelijk:

- ten onrechte in de betreffende branche opgenomen organisaties, bijvoorbeeld bouwondernemingen en ICT-bedrijven die zich in hun dienstverlening richten op deze branches;
- belangenorganisaties voor de betreffende branche.

Hoe groot deze groepen precies zijn, kunnen we niet achterhalen op basis van de beschikbare gegevens. In de respons zijn deze organisaties beperkt vertegenwoordigd. Ze hebben alleen een aantal vragen beantwoord over hun werkzaamheden. Op basis hiervan hebben zij geen verdere vragen beantwoord.

Op basis van het voorgaande zijn wij van mening dat de respons voldoende representatief is om op brancheniveau een eerste beeld te schetsen van de huidige situatie en de ontwikkeling van de arbeidsmarkt van het sociaal domein.

Door het gekozen verkennende karakter van de vragenlijst, en het ontbreken van een definitie van het sociaal domein, is het niet mogelijk om uitspraken te doen over het aantal organisaties of het aantal personen dat werkzaam is in het sociaal domein. Hiervoor is nader onderzoek per branche nodig waarbij via gerichte vragen eenduidig kan worden vastgesteld of een organisatie tot het sociaal domein wordt gerekend. Denk bijvoorbeeld aan vragen als: heeft uw praktijk een poh-ggz in dienst? Zo ja, hoe wordt deze poh-ggz gefinancierd? Zo nee, wie vervult in uw praktijk deze taken?

Ook vinden wij het niet verantwoord om uitspraken te doen over het sociaal domein als geheel. Deze (gewogen) resultaten worden in belangrijke mate bepaald door de branches met veel organisaties en/of werknemers en doen onvoldoende recht aan de grote verschillen tussen branches.

Representativiteit vragenlijst gemeenten

De vragenlijst voor gemeenten is ingevuld door bijna een derde van de populatie. Hierbij is sprake van een goede spreiding van de respons over gemeenten wat betreft geografische ligging en grootte. Er is derhalve geen reden om aan te nemen dat de responderende gemeenten niet representatief zijn voor alle gemeenten.

Groepsgesprekken en interviews met werknemers in het sociaal domein

Aanvankelijk was de opzet om 15 groepsgesprekken te organiseren met telkens ongeveer 10 deelnemers. Daarbij zou de Q-methodologie gebruikt gaan worden waardoor we van deelnemers (voornamelijk werknemers in het sociaal domein) ook meer kwantitatieve informatie zouden verkrijgen.

Ondanks intensieve pogingen van de onderzoekers, de opdrachtgever, geïnterviewde werkgevers en tal van (koepel)organisaties in het veld bleek het onmogelijk om deze groepsgesprekken te organiseren met voldoende deelnemers.

Werknemers waren vaak 'in principe' bereid (en enthousiast) om deel te nemen aan gesprekken, maar hun werk liet het niet toe daar in werktijd of erbuiten de tijd voor vrij te maken (doorgaans al snel een dagdeel, inclusief de reistijd). Zeer vaak ook werd aangegeven dat de werkdruk te hoog was om ruimte te maken voor dit soort activiteiten. Het gevolg was dat een aantal groepsgesprekken is gevoerd waar, ondanks toezeggingen, uiteindelijk te weinig deelnemers waren.

In overleg is met de opdrachtgever besloten de groepsgesprekken te vervangen door (telefonische) interviews binnen een beperkter aantal beroepsgroepen. Hierdoor (en door de te geringe opkomst bij de groepsgesprekken die wél hebben plaatsgevonden) was het niet meer mogelijk de Q-methodologie toe te passen.

Uiteindelijk bleek ook het werven van deelnemers voor een telefonisch interview bijzonder tijdsintensief en moeilijk. Vaak waren respondenten die hadden toegezegd op de afgesproken tijd niet beschikbaar; en ook op latere momenten niet. Uiteindelijk en ondanks grote tijdsinvestering, zijn aanvullend 28 individuele (meestal) telefonische interviews gerealiseerd. Zie bijlage B voor de respondenten.

Een overzicht van de deelnemers aan de twee groepsgesprekken en de 28 interviews is opgenomen in bijlage B.

