



Impactstudie

**Samenwerking eerstelijnszorg
en sociaal domein via
wijksamenwerkingsverbanden
en het RESV in Almere**

Juni 2026

In opdracht van ReHa

VitaValley

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	3
Inleiding	6
De SROI-analyse van Almere Haven	8
Theory of change WSV Almere Haven	10
De scenario's	11
Waarderingen - uitgangspunten	13
Waardering - inbreng	18
Waardering - opbrengsten	21
Social Return on Investment - samenvatting	28
Moeilijk monetariseerbare baten	32
Opschaling naar geheel Almere	33
Ecosysteemanalyse	36
Slotbeschouwing	40
Bijlage 1: Over de methode SROI	41
Bijlage 2: Referentieprijzen	42
Bijlage 3: Referenties	43
Bijlage 4: Deelnemers co-creatiesessie en spiegelsessies	49
Bijlage 5: Rapportages spiegelsessies Almere Kruidenwijk, Almere Stedenwijk en Almere Poort	51

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de impactstudie die we maakten voor de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein via wijksamenwerkingsverbanden (WSV's) – ook wel hechte wijkverbanden genoemd - en het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV) in Almere. Dat deden we in opdracht van de Regio-organisatie Huisartsen Almere (ReHa). Deze impactstudie – en de daartoe behorende Social Return on Investment (SROI)-analyse, de spiegelanalyses en de ecosysteemanalyse – is opgesteld in nauwe samenwerking met lokale betrokkenen waaronder eerstelijnszorg- en welzijnsprofessionals, gemeente Almere, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en betrokken inwoners.

Voor het inrichten van het WSV en RESV blijkt in de praktijk veel overleg tussen partijen nodig. Er zijn inmiddels verschillende handreikingen verschenen^(1,2), maar vaak gebeurt er lokaal al veel en is het enorm zoeken naar hoe goed samen te werken. In Almere hebben inmiddels 14 professies de handen ineengeslagen in de stuurgroep van het RESV. Er wordt hard gewerkt aan de opzet van het WSV, maar het succes en tempo verschilt per wijk/stadsdeel. Met name de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein blijkt uitdagend.

De ReHa wil de maatschappelijke waarde van een goede samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein inzichtelijk hebben om deze verder te kunnen verstevigen en bestendigen. Daarom brengen we, als onafhankelijke partij, in deze SROI-analyse de totale economische én sociale waarde van deze samenwerking in kaart in verschillende scenario's. We beredeneerden met alle betrokkenen de totale inbreng en verwachte opbrengsten voor een periode van 5 jaar. Dat deden we door interviews, deskresearch, een co-creatiesessie, een terugkoppeling en besprekingen naar aanleiding van de conceptrapportage.

Deze SROI-analyse geeft daarmee inzicht in de potentiële maatschappelijke kosten en baten: integraal, domeinoverstijgend en op langere termijn. Dit gezamenlijke inzicht is opgebouwd uit alles wat de betrokkenen weten, vermoeden en aannemen; uiteraard met de nodige bandbreedtes en onzekerheden, maar tegelijkertijd met voldoende robuustheid voor weloverwogen beleidskeuzes.

We maakten ook een analyse van het ecosysteem met daarin de werkingsmechanismen voor het RESV en de WSV's. Vervolgens brachten we in kaart waar welke belanghebbenden over welke thema's een dialoog kunnen voeren en welke invloed ze daarbij hebben.

Onze ambitie is om met dit document een breder doel te bereiken dan alleen een beleidsdialoog in Almere te faciliteren. Door het hele land worden WSV's en RESV's ingericht, ook daar is het van belang zicht te krijgen op de maatschappelijke waarde en hoe deze te borgen. We veronderstellen dat deze rapportage ook de dialoog in andere gemeentes ondersteunt.

Wij wensen u een constructieve dialoog, zorgvuldige besluitvorming en succesvolle implementatie.

Juli 2026

Auteurs: Laura Dogan, Maarten Ploeg, Pim Ketelaar en Marcel Canoy

In opdracht van:



Met dank aan financiering:



Met dank aan medewerking:



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Betrokken eerstelijnszorg- en welzijnspartijen
en inwoners

Managementsamenvatting

Dit document bevat een impactstudie van de samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein in Almere via wijksamenwerkingsverbanden (WSV's) en het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV). De studie analyseert de maatschappelijke waarde en economische impact van deze samenwerking, met een focus op Almere Haven en een doorvertaling naar andere wijken in Almere. De analyse is gebaseerd op een Social Return on Investment (SROI)-methode, gevoed door co-creatiesessies met betrokken partijen zoals zorgprofessionals, welzijnswerkers, gemeente, zorgverzekeraar en inwoners.

De visie Eerstelijnszorg 2030 stelt dat elke regio een aanspreekbare eerstelijnszorg moet hebben, met een RESV waarin alle eerstelijnsdisciplines vertegenwoordigd zijn.⁽³⁾ WSV's worden ingericht om de samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal domein te versterken, met als doel knelpunten in de wijk inzichtelijk te maken en samenwerkingsafspraken te maken en na te leven. Almere heeft de ambitie om in totaal tien WSV's in te richten.

Een SROI van deze interventie is uitdagend om meerdere redenen. Ten eerste is men in Almere pas recentelijk begonnen met de WSV's, waardoor het gebruik van historische data maar beperkt mogelijk is. Ten tweede is het niet altijd gemakkelijk een causaal verband te leggen tussen een gelaagde samenwerkingsinterventie en uitkomstmaten. Ten derde was de opdracht om – ondanks de eerste twee uitdagingen – een beeld te schetsen voor heel Almere, terwijl in sommige wijken men nog helemaal niet is begonnen en er ook duidelijke verschillen zijn tussen de wijken.

VitaValley is op de volgende manieren omgegaan met deze uitdagingen. We hebben besloten twee scenario's te schetsen. Eén die de huidige situatie zo goed mogelijk beschrijft en één die gezien kan worden als een ambitiescenario, een wenkend perspectief als de samenwerking zich verder goed ontwikkelt. Om recht te doen aan de verschillen én om zo concreet mogelijk te zijn hebben we als basis een wijk genomen waar het WSV al is ontwikkeld: Almere Haven. Vervolgens hebben we drie spiegelsessies in andere wijken gedaan met als doel om te bezien in welke mate de inzichten uit Haven vertaalbaar zijn naar andere wijken.

We komen tot de volgende bevindingen. Zowel voor Haven als voor Almere als geheel is de huidige situatie nauwelijks maatschappelijk rendabel. Zelfs voor Almere Haven is de SROI-ratio 1,1 wat wil zeggen dat de interventie zo'n beetje quitte speelt.

Daar mag niet de conclusie uit getrokken worden dat investeringen in WSV's niet renderen. Het is goed te begrijpen waarom de WSV's in de huidige situatie nog niet voldoende renderen omdat veel wijken nog in de opstartfase zitten, en bijvoorbeeld de hoeveelheid deelnemers bij activiteiten nog beperkt is. Bezien we het ambitiescenario, dan is het beeld al veel gunstiger: een SROI-ratio van 3,7, waarbij opvalt dat er ook veel stevigere baten zijn voor de gemeente en zorgverzekeraars.

De verschillen tussen de wijken zijn merkbaar, maar hoeven in de context van de SROI-analyse van WSV's niet uitvergroot te worden. Uiteindelijk maakt het voor een samenwerkingsverband niet heel veel uit wat de doelgroep is en wat de uitdagingen zijn. In alle gevallen is het wenselijk en maatschappelijk rendabel als die samenwerking goed verloopt immers.

Het is niet automatisch dat de positieve ratio uit het ambitiescenario bereikt wordt door initiatieven meer tijd te geven. Het gaat om meer dan een tijdsinvestering, denk aan capaciteit, een gedeelde visie, heldere rollen en de betrokkenheid van inwoners. Uit de co-creatiesessies en de ruime ervaring die VitaValley heeft met vergelijkbare initiatieven elders in het land destilleerden we de volgende werkingsmechanismen die bijdragen aan succes.

1. Basisinfrastructuur

In sommige wijken is de basisinfrastructuur niet op orde: geen goede plek voor de jeugd, geen voetbalvelden of een buurthuis. Zonder deze ontmoetingsplekken is samenwerken dweilen met de kraan open. Wat ook helpt is een fysieke omgeving die uitnodigt tot ontmoeten. Hier begint het allemaal mee, als er geen beweging is op dit domein, is de rest een stroef verhaal.