Bijlage B – Respondenten en informanten

B

Informanten van casusgemeenten

Kapelle	Annemieke Stekete
Asten	Anja van Hunsel
Gennep	Annet Visser / Natasja Vaasen
Hardinxveld-Giessendam	mevr. Trudy Baggerman
Rhemen	Jan Verweij
Zwartewaterland	Andries Weistra
Aalten	Hugo Bosma
Huizen	Daphne Willems
Zuidplas	Sanna den Hoedt
Utrechtse Heuvelrug	Dick van Rijn
Stichtse Vecht	Stella Lemmens
Bergen op Zoom	Annemiek de Vos
Assen	Monique Otten
Velsen	Linda Londt
Hengelo	Astrid Donderwinkel
Nissewaard	Colette Gaillard
Sittard-Geleen	Daphne Kagelmaker
Leeuwarden	Sander Rispens
Alphen aan den Rijn	Marjolein Buis
Zoetermeer	Carry Goedhart
Zaanstad	Lisan Adolf
Amersfoort	Ineke Hooijschuur
Groningen	Deborah van Duin
Tilburg	Erwin Rossou
Amsterdam	Jac van Rheenen / Martijn de Wit / Anne Roseboom / Cees van der Meer

Overige informanten

Vereniging Nederlandse Gemeenten	Bert Roes
PPRC	Jan Telgen en Niels Uenk
Movisie	Silke van Arum

Respondenten zorginstellingen:

De respondenten van geïnterviewde zorginstellingen zijn anoniem.

Tabel BB.1 – Deelnemers aan groepsgesprekken met werknemers

Funcie categorie	Funcie	Organisatie	Landsdeel
Maatschappelijk werk	Generalist	Gemeenschappelijke regeling	Zuid Nederland
	Administratief medewerker (tot voor kort jongerenwerker)	Stichting	Oost Nederland
	Begeleider beschermd wonen	Stichting	West Nederland
	Begeleider dagbesteding, jeugdzorgmedewerker en directielid	Stichting	Oost Nederland
	Ambulant begeleider	Bedrijf	Zuid Nederland
	Ambulant begeleider	Bedrijf	Zuid Nederland
	Sociaal werker	Gemeente	Midden Nederland
	Straathoekwerker en regiocoördinator	Gemeente	Midden Nederland
	Zorgmanager en ouderenwerker	Gemeente	Zuid Nederland
	Coördinator vrijwilligerswerken groepswerk	Gemeente	Oost Nederland
Arbo- en re-integratie	Jobcoach	Bedrijf	West Nederland
	Loopbaancoach en begeleider	Bedrijf	Landelijk
	Werkfit-trajecten		

Tabel BB.2 – Deelnemers aan interviews met werknemers

Funcie categorie	Funcie	Organisatie	Landsdeel
Jeugd	Gedragswetenschapper	Gemeente	Noord Nederland
	Jeugdbeschermer	Stichting	West Nederland
	Pedagogisch medewerker	Stichting	Oost Nederland
	Directeur en ambulant begeleider	Bedrijf	Midden Nederland
	Jeugdconsulent	Samenwerkingsverband	Oost Nederland
	Directeur	Zorginstelling	West Nederland
	Gezinsprofessional		
Kinderopvang	Pedagogisch medewerker	Bedrijf	Zuid Nederland
	Directeur kindcentrum	Bedrijf	Midden Nederland
	Pedagogisch medewerker	Bedrijf	Zuid Nederland
	Pedagogisch medewerker	Bedrijf	Oost Nederland
	Pedagogisch medewerker		
ZZP	Eigenaar en zorgactiviteitenbegeleider	Particulier	Midden Nederland
	Pedagogisch medewerker	Particulier	West Nederland
	Eigenaar van pension voor alleenstaande dak- en thuislozen	Particulier	Noord Nederland
	Begeleider dagbesteding en coördinator	Stichting	Noord Nederland
Activiteiten begeleiders gehandicaptenzorg	Activiteitenbegeleider en eigenaar	Bedrijf	Zuid Nederland
	Oprichter en activiteitenbegeleider	Stichting	West Nederland
	Activiteitenbegeleider	Stichting	West Nederland
	Bestuurder met enkele zorgtaken	Bedrijf	Noord Nederland
	Projectleider wijkzorg (gedetacheerd)	Samenwerkingsverband	West Nederland
Wijkverpleging en thuiszorg	Bestuurder en thuiszorgmedewerker	Bedrijf	Oost Nederland
	Wijkverpleegkundige	Stichting	West Nederland
	Wijkverpleegkundige met managementtaken	Stichting	West Nederland
	Opbouwwerker	Welzijnsorganisatie	West Nederland
Maatschappelijk werk	Maatschappelijk werker en verpleegkundige	Welzijnsorganisatie	Midden Nederland
POH	Huisarts		West Nederland