2. Vermogen om bewoners goed te betrekken

In sommige wijken slaagt men er beter in om bewoners te betrekken dan in andere wijken. Dat vermogen is van grote invloed op de baten. Dat bleek niet alleen tijdens de co-creatiesessies, maar weten we ook uit onderzoek van andere voorbeelden in het land.

3. Afgestemd aanbod

De bevolkingssamenstelling tussen wijken verschilt. Op zich hoeft dat de baten van samenwerking niet sterk te beïnvloeden, maar soms wel. Bijvoorbeeld als de basisinfrastructuur niet op orde is en men weet de bewoners niet goed te betrekken, dan is de samenstelling een enorm versterkende factor: men trekt zich terug in de eigen gemeenschap.

4. Gebruiken wat er al is

We hebben gemerkt dat de baten van samenwerking ook samenhangt met wat er al was voor de WSV's. In sommige wijken ging het al vrij goed, in andere wijken moest alles nog opstarten. Uiteraard geldt dat de baten van een WSV dan verschillen ten opzichte van wat er al is.

5. Samenwerkingscultuur bij professionele partijen

De financiering van professionele partijen is niet altijd behulpzaam bij het tot stand komen van vruchtbare samenwerkingen. De financiering kunnen we zeker op korte termijn niet veranderen. De cultuur binnen organisaties doet er dan toe. Het vermogen om in te zien dat op langere termijn alle partijen winnen bij een effectieve samenwerking verschilt enorm tussen verschillende organisaties. Dat kan ook impact hebben op de verschillen tussen wijken.

6. Voldoende activiteiten beschikbaar, nu nog de samenwerking

Er zijn heel veel activiteiten ontwikkeld, in Almere en natuurlijk ook in andere gemeentes. Geïsoleerde professionals en organisaties hebben de neiging om ze alleen uit te voeren en regelmatig ook opnieuw te ontwikkelen wat opschaling niet bevordert. Bij goede samenwerking wordt meer doorverwezen en worden meer typen activiteiten benut. De toegevoegde waarde van een WSV is netwerkvorming, vertrouwen en toegankelijkheid vergroten.

Tot slot maakten we een analyse van de invloed die belanghebbenden hebben op het goed ontwikkelen van WSV's in het ecosysteem. De impactstudie laat zien dat het functioneren van WSV's en het RESV draait om drie kernproblemen. Er is een versnippering tussen zorg en sociaal domein, te late signalering en hoge druk op professionals. Veel zorgvragen kunnen eigenlijk sociaal opgelost worden. In een WSV kan domeinoverstijgende samenwerking vorm krijgen en het RESV kan regionale afstemming bevorderen. Doel is proactieve signalering, juiste zorg op juiste plek, betere toegankelijkheid en kwaliteit en meer samenwerking tussen professionals én inwoners.

Het functioneren van WSV's is niet primair structuurgedreven, maar gedrags- en samenwerkingsgedreven. De grootste afhankelijkheden zitten in zorgorganisaties (verwijsgedrag), welzijnsorganisaties (alternatief aanbod) en inwoners (participatie). De grootste hefboom voor opschaling ligt bij de ministerie van VWS, zorgverzekeraar, gemeente en RESV.

De uitkomsten van deze studie kunnen benut worden om een discussie aan te gaan over de benodigde financiële middelen van een WSV. Op dit moment worden de WSV's gefinancierd vanuit het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV). Het RESV kent 5 taken. De ondersteuning van het WSV waaronder de financiering, valt onder taak 4. Tot 31 december 2026 wordt het RESV gefinancierd vanuit de ZonMw subsidie Versterking Eerstelijns, vanaf 2027 is de zorgverzekeraar financieel verantwoordelijk. Daarvoor is bij de NZA een experimentele beleidsregel geschreven en een prestatiecode gemaakt. Tot 2032 wordt het RESV en daarmee het WSV vanuit een experimentele kostenstructuur gefinancierd voor 5 jaar. Na 2032 vindt evaluatie plaats en wordt de financiering voor het RESV structureel ingericht.

Inleiding

In de Visie Eerstelijnszorg 2030 wordt beschreven dat: “Elke regio een aanspreekbare eerstelijnszorg heeft”. Concreet betekent dat er “per regio wordt toegewerkt naar een regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband waar de eerstelijnsdisciplines in zijn vertegenwoordigd”. Overal in het land wordt gewerkt aan de inrichting van deze Regionaal Eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV), zo ook in Almere. Daarnaast wordt in de visie beschreven dat er gewerkt moet worden aan een betere samenwerking tussen disciplines en een sterkere verbinding met het sociaal domein. Hiervoor worden wijksamenwerkingsverbanden (WSV's), ook wel hechte wijkverbanden, ingericht met daarin in elk geval een huisarts, wijkverpleegkundige, sociaal werker en apotheker. WSV's dienen op wijkniveau knelpunten inzichtelijk te maken, zodat die kunnen worden opgepakt door het wijkverband of door het RESV. Het RESV is er om de WSV's te ondersteunen bij (complexe) regionale vraagstukken. Daarnaast is het WSV er om samenwerkingsafspraken te maken (denk aan implementatie programma's, communicatie, taakverdeling, doorverwijzing, gegevensuitwisseling, etc.) en ervoor te zorgen dat deze worden nageleefd.(3)

Voor het inrichten van WSV's en het RESV blijkt in de praktijk veel overleg tussen partijen nodig. Er zijn inmiddels verschillende handreikingen verschenen, maar vaak gebeurt er lokaal al veel en is het enorm zoeken naar hoe goed samen te werken. In Almere hebben inmiddels 14 professies de handen ineengeslagen in de stuurgroep van het RESV. Er wordt hard gewerkt aan de opzet van de WSV's, maar het succes verschilt per wijk/stadsdeel. Met name de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein blijkt uitdagend.

In Almere wil met het RESV tien wijksamenwerkingsverbanden gaan ondersteunen. In een deel van het stadsdeel Haven komt inmiddels een WSV op gang, in andere wijken moeten deze nog (grotendeels) starten en zoeken partijen hoe zij de samenwerking vorm gaan geven. Medio 2026 besluiten zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeente Almere over een plan en begroting van het RESV voor het jaar 2027.

Een noodzakelijk werkend element bij het opzetten van WSV's is aansluiten bij de in de wijk aanwezige samenwerkingsverbanden en de activiteiten die al worden uitgevoerd. Dat zijn er vaak al heel veel. Bijvoorbeeld Welzijn op Recept, Voorzorgcirkels of wandelgroepen komen op heel veel plekken voor, al gebruiken ze er regelmatig andere namen voor. Als het WSV bij deze activiteiten – en de partijen die ze organiseren – aansluit, benut je de energie en kun je inspireren om erop voort te bouwen.

Deze impactstudie is erop gericht om de (potentiële) maatschappelijke waarde van een sterke samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal domein – via WSV's en ondersteund door het RESV – in kaart te brengen. Dit doen we door een SROI-analyse van de wijk Haven waarin we werken met 2 scenario's. Een minimaal scenario waarin de samenwerking opstartend is (huidige situatie) en een potentieel scenario waarin wordt geschetst wat de samenwerking in potentie teweeg kan brengen. Daarnaast zijn in drie andere wijken (Kruidenwijk, Stedenwijk Midden en Poort) spiegelsessies uitgevoerd waarmee een doorvertaling van de potentiële impact voor geheel Almere is gemaakt.

Bij transformaties in de zorg en het sociaal domein ontstaan vaak vragen over de gerealiseerde impact. Daarbij gaat het niet alleen om hoeveel euro's een geïnvesteerde euro oplevert maar ook wie ervan profiteert, wanneer en hoe zeker de baten zijn. De Social Return On Investment (SROI)-methode is een gestructureerde en gevalideerde methode om, gezamenlijk met alle belanghebbenden, een geloofwaardige maatschappelijke kosten-batenanalyse te maken.

Daarnaast heeft de ReHa aan VitaValley gevraagd om het speelveld rondom de WSV's en het RESV inzichtelijk te maken. Immers, het WSV en het RESV ontwikkelt zich in een complex ecosysteem, op wijk-, regio- en landelijk niveau. Deze rapportage bevat daarom ook een ecosysteemanalyse van de betrokken partijen en onderlinge afhankelijkheden.

De SROI-analyse van Almere Haven

Deze Social Return On Investment (SROI)-analyse van de samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein in Almere Haven via de wijksamenwerkingsverbanden (WSV's) betreft een analyse van twee scenario's: een minimaal scenario waarin de samenwerking opstartend is (huidige situatie) en een potentieel scenario waarin wordt geschetst wat de samenwerking in potentie teweeg kan brengen.

Er is voor een scenario-analyse gekozen, omdat er op dit moment nog geen retrospectieve data beschikbaar is. Deze analyse is prospectief uitgevoerd, op basis van alles wat we op dit moment weten, vermoeden en aannemen.



Figuur 1: Co-creatiesessie Almere Haven

Leeswijzer

Deze rapportage volgt de stappen zoals voorgeschreven vanuit de SROI-methode. Zie [bijlage 'Over de methode SROI'](#) voor een toelichting op de methode.

Theory of Change

Voordat we aan de slag kunnen gaan met het monetariseren van de baten, is een aantal stappen nodig. Ten eerste willen we scherp krijgen wat we nu precies meten. Waar bestaat de interventie precies uit? Ten tweede willen we verhalenderwijze context geven aan de scenario's. Ten derde brengen we in kaart wie betrokken zijn en belanghebbend zijn.

Waarderen van inbreng en opbrengsten

Vervolgens beredeneren we de benodigde inbreng en opbrengsten voor een periode van 5 jaar. Waar mogelijk geven we een monetaire waarde aan deze inbreng en opbrengsten en doen we een uitspraak waar en wanneer de opbrengsten neerslaan en hoe zeker de opbrengsten zijn.

Social Return on Investment

Dit leidt tot een samenvatting van de Social Return on Investment voor de twee scenario's. Op basis van alles wat we gemonetariseerd hebben concluderen we de SROI-ratio's en geven we inzicht in hoe de kosten en baten verdeeld zijn over de belanghebbenden.

Moeilijk monetariseerbare baten

We geven een overzicht van baten die of niet in euro's zijn uit te drukken of met zulke grote onzekerheden gepaard gaan dat het te speculatief wordt om er een getal op te plakken. Maar dat betekent niet dat ze er niet zijn; we weten alleen niet hoe groot.

Doorvertaling geheel Almere

Op basis van de spiegelsessies beschrijven we wat de maatschappelijke impact van de WSV's voor geheel Almere kan zijn.

Ecosysteemanalyse

Aanvullend op de SROI-analyse brengen we het speelveld en de onderlinge afhankelijkheden rondom de WSV's en het RESV in kaart.

Slotbeschouwing

Op basis van de SROI-analyse aangevuld met het overzicht van moeilijk monetariseerbare baten, de doorvertaling voor geheel Almere en de ecosysteemanalyse, trekken we conclusies voor de ReHa en betrokken partijen om keuzes te maken rondom het vervolg van de WSV's.

Theory of change WSV Almere Haven

Wat is het probleem

De toegankelijkheid van zorg in Almere staat onder druk. Er is sprake van een meer dan gemiddelde vergrijzing en sociale kwetsbaarheid.(4) Dit leidt tot een toename van de vraag naar zorg, maar er is ook een gebrek aan zorgpersoneel. Op dit moment is de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein onvoldoende sterk. De ondersteuning is versnipperd, signalering vindt vaak te laat plaats en professionals ervaren een enorm hoge werkdruk. Veel ondersteuningsvragen, die nu in het medisch domein gesteld worden, kunnen in het sociaal domein worden opgelost.(5)

Wat wordt daaraan gedaan

In heel Almere worden wijksamenwerkingsverbanden (WSV's) ingericht. Hierin werken professionals uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein nauw samen. Daarnaast staat het inbedden van inwonerparticipatie centraal om samen te werken met inwoners, vanuit bestaande behoeften.(6)

Wat zijn daarbij de doelen

Doel is het realiseren van een hechte samenwerking tussen professionals uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein, zodat er proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen en knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn in de wijk. Doel is om positieve gezondheid uit te dragen en te werken aan de juiste zorg op de juiste plek om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te verbeteren voor alle inwoners.

Tijdshorizon en scope

We kijken over een periode van 5 jaar: 2026 t/m 2030. De SROI-analyse richt zich op de extra maatschappelijke kosten en baten die gepaard gaan met de inzet van het WSV in Almere Haven.

De scenario's

De inrichting van het wijksamenwerkingsverband – en de versterking van de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein – zijn op dit moment nog opstartend. Er is nog geen jarenlange ervaring en data beschikbaar. Daarom hebben we ervoor gekozen om met een tweetal scenario's te werken.

Scenario 1: Minimaal

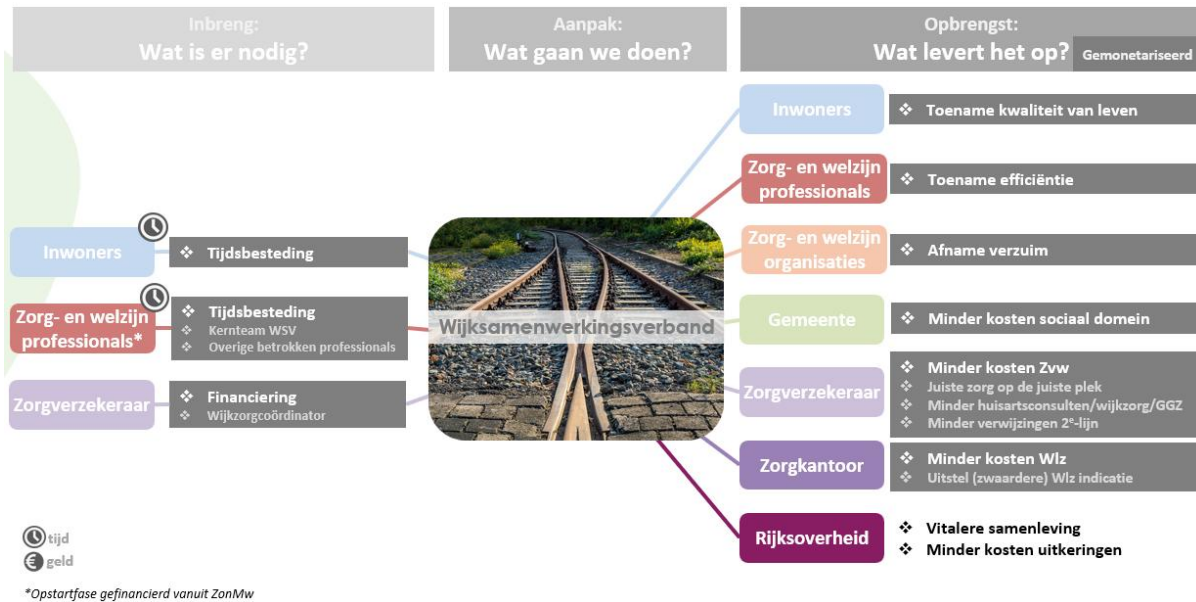
In dit scenario bekijken we de maatschappelijke impact wanneer het wijksamenwerkingsverband zich in de opstartfase bevindt. Dit is de huidige situatie in Almere Haven. Er wordt veel energie gestoken in het versterken van het lokale netwerk, het inzichtelijk maken van bestaand aanbod en het betrekken van inwoners. In dit scenario gaan we ervan uit dat door de ontwikkeling binnen het wijksamenwerkingsverband, steeds meer inwoners de juiste, al bestaande, ondersteuning/aanbod ontvangen. Daarnaast verwachten we dat het WSV zorgt voor effectievere zorg en ondersteuning voor een kleine groep inwoners met complexe problematiek. Dit scenario schetst wat de minimale waarde is van het wijksamenwerkingsverband.

Scenario 2: Potentieel

Dit scenario schetst de potentiële impact van een sterke samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein. In dit scenario is het WSV voorbij de opstartfase. Professionals weten elkaar goed te vinden en werken samen met elkaar en met actieve bewoners. We veronderstellen dat in dit scenario nóg meer inwoners de juiste, al bestaande en nieuw aanbod/ondersteuning ontvangen. Ook steeds meer inwoners met complexe problemen worden bereikt. Daarnaast zijn er meer professionals en inwoners actief betrokken.

Impactmodel

Als belangrijke stap in het proces dat we met alle betrokkenen doorliepen, maakten we een impactmodel (zie Figuur 2). In dit model wordt inzichtelijk gemaakt wie de belanghebbenden zijn, wie er welke inbreng heeft en wat ieders opbrengsten zijn. In het impactmodel geven we ook aan welke opbrengsten gemonetariseerd (in geld uitgedrukt) zijn en welke niet.



Figuur 2: Impactmodel

In deze modellering gaan we uit van de belanghebbenden die de inbreng/opbrengsten hebben, verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van de verschillende wetten (Wmo, Zvw, Wlz), en die dus afspraken moeten maken over de duurzame financiering van het RESV met daarinbinnen het WSV.

In de volgende hoofdstukken werken we de monetarisering van de inbreng en opbrengsten verder uit.