Bijlage C – Bijlagen bij de enquête



Specificering taken die organisaties uitvoeren in het sociaal domein

Tabel BC.1 Gespecificeerde taken die organisaties uitvoeren in het sociaal domein voor de doelgroep kinderen, jongeren en/of gezinnen (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)*

	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.	j.	k.	l.	m.	n.	o.
GGZ (n=26)	54	69	62	42	19	0	12	4	12	23	46	31	19	0	15
Gehandicaptenzorg (n=68)	44	59	19	85	13	3	10	7	1	9	43	53	25	21	7
Huisartsenzorg (n=297)	38	13	25	24	2	1	0	0	0	46	70	10	1	16	15
Jeugdzorg (n=62)	56	68	18	47	40	21	42	29	15	26	47	37	26	0	3
Kinderopvang (n=388)	26	4	3	8	1	0	1	0	0	32	75	85	1	1	7
Re-integratie (n=24)	4	4	4	17	0	0	0	0	4	13	33	25	0	0	38
VVT (n=51)	49	51	6	57	4	2	0	6	6	16	24	20	2	18	22
Sociaal Werk (n=261)	37	32	5	25	2	2	3	2	5	17	31	29	2	1	31
Woningbouw (n=28)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	0	0	0	89
Anders (n=38)	26	32	8	37	3	0	0	0	5	13	21	37	5	5	34
Gemeenten (n=90)	57	40	27	41	48	16	36	19	17	52	56	29	11	9	22
a. Preventieve jeugdhulp, waaronder jeugdgezondheidszorg, opvoed- en opgroeihulp															
b. Ambulante jeugdhulp															
c. Zorgdragen voor jeugd GGZ (inclusief Enkelvoudige Ernstige Dyslexie)															
d. Hulp voor jeugd en/of ouders met een (verstandelijke) beperking															
e. Organiseren van verblijf in een jeugdinstelling of in de gesloten jeugdhulp (Jeugdzorgplus)															
f. Pleegzorg															
g. Organiseren van residentiële jeugdhulp															
h. Uitvoeren van jeugdbeschermingsmaatregelen (OTS en voogdij)															
i. Uitvoeren van taken in de jeugdreclassering (begeleiding jongeren na contact met politie en justitie)															
j. Hulp in geval van huiselijk geweld en kindermishandeling via 'Veilig Thuis'															
k. Signaleren van ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen															
l. Stimuleren van jonge kinderen in de (motorische-, sociale-, emotionele- en taal-)ontwikkeling in interactie met andere kinderen															
m. Intramurale jeugdzorg															
n. Zorg voor ernstig zieke kinderen (veelal Wlz gefinancierd)															
o. Geen van bovenstaande taken															

* In loondienst in cliëntgebonden functies.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.2 Gespecificeerde taken die organisaties uitvoeren in het sociaal domein voor de doelgroep mensen met een maatschappelijke ondersteuningsbehoefte (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)*

	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.	j.	k.	l.
GGZ (n=16)												
Gehandicaptenzorg (n=59)	41	88	73	39	20	17	12	14	19	5	7	3
Huisartsenzorg (n=279)	5	2	23	1	2	43	2	3	24	43	24	32
Jeugdzorg (n=16)												
Kinderopvang (n=16)												
Re-integratie (n=33)	3	48	64	0	6	3	0	0	0	3	27	15
VVT (n=153)	85	66	75	31	8	40	5	22	16	5	9	3
Sociaal Werk (n=257)	15	37	55	12	14	37	3	5	11	16	29	21
Woningbouw (n=33)	0	6	3	21	9	0	0	0	0	3	15	64
Anders (n=33)	18	42	61	18	12	27	9	9	9	6	12	18
Gemeenten (n=95)	37	34	36	23	34	37	21	26	28	48	43	40
a. Bieden van thuishulp/huishoudelijke ondersteuning en/of hulp bij persoonlijke verzorging												
b. Bieden van dagopvang en/of dagbesteding												
c. Bieden van individuele begeleiding												
d. Bieden van beschermd wonen												
e. Bieden van maatschappelijke opvang												
f. Ondersteuning en begeleiding mantelzorgers												
g. Bieden van kortdurend verblijf van wege psychiatrische problemen												
h. Bieden van kortdurend verblijf in de zin van respijtzorg (ontlasten mantelzorger)												
i. Bieden van crisiszorg												
j. Hulp bieden in geval van huiselijk geweld en kindermishandeling via 'Veilig Thuis'												
k. Hulp en ondersteuning bieden aan vluchtelingen of asielzoekers												
l. Geen van bovenstaande taken												