Waarderingen - uitgangspunten

Algemeen

- We bouwen deze SROI-analyse op uit alles wat we (d.w.z. alle betrokkenen) **weten, vermoeden en aannemen**:
 - Weten:
Data uit onderzoek, monitors (7–10), registratiedata, declaratiedata (Vektis, Gemeentezorgspiegel) (11,12), referentieprijzen (Zorginstituut Nederland) (13), tarieven (NZa) (14), Regiobeelden (15), registratie van activiteiten en deelnemers (16,17).
 - Vermoeden:
Demografie (8,18), epidemiologie (19), arbeidsmarkt (20), beleid (21,22), regioplannen (15).
 - Aannemen:
Gezamenlijke inschattingen, co-creatiesessie(23), terugkoppelingen, kennissynthesen.
- We baseren ons op de **Theory of Change** en het **impactmodel** (zie hiervoor).
- We maken een prospectieve SROI-analyse over een **periode van 5 jaar**.

Aannames

Een vaak gehoord argument is dat SROI-analyses kwetsbaar zijn, omdat ze gebaseerd zijn op aannames. Op zich is dat juist. Voor alle prospectieve analyses - waaronder deze - geldt dat we geen glazen bol in onze binnenzak hebben. Sommige trends en baten zijn robuust, andere baten zijn moeilijker met enige precisie in te schatten. We gaan daar op drie manieren mee om.

Ten eerste zijn we transparant over de aannames. Als de lezer andere aannames meer plausibel acht, kan een inschatting gemaakt worden wat daarvan de consequenties zijn.

Ten tweede toetsten we de aannames via co-creatie in de praktijk, onder meer door het voeren van gesprekken en diverse co-creatiesessies met alle stakeholders.

Ten derde zijn we tamelijk conservatief. Sommige aannames zijn 'neutraal' in de zin dat ze even goed kunnen meevallen als tegenvallen. De uitbreiding van het aantal deelnemers aan activiteiten is bijvoorbeeld zo'n inschatting. Echter, wanneer we twijfelen, gaan we niet voor een 'maximum' claim maar zijn we conservatief. Bovendien zijn er veel baten die we niet goed kunnen vatten in een robuust getal. Die baten zijn weliswaar reëel en blijken ook uit ervaringen elders, maar hebben we buiten de berekening gehouden. De kosten, aan de andere kant, zijn vrij goed voorspelbaar en kunnen daarom minder snel tegenvallen. Om deze redenen is er ook geen 'plus of min zoveel procent' foutmarge, maar zullen in de praktijk de baten eerder meevallen dan tegenvallen, zeker op de iets langere termijn.

Kentallen Almere

De kentallen voor demografie, gezondheid en kosten in het sociaal- en zorgdomein zijn samengevat in onderstaande tabel. We baseren ons op de gegevens van het CBS (18), Buurtadvies.nl (24), RIVM (25), Vektis (8) en de gemeente Almere (26).

Tabel 1: Kentallen Almere

Belanghebbenden	Inwoners	Gemeente	Zorg-verzekeraar	Zorgkantoor	Nederland gemiddeld 2024
Domein		Sociaal domein	Zvw	Wlz	
Aantal inwoners gemeente Almere	229.574				18.073.424
Aantal inwoners Almere Haven	24.310				
Ervaren gezondheid Almere:	65,08				69
% ervaart veel stress	23,0%				20,7%
% moeite met rondkomen	18,2%				20,5%
% voelt zich eenzaam	50,8%				49,2%
% arbeidsparticipatie	72,0%				65,0%
% vrijwilligerswerk	19,2%				23,8%
% mantelzorger	12,8%				13,5%
% roker	16,4%				18,0%
% normaal gewicht	44,8%				46,6%
% voldoet aan beweegrichtlijn	46,5%				46,8%
% drinker	72,3%				77,7%
% (zeer) hoge veerkracht	53,0%				49,3%
% mist steun	7,4%				6,4%
Totale uitgaven sociaal domein Almere (2026):		€ 494.643.000			€ 36.295.000.000
Gemiddelde uitgaven sociaal domein per inwoner		€ 2.155			€ 2.008
Waarvan Samenkracht en burgerparticipatie		€ 39.355.000			
Totale uitgaven WMO maatwerk Almere (2024):		€ 36.997.000			€ 4.507.141.000
Gemiddelde uitgaven WMO per inwoner		€ 161			€ 249
Aantal Wmo maatwerk cliënten Almere		8.875			
% van aantal inwoners		3,9%			
Gerealiseerde uitgaven Wmo maatwerk per client		€ 4.169			
Totale Zvw uitgaven Almere (2024):			€ 672.904.600		€ 58.722.059.340
Gemiddelde Zvw kosten per inwoner			€ 2.931		€ 3.249
Gemiddelde Zvw kosten per inwoner - 65+			€ 7.202		€ 6.800
Totale Wlz uitgaven Almere (2024):				€ 276.260.560	€ 35.650.431.190
Gemiddelde Wlz uitgaven per inwoner				€ 1.203	€ 1.973
Aantal Wlz cliënten				3525	435.315
% van aantal inwoners				1,5%	2,4%
Gemiddelde Wlz uitgaven per cliënt (18+)				€ 78.372	€ 81.896

Activiteiten en extra bereikte inwoners

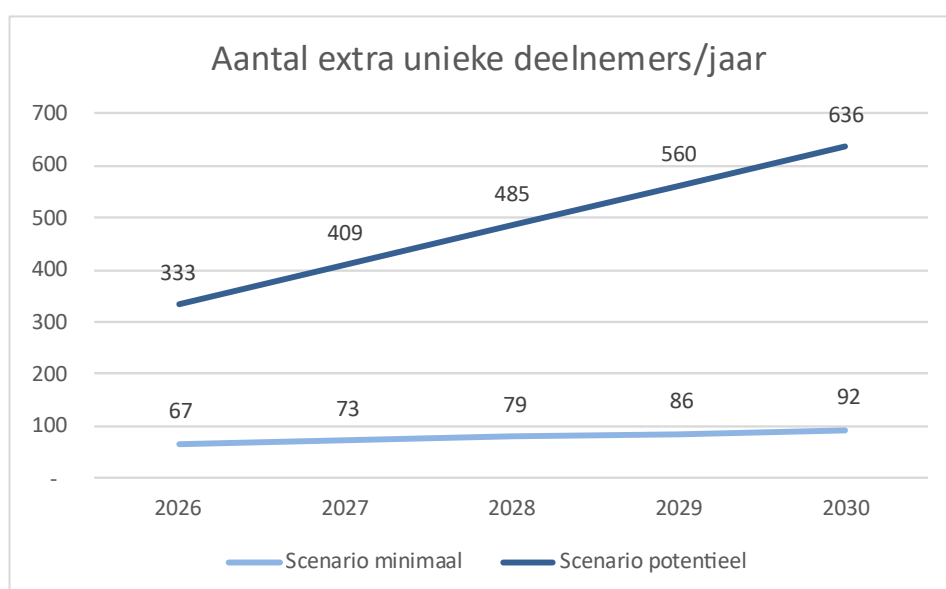
In Almere Haven worden, op verschillende thema's, al veel activiteiten georganiseerd. Denk aan voorzorgcirkels, een verpleegkundig inlooppreekuur, beweegactiviteiten en ontmoetingsmogelijkheden.(16,17) De diverse activiteiten verbinden en ondersteunen de inwoners.

In Tabel 2 staan de soorten activiteiten en huidige deelnemersaantallen beschreven. De activiteiten zijn onderverdeeld in clusters; de lokale naam kan veranderen, maar de soorten activiteiten blijven over de jaren gelijk. Dit is een eerste schets op basis van de huidige inzichten. Er is geen compleet overzicht met activiteiten en deelnemersaantallen.

We hebben een inschatting gemaakt van de impact van het WSV op toeleiding van inwoners naar activiteiten. In het minimale scenario verwachten we een lichte stijging t.o.v. de huidige deelnemersaantallen. Door de opstartende samenwerking zullen er naar verwachting, door betere toeleiding, extra deelnemers aan de bestaande activiteiten gaan deelnemen. We gaan uit van een stijging van 10-15% over de periode van 5 jaar.

In het potentiële scenario verwachten we een grotere stijging van het aantal deelnemers t.o.v. de huidige situatie. Wanneer het WSV staat en de samenwerking tussen de professionals sterk is, dan zullen daardoor steeds meer inwoners het juiste aanbod/ondersteuning vinden. We gaan uit van een stijging van 20-40% t.o.v. de huidige deelnemersaantallen over de periode van 5 jaar. Daarnaast verwachten we dat er in dit scenario – door de versterkte samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein én met betrokken inwoners – ook nog een aantal extra activiteiten zullen ontstaan. Tijdens de co-creatiesessies is er o.a. gesproken over een sociaal café en maatjestrjecten.

Bovenstaande leidt tot de volgende prognoses voor de deelnemersaantallen in de twee scenario's, weergegeven in Figuur 3:



Figuur 3: Aantallen extra unieke deelnemers aan activiteiten per jaar in de twee scenario's

Tabel 2: Activiteiten en aantal deelnemers huidige situatie, scenario minimaal en scenario potentieel

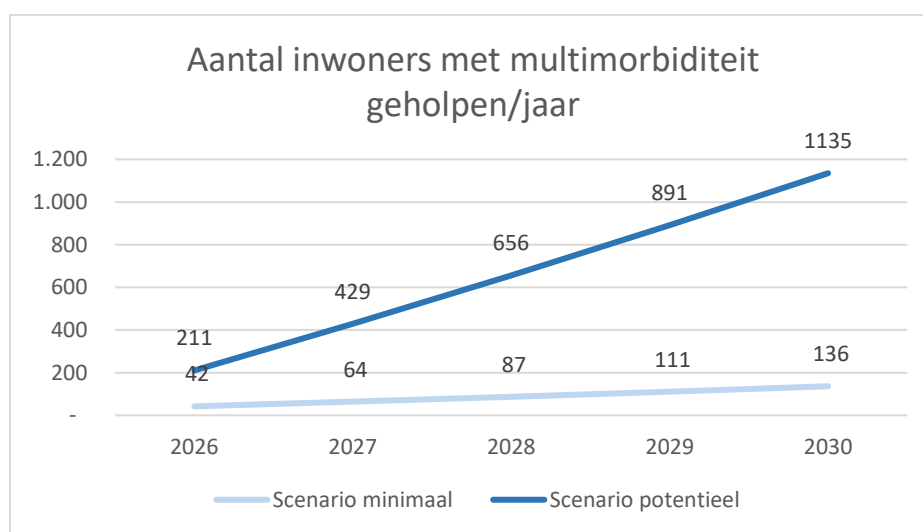
Cluster	Activiteit Haven	Aantal deelnemers (huidige situatie)
Samenredzaamheid	Voorzorgcirkels	30
Sociaal Verwijzen	Welzijn op Recept	75
Beweegactiviteiten	Zitgym, Dans en balans, 70+ in beweging, 55+ Recreatie sport	95
Wandelgroep	Social walk	20
Valpreventie	Smartfloor	30
Ontmoeting	Bruis, koffie-inloop	150
Eet en ontmoet	Eettafel	45
Creatieve activiteiten	Teken Cirkel, Creacub, Haak Club, Naai Atelier	80
Zorg en ondersteuning	Verpleegkundig inloopspreekuur	20
	Totaal	545

Inwoners met complexe problematiek

Het WSV zorgt niet alleen voor betere toeleiding naar (bestaand) aanbod/activiteiten. Er wordt verwacht dat het WSV ook een grote rol kan gaan spelen voor mensen met complexe problematiek, zoals multimorbiditeit. Het WSV leidt tot betere transmurale samenwerking, casemanagement, vroegsignalering en het voorkomen van escalatie naar specialistische zorg.

Wanneer we spreken over multimorbiditeit, dan gaat het over het hebben van twee of meer chronische aandoeningen. Dit komt voor bij 34% van de Nederlandse bevolking.(27) Gezien de demografie, is het goed voor te stellen dat dit percentage in Haven nog hoger ligt dan het landelijk gemiddelde. Voor deze analyse houden we ons toch vast aan de bekende 34%, bijna 8.500 inwoners.

Voor beide scenario's hebben we een inschatting gemaakt van het aantal inwoners met multimorbiditeit die door het WSV effectiever geholpen gaan worden. In het minimale scenario gaan we uit van 0,5% in het eerste jaar, oplopend tot 1,5% in het vijfde jaar. In het potentiële scenario werken we met een grotere stijging – aangezien we verwachten dat een goed ontwikkeld WSV leidt tot betere ondersteuning van deze doelgroep – van 2,5%-12,5% over de periode van 5 jaar. In Figuur 4 is deze opschaling weergegeven.



Figuur 4: Aantallen inwoners met multimorbiditeit geholpen door WSV per jaar in de twee scenario's

Opschaling 2025-2030

Hierboven is beschreven welke gevolgen de versterkte samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein via het WSV kan hebben voor de inwoners van Haven. Daarnaast zal het WSV ook invloed hebben op de in Haven werkzame professionals. Hieronder schetsen we per scenario wat de verwachtingen zijn.

Betrokken professionals

Het WSV heeft een kernteam van vier professionals. Dit is zowel in het minimale als in het potentiële scenario het geval. Het kernteam bestaat uit een huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en een professional van het sociaal domein. Daarnaast zijn er binnen het WSV nog meer professionals uit zorg- en welzijn betrokken. Zij zitten niet in het kernteam, maar nemen wel deel aan domeinoverstijgende bijeenkomsten en zetten zich in om de samenwerking in de wijk te verstevigen.

Doordat het WSV zich ontwikkelt, zal het aantal betrokken professionals groeien. In het minimale scenario veronderstellen we een groei van 1%-15% over de periode van 5 jaar. In het potentiële scenario gaan we uit van een groei van 2%-30% over diezelfde periode.

Er zullen ook professionals zijn die zelf niet direct deelnemen aan de bijeenkomsten, maar die wel de baten ervaren doordat de samenwerking in de wijk hechter wordt. Ook hier veronderstellen we een groei van het aantal baathebbende professionals over de periode van 5 jaar: 2%-30% in het minimale scenario en 4%-60% in het potentiële scenario. Deze opschaling is terug te zien in Tabel 3.

Tabel 3: Betrokken professionals

	2026	2027	2028	2029	2030
#Professionals Almere Haven werkzaam in zorg en welzijn - excl. 2e-lijn	1.355	1.381	1.407	1.434	1.461
#Professionals in kernteam WSV	4	4	4	4	4
%Professionals betrokken bij WSV – minimaal scenario	1%	2,5%	5%	10%	15%
#Professionals betrokken bij WSV – minimaal scenario	14	35	70	143	219
%Professionals betrokken bij WSV – potentieel scenario	2%	5%	10%	20%	30%
#Professionals betrokken bij WSV – potentieel scenario	27	69	141	287	438
%Professionals baat bij WSV – minimaal scenario	2%	5%	10%	20%	30%
#Professionals baat bij WSV – minimaal scenario	38	98	200	407	622
%Professionals baat bij WSV – potentieel scenario	4%	10%	20%	40%	60%
#Professionals baat bij WSV – potentieel scenario	77	196	399	814	1.244

Waardering - inbreng

De inbreng die we monetariseren betreft de kosten voor:

- Zorg- en welzijnsprofessionals
 - Tijdsinvestering kernteam WSV
 - Tijdsinvestering overige betrokken professionals
- Zorgverzekeraar
 - Tijdsinvestering wijkzorgcoördinator
- Actieve inwoners
 - Tijdsinvestering samenwerking met WSV

In onze SROI-analyses maken we gebruik van referentieprijzen om maatschappelijke kosten en baten op een consistente en onderbouwde manier te monetariseren. Deze referentieprijzen zijn gebaseerd op erkende bronnen zoals het CBS, CPB, Zorginstituut Nederland en andere publieke data. Door gebruik te maken van deze gestandaardiseerde kengetallen zorgen we voor transparantie, vergelijkbaarheid en navolgbaarheid van de berekeningen. Het gebruik van referentieprijzen is daarbij ook noodzakelijk. Contract- en uurtarieven zijn vaak bedrijfsvertrouwelijk en kunnen, wanneer ze openbaar worden gemaakt, het gelijke speelveld verstoren. Daarom zijn deze tarieven niet geschikt als basis voor een transparante en reproduceerbare impactanalyse.