* In loondienst in cliëntgebonden functies.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.3 Gespecificeerde taken die organisaties uitvoeren in het sociaal domein voor de doelgroep bijstandsgerechtigden, werkzoekenden en/of arbeidsgehandicapten (per branche, in procenten, meerdere antwoorden mogelijk)*

	Inkomensvoor- ziening levens- onderhoud	Ondersteuning vinden werk	Beschut werk	Handhaving en terug- vordering	Verstrekken bijzondere bijstand	Geen van bovenstaande
GGZ (n=8)						
Gehandicaptenzorg (n=52)	6	54	50	0		17
Huisartsenzorg (n=205)	0	5	0	0		95
Jeugdzorg (n=7)						
Kinderopvang (n=9)						
Re-integratie (n=81)	21	96	48	10		4
VVT (n=24)	29	63	17	8		25
WMD&SW (n=152)	11	59	23	1		34
Woningbouw (n=26)	4	15	12	4		81
Anders (n=23)	22	61	43	0		26
Gemeenten (n=84)	86	85	62	82	85	8

* In loondienst in cliëntgebonden functies.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Stellingen over de gevolgen van bezuinigingen

Tabel BC.4 Stelling: 'De bezuinigingen zijn van invloed op de kwaliteit van mijn dienstverlening'(per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=17)	65	18	18	0
Gehandicaptenzorg (n=57)	81	14	5	0
Huisartsenzorg (n=24)	75	17	8	0
Jeugdzorg (n=33)	85	9	3	3
Kinderopvang (n=79)	62	14	23	1
Re-integratie (n=38)	74	13	11	3
VVT (n=65)	71	17	11	2
Sociaal Werk (n=148)	72	15	14	0
Woningbouw (n=3)*	-	-	-	-
Anders (n=25)	80	12	8	0

* Niet weergegeven wegens lage n.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.5 Stelling: 'De bezuinigingen zijn van invloed op de arbeidsvoorwaarden van mijn werknemers'(per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=17)	53	35	12	0
Gehandicaptenzorg (n=57)	60	21	18	2
Huisartsenzorg (n=24)	58	17	21	4
Jeugdzorg (n=33)	64	18	18	0
Kinderopvang (n=79)	56	24	15	5
Re-integratie (n=38)	53	24	18	5
VVT (n=65)	63	17	17	3
Sociaal Werk (n=148)	51	28	20	1
Woningbouw (n=3)*	-	-	-	-
Anders (n=25)	60	28	8	4

* Niet weergegeven wegens lage n.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.6 Stelling: 'Als gevolg van bezuinigingen is de werkdruk gestegen' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=17)	88	6	6	0
Gehandicaptenzorg (n=57)	93	0	7	0
Huisartsenzorg (n=24)	96	4	0	0
Jeugdzorg (n=33)	97	0	3	0
Kinderopvang (n=79)	77	11	10	1
Re-integratie (n=38)	87	11	0	3
VVT (n=65)	89	9	0	2
Sociaal Werk (n=148)	91	5	4	1
Woningbouw (n=3)*	-	-	-	-
Anders (n=25)	96	4	0	0

* Niet weergegeven wegens lage n.