Scenario 1: Minimaal – gemiddeld over 5 jaar*

- Zorg- en welzijnsprofessionals**:
 - €6.216 gemiddeld aan tijdsinvestering kernteam WSV per jaar
 - Het kernteam bestaat uit 4 professionals (huisarts***, apotheker, wijkverpleegkundige en professional van het sociaal domein), die ieder 24 uur per jaar besteden aan taken binnen het kernteam. We rekenen met een gemiddeld uurtarief van €62 voor professionals werkzaam in de eerstelijnszorg en het sociaal domein (13,28).
 - €51.172 gemiddeld aan tijdsinvestering vanuit overige direct betrokken professionals per jaar
 - Naast het kernteam zijn er nog meer professionals betrokken binnen het WSV (zie [Opschaling](#)). Zij investeren ook éxtra tijd in de ontstane samenwerking. We verwachten dat iedere professional zo'n 4 extra bijeenkomsten bijwoont per jaar à 8 uur in totaal. Ook hier rekenen we met het gemiddeld uurtarief van €62 voor professionals werkzaam binnen de eerstelijnszorg en het sociaal domein (13,28).
- Zorgverzekeraar:
 - €33.414 gemiddeld aan tijdsinvestering wijkzorgcoördinator per jaar
 - In 2026 betreft dit een tijdsinvestering van 4 uur per week en vanaf 2027 gaat het om 10 uur per week. We rekenen met een uurtarief van €69 voor een coördinator (conform salarisschaal 9 HOT(29)). De wijkzorgcoördinator wordt gefinancierd vanuit de O&I Wijk gelden. We gaan er in deze modellering van uit dat dit zo blijft.
- Betrokken inwoners:
 - €894 gemiddeld aan tijdsinvestering vanuit betrokken inwoners per jaar
 - Binnen het WSV zullen er een aantal inwoners actief betrokken zijn. Zij investeren ook extra tijd aan deze samenwerking. We verwachten dat het

gaat om 5 actief betrokken inwoners met een tijdsinvestering van 8 uur per jaar per persoon. We rekenen met een uurtarief van €21 (13).

Scenario 2: Potentieel – gemiddeld over 5 jaar*

- Zorg- en welzijnsprofessionals:
 - €6.216 gemiddeld aan tijdsinvestering kernteam WSV per jaar
 - Het kernteam bestaat uit 4 professionals (huisarts***, apotheker, wijkverpleegkundige en professional van het sociaal domein), die ieder 24 uur per jaar besteden aan taken binnen het kernteam. We rekenen met een gemiddeld uurtarief van €62 voor professionals werkzaam in de eerstelijnszorg en het sociaal domein (13,28).
 - €102.343 gemiddeld aan tijdsinvestering vanuit overige direct betrokken professionals per jaar
 - Naast het kernteam zijn er nog meer professionals betrokken binnen het WSV (zie [Opschaling](#)). Zij investeren ook éxtra tijd aan de ontstane samenwerking. We verwachten dat iedere professional zo'n 4 extra bijeenkomsten bijwoont per jaar à 8 uur in totaal. Ook hier rekenen we met het gemiddeld uurtarief van €62 voor professionals werkzaam binnen de eerstelijnszorg en het sociaal domein (13,28).
- Zorgverzekeraar:
 - €33.414 gemiddeld aan tijdsinvestering wijkzorgcoördinator per jaar
 - In 2026 betreft dit een tijdsinvestering van 4 uur per week en vanaf 2027 gaat het om 10 uur per week. We rekenen met een uurtarief van €69 voor een coördinator (conform salarisschaal 9 HOT(29)). De wijkzorgcoördinator wordt gefinancierd vanuit de O&I Wijk gelden. We gaan er in deze modellering van uit dat dit zo blijft.
- Betrokken inwoners:
 - €1.789 gemiddeld aan tijdsinvestering vanuit betrokken inwoners per jaar
 - Binnen het WSV zullen er een aantal inwoners actief betrokken zijn. Zij investeren ook extra tijd in deze samenwerking. We verwachten dat het gaat om 10 actief betrokken inwoners met een tijdsinvestering van 8 uur per jaar per persoon. We rekenen met een uurtarief van €21 (13).

*We indexeren met 2,5% per jaar.

**Deze inzet wordt in de opstartfase gefinancierd vanuit ZonMw middelen.

***De tijdsinbreng van de huisarts binnen het kernteam wordt ook vergoed vanuit de O&I Wijk gelden van de zorgverzekeraar.

We nemen alleen de éxtra, structurele inbreng mee ten behoeve van het WSV. Niet meegenomen zijn dus de ureninzet vanuit vrijwilligers en deelnemers aan activiteiten.

Tabel 4: Gemiddelde kosten per jaar

	Zorgverzekeraar	Zorg- en welzijnsprofessionals		Inwoners	Totaal
	Wijkzorgcoördinator	Kernteam	Overige professionals	Betrokken inwoners	
1 – Minimaal	€33.414	€6.216	€51.172	€894	€91.696
2 – Potentieel	€33.414	€6.216	€102.343	€1.789	€143.762

De totale kosten over een **periode van 5 jaar** zijn daarmee als volgt:

Tabel 5: Totale kosten 5 jaar

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Totaal
1 – Minimaal	€27.794	61.148	81.230	122.017	166.290	€458.478
2 – Potentieel	€35.323	€79.458	€118.551	€199.029	€286.448	€718.808

Waardering - opbrengsten

Uitgangspunten

- 1) We maken een inschatting van het aantal inwoners en professionals waar het WSV effect op gaat hebben (zie [Activiteiten en extra bereikte inwoners](#), [Inwoners met complexe problematiek](#) en [Betrokken professionals](#)).
- 2) We bepalen de baten voor de stakeholders:
 - Inwoners (Kwaliteit van leven);
 - Professionals zorg- en sociaal domein (Efficiëntie);
 - Organisaties zorg- en sociaal domein (Verzuim);
 - Gemeente (Sociaal domein: Wmo, voorliggend veld);
 - Zorgverzekeraar (Zvw);
 - Zorgkantoor (Wlz).
- 3) We onderbouwen deze waarden op basis van (internationale) literatuur en referenties van (maatschappelijke) kosten-batenanalyses, maatschappelijk businesscase en SROI-analyses van vergelijkbare activiteiten.
- 4) Specifiek voor de opbrengsten die gerelateerd zijn aan de (bestaande) activiteiten, bepalen we de gewogen gemiddelde baten per activiteit voor de deelnemers per stakeholder (zie Tabel 7).
- 5) We maken een inschatting van de impactclaim – welk deel van de opbrengst is alleen aan het WSV toe te schrijven en was anders niet gerealiseerd?

Referenties waardering opbrengsten – gerelateerd aan activiteiten

In onderstaande tabel geven we een overzicht van de referenties voor het waarderen van de opbrengsten. Dit zijn alle bij ons en betrokkenen bekende en relevante studies, MKBA's en SROI-analyses. We geven hierbij een indicatie van de zekerheid van de referentie: hoe hard zijn de waarderingen en in hoeverre zijn ze vertaalbaar naar de activiteiten zoals georganiseerd in Almere Haven. Hierbij is het rapport Passend Bewijs voor Preventie (30) een nuttige richtlijn.

Tabel 6: Referenties voor de waardering van de opbrengsten

Referentie	Vergelijkbare activiteiten Almere Haven	Kwaliteit van leven winst	Minder-kosten sociaal domein	Minder-kosten zorg (Zvw)	Minder-kosten langdurige zorg (Wlz)	Opmerkingen	Bron
Zekerheid: * beperkt ** voldoende *** goed							
SROI van sport en bewegen *	Beweegactiviteit	€9.000 tot €19.000		€2.500 tot €4.000		Gedurende leven, 55-plussers	(31,32)
SROI Wijkklunch **	Eet en ontmoet	€367				Per deelnemer per jaar	(33)
SROI wandelchallenge **	Wandelgroep	€950		€291		Per deelnemer per jaar	(34)
Sporten en bewegen verlaagt zorgkosten ***	Beweegactiviteit			€17 (gemiddeld voor alle inwoners)		per 1% meer bewegers/sporters	(35)
MKBA valpreventie ***	Valpreventie	€790	€43	€366	€248	O.b.v. Integraal scenario	(36)
SROI Gezond Wijdmeren **	Beweegactiviteit	€2342	€71	€331			(37)
Maatschappelijke Businesscase Welzijn op Recept **	Sociaal verwijzen		€912 op Wmo maatwerk kosten €841 op overige kosten gemeente	€679	€374	In jaar 1, n = 509	(38,39)
SROI Veerkrachtig Ouder Worden - Zorgzame buurten **	Voorzorgcirkels, samenredzaamheid	€375	€93	€167	€45	Per deelnemer per jaar O.b.v. goedgekeurde IZA plannen, o.a. 'Buurt als ecosysteem'	(40-43)
SROI Kunst en cultuur **	Creatieve activiteiten	€845	€42	€274	€27	Per deelnemer per jaar	(44)
Austerlitz Zorgt **	Samenredzaamheid		60% besparing op welzijn			Besparing op welzijn: €60.000 per jaar / 1850 inwoners	(45)
Aanpakken eenzaamheid drukt ook zorgkosten *	Ontmoeten			+40-50% hogere zorgkosten bij eenzaamheid			(46)
The impact of social prescribing on healthcare demand *				-28% huisartsconsulten -24% SEH en HAP bezoek -55% doorverwijzingen			(47)
SROI Zelfzorg Ondersteund **		€156	€64	€136			(48,49)
De impact van voedselbanken **		€1078		35			(50,51)