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Stellingen over veranderingen op de arbeidsmarkt van het sociaal domein

Stellingen werkinhoud

Tabel BC.7 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten mijn werknemers hun werk anders organiseren' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	66	17	11	6
Gehandicaptenzorg (n=124)	60	18	12	10
Huisartsenzorg (n=191)	54	25	18	3
Jeugdzorg (n=60)	72	10	13	5
Kinderopvang (n=214)	49	18	19	15
Re-integratie (n=75)	57	23	11	9
VVT (n=172)	60	21	12	7
Sociaal Werk (n=282)	63	18	11	8
Woningbouw (n=20)	60	30	5	5
Anders (n=41)	66	17	7	10
Gemeenten (n=105)	88	9	3	1

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.8 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten mijn werknemers steeds meer integraal werken' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	56	24	10	10
Gehandicaptenzorg (n=124)	43	31	11	14
Huisartsenzorg (n=191)	61	21	14	4
Jeugdzorg (n=60)	72	17	7	5
Kinderopvang (n=214)	42	23	14	21
Re-integratie (n=75)	53	24	7	16
VVT (n=172)	60	22	8	10
Sociaal Werk (n=282)	64	19	10	7
Woningbouw (n=20)	90	5	0	5
Anders (n=41)	59	15	10	17
Gemeenten (n=105)	96	2	0	2

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.9 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein hebben mijn werknemers meer taken gekregen' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	69	13	10	8
Gehandicaptenzorg (n=124)	71	17	6	6
Huisartsenzorg (n=191)	77	12	8	3
Jeugdzorg (n=60)	65	17	13	5
Kinderopvang (n=214)	65	14	9	12
Re-integratie (n=75)	69	15	5	11
VVT (n=172)	66	17	8	8
Sociaal Werk (n=282)	70	12	12	6
Woningbouw (n=20)	75	15	5	5
Anders (n=41)	61	22	7	10
Gemeenten (n=105)	80	13	4	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.10 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten mijn werknemers nieuwe kennis en vaardigheden aanleren' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	72	10	10	7
Gehandicaptenzorg (n=124)	69	20	6	6
Huisartsenzorg (n=191)	69	17	10	3
Jeugdzorg (n=60)	78	12	5	5
Kinderopvang (n=214)	76	6	7	11
Re-integratie (n=75)	72	16	4	8
VVT (n=172)	74	14	6	6
Sociaal Werk (n=282)	78	9	7	5
Woningbouw (n=20)	75	20	0	5
Anders (n=41)	68	12	10	10
Gemeenten (n=105)	97	1	0	2

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.11 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein zijn mijn werknemers meer gespecialiseerd geworden' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	43	35	13	10
Gehandicaptenzorg (n=124)	51	23	20	6
Huisartsenzorg (n=191)	46	34	18	3
Jeugdzorg (n=60)	52	25	18	5
Kinderopvang (n=214)	66	12	9	12
Re-integratie (n=75)	57	25	8	9
VVT (n=172)	57	24	11	8
Sociaal Werk (n=282)	51	26	16	7
Woningbouw (n=20)	25	55	15	5
Anders (n=41)	63	17	12	7
Gemeenten (n=105)	38	34	24	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.12 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten mijn werknemers zich flexibeler opstellen naar de cliënt' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	53	28	10	8
Gehandicaptenzorg (n=124)	60	23	11	6
Huisartsenzorg (n=191)	49	30	15	5
Jeugdzorg (n=60)	62	20	13	5
Kinderopvang (n=214)	49	19	16	16
Re-integratie (n=75)	48	25	15	12
VVT (n=172)	70	15	8	8
Sociaal Werk (n=282)	56	24	14	6
Woningbouw (n=20)	60	30	5	5
Anders (n=41)	61	20	7	12
Gemeenten (n=105)	70	19	9	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.13 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten mijn werknemers meer samenwerken met de afnemers/cliënten' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	54	22	13	11
Gehandicaptenzorg (n=124)	46	34	6	14
Huisartsenzorg (n=191)	61	22	9	8
Jeugdzorg (n=60)	60	25	8	7
Kinderopvang (n=214)	39	26	16	20
Re-integratie (n=75)	55	21	8	16
VVT (n=172)	57	23	9	10
Sociaal Werk (n=282)	59	23	11	7
Woningbouw (n=20)	65	30	0	5
Anders (n=41)	51	20	7	22
Gemeenten (n=105)	84	10	3	4

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.14 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten mijn werknemers meer samenwerken met andere professionals (intern en extern)' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	65	19	9	7
Gehandicaptenzorg (n=124)	57	26	3	14
Huisartsenzorg (n=191)	85	6	5	3
Jeugdzorg (n=60)	75	12	8	5
Kinderopvang (n=214)	57	21	9	13
Re-integratie (n=75)	65	19	9	7
VVT (n=172)	68	19	6	8
Sociaal Werk (n=282)	76	13	7	4
Woningbouw (n=20)	85	10	0	5
Anders (n=41)	71	15	5	10
Gemeenten (n=105)	95	1	1	3

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.15 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein moeten werknemers meer administreren' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	77	10	6	7
Huisartsenzorg (n=191)	72	17	7	3
Jeugdzorg (n=60)	87	5	3	5
Kinderopvang (n=214)	71	13	7	10
Re-integratie (n=75)	68	19	8	5
VVT (n=172)	67	19	9	6
Sociaal Werk (n=282)	69	16	9	6
Woningbouw (n=20)	55	30	10	5
Anders (n=41)	71	10	7	12
Gehandicaptenzorg (n=124)	91	3	0	6
Gemeenten (n=105)	63	26	6	6

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Stellingen arbeidsomstandigheden

Tabel BC.16 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein ervaren mijn werknemers een hogere werkdruk' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	62	16	14	8
Gehandicaptenzorg (n=124)	66	17	9	9
Huisartsenzorg (n=191)	69	20	7	4
Jeugdzorg (n=60)	73	8	13	5
Kinderopvang (n=214)	55	22	13	11
Re-integratie (n=75)	59	21	12	8
VVT (n=172)	63	23	9	6
Sociaal Werk (n=282)	63	20	11	6
Woningbouw (n=20)	45	25	25	5
Anders (n=41)	71	17	5	7
Gemeenten (n=105)	81	13	2	4

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.17 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein werken mijn werknemers meer buiten de deur van de organisatie' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	36	20	30	14
Gehandicaptenzorg (n=124)	34	26	26	14
Huisartsenzorg (n=191)	27	25	45	4
Jeugdzorg (n=60)	50	20	22	8
Kinderopvang (n=214)	12	16	52	20
Re-integratie (n=75)	33	28	29	9
VVT (n=172)	26	31	29	14
Sociaal Werk (n=282)	43	25	23	9
Woningbouw (n=20)	55	25	10	10
Anders (n=41)	34	34	20	12
Gemeenten (n=105)	71	19	6	4

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.18 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein is er meer sprake van onregelmatige werktijden' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	16	27	46	10
Gehandicaptenzorg (n=124)	26	34	29	11
Huisartsenzorg (n=191)	5	23	68	4
Jeugdzorg (n=60)	33	33	28	5
Kinderopvang (n=214)	17	18	47	18
Re-integratie (n=75)	12	27	51	11
VVT (n=172)	29	30	30	11
Sociaal Werk (n=282)	27	29	34	9
Woningbouw (n=20)	25	30	30	15
Anders (n=41)	32	29	27	12
Gemeenten (n=105)	29	39	29	4

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.19 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein is er meer sprake van fysieke belasting' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	12	35	42	11
Gehandicaptenzorg (n=124)	9	46	37	9
Huisartsenzorg (n=191)	8	27	60	4
Jeugdzorg (n=60)	13	40	38	8
Kinderopvang (n=214)	18	23	43	15
Re-integratie (n=75)	11	23	55	12
VVT (n=172)	33	35	25	7
Sociaal Werk (n=282)	13	27	50	10
Woningbouw (n=20)	0	20	65	15
Anders (n=41)	20	34	32	15
Gemeenten (n=105)	7	42	46	6

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma

Tabel BC.20 Stelling: 'Als gevolg van veranderingen in het sociaal domein is er meer sprake van mentale belasting' (per branche, in procenten)

	(zeer) eens	neutraal	(zeer) oneens	weet niet / n.v.t.
GGZ (n=35)	59	19	13	9
Gehandicaptenzorg (n=124)	51	29	11	9
Huisartsenzorg (n=191)	59	20	18	3
Jeugdzorg (n=60)	68	15	12	5
Kinderopvang (n=214)	49	22	16	13
Re-integratie (n=75)	55	20	16	9
VVT (n=172)	56	24	13	6
Sociaal Werk (n=282)	58	21	15	6
Woningbouw (n=20)	50	25	20	5
Anders (n=41)	68	22	2	7
Gemeenten (n=105)	73	17	5	5

Bron: enquête Regioplan (2019), in opdracht van het AZW-onderzoeksprogramma



ONDERZOEKSPROGRAMMA

ARBEIDSMARKT

ZORG & WELZIJN

www.azwinfo.nl