Waarderen van activiteiten

De volgende stap is het bepalen van de gewogen gemiddelde baten per activiteit per stakeholder. Uitgangspunten hierbij:

- Niet voor alle activiteiten zijn referenties beschikbaar met voldoende relevantie en zekerheid. We veronderstellen een gemiddeld gewogen waarde voor alle activiteiten voor alle unieke deelnemers;
- We wegen op basis van het aantal deelnemers in de huidige situatie (totaal 545 unieke deelnemers per jaar);
- We maken gebruik van de referenties die voldoende of goed beoordeeld zijn;
- We berekenen de relatieve procentuele wijziging t.a.v. de kentallen (zie Tabel 1: Kentallen Almere) om zo een goed beeld te krijgen van de orde van grootte van de berekende waarderingen.
-

Voor het doorrekenen over de periode van 5 jaar zijn de uitgangspunten:

- We rekenen met de huidige contante waarde, met een discontopercentage van 3,5% (52);
- We veronderstellen een effectduur van 1 jaar (het effect houdt aan zolang de inwoners deelnemen);
- We berekenen alleen opbrengsten voor de éxtra deelnemers aan activiteiten door toedoen van het WSV.

In onderstaande tabel zijn de gewogen gemiddelden van de waarderingen berekend.

Tabel 7: Opbrengsten per stakeholder

Belanghebbende			Inwoners	Gemeente	Zorgverzekeraar	Zorgkantoor	
Opbrengst			Gezondheids-winst	Minderkosten sociaal domein	Minderkosten Zvw	Minderkosten Wlz	
Cluster	Activiteit Haven	Aantal deelnemers (huidige situatie)	Waarde				Bron
Samenredzaamheid	Voorzorgcirkels	30	€ 375	€ 93	€ 167	€ 45	(41-44)
Sociaal Verwijzen	Welzijn op Recept	75	€ -	€ 912	€ 679	€ 374	(39;40)
Beweegactiviteiten	Zitgym, Dans en balans, 70+ in beweging, 55+ Recreatie sport	95	€ 655	€ -	€ 138	€ -	(32;33)
Wandelgroep	Social walk	20	€ 950	€ 71	€ 291	€ -	(35;38)
Valpreventie	Smartfloor	30	€ 790	€ 43	€ 366	€ 248	(37)
Ontmoeting	Bruis, koffie-inloop	150	€ -	€ -	€ 440	€ -	(47)
Eet en ontmoet	Eettafel	45	€ 367	€ -	€ -	€ -	(34)
Creative activiteiten	Teken Cirkel, Creaclub, Haak Club, Naai Atelier	80	€ 845	€ 42	€ 274	€ 27	(45)
Zorg en ondersteuning	Verpleegkundig inloopsprekuren	20	€ 375	€ 93	€ 167	€ 45	(41-44)
Totaal			545				
Gewogen gemiddelde waarde:			€ 649	Niet representatief	€ 354	€ 170	
Als procentuele besparing: (Zie toelichting)				€ 431			
Gebruikte waarde			€ 649	€ 431	€ 354	€ 170	
Impactclaim			25%	25%	25%	25%	
Netto waarde			€ 162	€ 108	€ 89	€ 42	
T.o.v. kentallen:			0,3%	-5,0%	-3,0%	-2,2%	

Waarde voor inwoners – kwaliteit van leven

Het gewogen gemiddelde over de activiteitenmix is een toename in kwaliteit van leven ter waarde van €649 per deelnemer. We rekenen met een impactclaim¹ van 25%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€162** per deelnemer.

Toelichting

De gebruikte referenties (32-35, 37,38, 41-44) zijn robuust en vertaalbaar naar de activiteiten zoals georganiseerd binnen Almere Haven.

Voor de inwoners is dit de toename in kwaliteit van leven, op alle zes de dimensies van positieve gezondheid. Voor het berekenen wordt in de referenties doorgaans gerekend met voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALYs, quality adjusted life years) (13,54). De Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie adviseerde in 2023 om de gezondheidswinst van preventie te waarderen met hetzelfde geldbedrag als de gezondheidswinst van medische zorg: €50.000 per QALY. (54) Een gemonetariseerde kwaliteit van leven-toename van €162 vertaalt zich daarmee in 0,3% QALY winst, per deelnemer per jaar.

Over een periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de inwoners, gecreëerd door de extra deelnemers aan de activiteiten:

1. Minimaal scenario: €11.977 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €72.725 gemiddeld per jaar

Waarde voor de gemeente – minderkosten sociaal domein

Het gewogen gemiddelde over de activiteitenmix is voor de gemeente minder goed te berekenen, omdat goede referenties ontbreken. De referenties zoals hierboven genoemd vermelden in de meeste gevallen niet expliciet in welk onderdeel van het sociaal domein de baten vallen (participatiewet, Wmo, jeugdwet, voorliggend veld, etc.). Daarom gaan we uit van een procentuele besparing op de kosten binnen het sociaal domein van 20% over de casemix (de inwoners die deelnemen aan de activiteiten), op basis van de maatschappelijke businesscase Welzijn op Recept (38,39) en de ervaringen in Austerlitz (38).

Dit leidt tot een waardering van de minderkosten in het sociaal domein van €431 per deelnemer. We rekenen met een impactclaim van 25%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€108** per deelnemer.

Ook voor de inwoners met multimorbiditeit die door het WSV effectiever worden geholpen verwachten we minderkosten sociaal domein, doordat zij sneller de juiste ondersteuning krijgen en escalatie wordt voorkomen. We gaan uit van een 10% besparing, €215 per persoon. Met een impactclaim van 50% is de nettowaarde **€108** per persoon.

Toelichting

De gemiddelde uitgaven sociaal domein per inwoner zijn in Almere €2.155 (zie ook Tabel 1: Kentallen Almere); 20% hiervan is €431 en 10% hiervan is €215.

¹ De berekende uitkomsten worden volgens de SROI methode (53) gecorrigeerd voor: de kans dat dit effect spontaan optreedt (deadweight) en de kans dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen (attributie). De impactfactoren deadweight en attributie worden standaard conservatief (hoog) gesteld. Daarmee wordt overclaimen voorkomen.

Een netto besparing van €108 (per deelnemer, per jaar) is een procentuele besparing van 5% op de gemiddelde kosten sociaal domein per inwoner.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de gemeente, gecreëerd door de extra deelnemers aan de activiteiten:

1. Minimaal scenario: €7.947 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €48.258 gemiddeld per jaar

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de gemeente, gecreëerd door de effectief ondersteunde inwoners met multimorbiditeit:

1. Minimaal scenario: €8.729 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €65.295 gemiddeld per jaar

Waarde voor de zorgverzekeraar – minderkosten Zvw

Het gewogen gemiddelde over de activiteitenmix zijn minderkosten binnen de Zvw van €354 per deelnemer. We rekenen met een impactclaim van 25%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€89** per deelnemer.

Ook voor de inwoners met multimorbiditeit die door het WSV effectiever worden geholpen verwachten we minderkosten Zvw. We gaan uit van een 10% besparing, €293 per persoon. Met een impactclaim van 50% is de nettowaarde **€147** per persoon.

Toelichting

De gebruikte referenties (32,33,35,37-45) zijn robuust en vertaalbaar naar de activiteiten zoals georganiseerd binnen Almere Haven. De in de referenties genoemde besparingen worden gerealiseerd door minder huisartsconsulten, minder uren wijkverpleging, minder GGZ kosten, minder doorverwijzingen, minder kosten medisch specialistische zorg, minder kosten medicatie en minder spoed- en crisiszorg.

Inwoners met multimorbiditeit hebben flink hogere zorgkosten dan gemiddeld.⁽⁵⁵⁾ Door betere domeinoverstijgende samenwerking in de wijk, kunnen inwoners met meervoudige problematiek effectiever worden ondersteund. We verwachten dat het WSV daarmee zorgkosten en escalatie kan voorkomen (*input betrokken*). Wat het precieze effect op de zorgkosten gaat zijn is moeilijk te zeggen, maar een afname van 10% op de gemiddelde Zvw kosten per inwoner, voor de inwoners met multimorbiditeit die worden ondersteund door het WSV (zie [Inwoners met complexe problematiek](#)), lijkt realistisch. Dit is een conservatieve aanname gezien de gemiddelde zorgkosten van mensen met multimorbiditeit een stuk hoger zijn dan het gemiddelde per inwoner waarmee we rekenen.

Een netto besparing van €89 (per deelnemer, per jaar) op de Zvw uitgaven is een procentuele besparing van 3% op de gemiddelde Zvw kosten per inwoner. Een netto besparing van €147 (per inwoner met multimorbiditeit, per jaar) op de Zvw uitgaven is een procentuele besparing van 6% op de gemiddelde Zvw kosten per inwoner.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de zorgverzekeraar, gecreëerd door de extra deelnemers aan activiteiten:

1. Minimaal scenario: €6.531 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €39.655 gemiddeld per jaar

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de zorgverzekeraar, gecreëerd door de effectief ondersteunde inwoners met multimorbiditeit:

1. Minimaal scenario: €11.875 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €88.826 gemiddeld per jaar

Waarde voor het zorgkantoor – minderkosten Wlz

Het gewogen gemiddelde over de activiteitenmix zijn minderkosten binnen de Wlz van €170 per deelnemer. We rekenen met een impactclaim van 25%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€42** per deelnemer.

Toelichting

De gebruikte referenties (37, 39-45) zijn robuust en vertaalbaar naar de activiteiten zoals georganiseerd binnen Almere Haven. De in de referenties genoemde besparingen worden gerealiseerd door het voorkomen of uitstellen van een (zwaardere) Wlz indicatie. Een gebruikelijke proxy hierbij is uitstel van de opname in een verpleeghuis. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een proxywaarde; de NZa berekende in 2022 dat wanneer alle Wlz zorg met verblijf (intramuraal) naar thuis zou worden omgezet dit een besparing zou opleveren van circa € 2,2 miljard op de collectieve zorguitgaven.(58) Op basis van zo'n 121.000 cliënten is dit ruim €1.500 minderkosten per maand: verschil tussen kosten Volledig Pakket Thuis (VPT) en opname verpleeghuis.

Een netto besparing van €42 (per deelnemer, per jaar) op de Wlz uitgaven is een procentuele besparing van 2,2 % op de gemiddelde Wlz kosten per inwoner.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor het zorgkantoor, gecreëerd door de extra deelnemers aan activiteiten:

1. Minimaal scenario: €3.131 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €19.014 gemiddeld per jaar

Waarde voor professionals in eerstelijnszorg en sociaal domein – toename efficiëntie

Door de versterkte samenwerking zullen professionals binnen de eerstelijnszorg en het sociaal domein efficiënter gaan werken. Zij weten elkaar sneller te vinden, waardoor acties makkelijker en sneller uitgevoerd kunnen worden. Dit levert de professionals een tijdsbesparing op.

We verwachten dat deze tijdswinst er is voor alle baathebbende professionals (zie [Betrokken professionals](#)). We veronderstellen een tijdswinst van 0,5 uur per maand (6 uur per jaar) per professional in het minimale scenario. In het potentiële scenario veronderstellen we een tijdswinst van 1 uur per maand (12 uur per jaar) per betrokken professional. We rekenen met een gemiddeld uurtarief van €62 voor professionals werkzaam in de eerstelijnszorg en het sociaal domein (13,28). Dit komt neer op een besparing van €370 per professional per jaar in het minimale scenario en €739 per professional per jaar in het potentiële scenario. Met een impactclaim van 50% is de nettowaarde waarmee we rekenen €185 per professional per jaar en €370 per professional per jaar.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de professionals binnen de eerstelijnszorg en het sociaal domein:

1. Minimaal scenario: €45.387 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €181.549 gemiddeld per jaar

Waarde voor organisaties in de eerstelijnszorg en sociaal domein – afname verzuim

De versterkte samenwerking tussen de professionals in het WSV, heeft invloed op het werkplezier van de betrokken professionals. Zij weten elkaar sneller te vinden en kunnen inwoners sneller en passend ondersteunen. We verwachten daarom dat het werkplezier zal toenemen (*input betrokkenen*).

Wanneer professionals met plezier naar hun werk gaan, dan leidt dit tot een afname van verzuim. Op dit moment bedraagt het ziekteverzuim binnen het sociaal werk 7,4%, zo'n 15 dagen per jaar.⁽⁵⁹⁾ We veronderstellen dat er 0,25 dag ziekteverzuim kan worden voorkomen in het minimale scenario en 0,5 dag in het potentiële scenario. Deze opbrengst berekenen we alleen voor de professionals die direct betrokken zijn in het WSV (zie [Betrokken professionals](#)).

Een dag verzuim kost €405.⁽⁶⁰⁾ In het minimale scenario gaat het dus om een besparing van €101 per professional per jaar en in het potentiële scenario om een bedrag van €203 per professional per jaar. Met een impactclaim van 50% is de nettowaarde waarmee we rekenen in het minimale scenario €51 per professional per jaar en in het potentiële scenario €101 per professional per jaar.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de organisaties binnen de eerstelijnszorg en het sociaal domein:

1. Minimaal scenario: €4.384 gemiddeld per jaar
2. Potentieel scenario: €17.536 gemiddeld per jaar

Social Return on Investment - samenvatting

Samengevat zijn de inbreng en opbrengsten voor de verschillende scenario's als volgt:

Scenario 1 – Minimaal

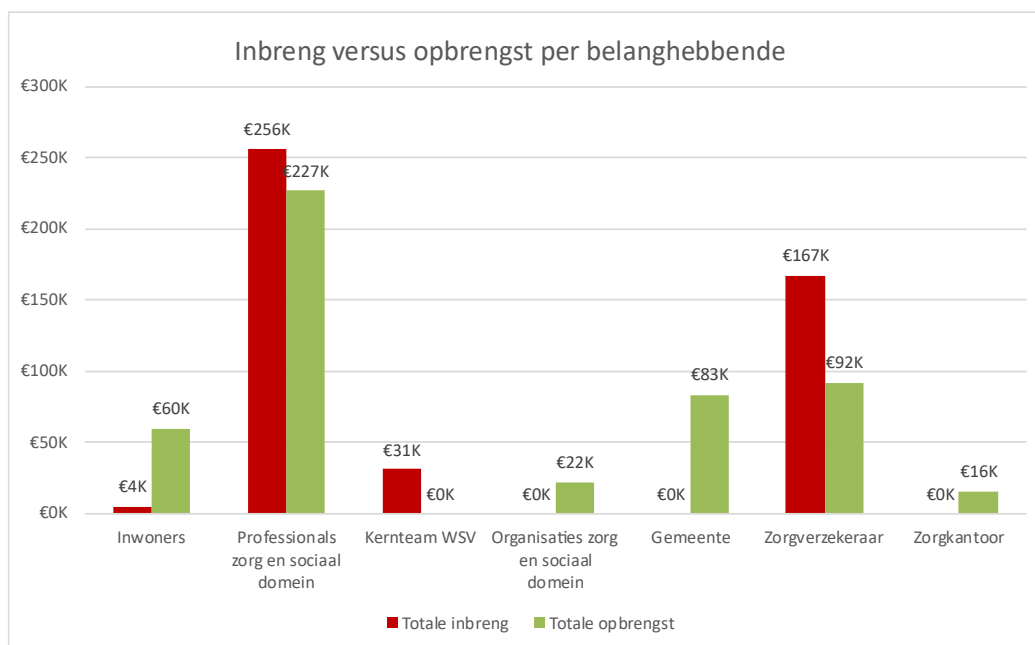
Inbreng

- **Zorg- en welzijnsprofessionals:**
gemiddeld **€57K per jaar** (kernteam en betrokken professionals); €287K totaal over 5 jaar.
- **Zorgverzekeraar:**
gemiddeld **€33K per jaar** (wijkzorgcoördinator); €167K totaal over 5 jaar;
- **Actieve bewoners:**
gemiddeld **€1K per jaar** (extra tijdsinvestering); totaal €4,5K over 5 jaar.

Opbrengst

- De **inwoners** (extra deelnemers activiteiten) ervaren een hogere **kwaliteit van leven**.
- De **zorgverzekeraar** bespaart op **Zvw kosten** door voorkomen van zorg, uitstel van zorg, meer juiste zorg op de juiste plek, minder huisartsenconsulten, minder wijkzorg, minder kosten medicatie, minder GGZ en minder verwijzingen naar de tweede lijn.
- Het **zorgkantoor** bespaart op **Wlz kosten** doordat de aanspraak op (zwaardere) Wlz indicatie wordt uitgesteld.
- De **gemeente** bespaart op **kosten sociaal domein** doordat mensen minder aanspraak maken op onder andere Wmo maatwerkvoorzieningen.
- De **zorg- en welzijnsprofessionals** ervaren een **efficiëntiewinst** door de versterkte samenwerking.
- De **zorg- en welzijnsorganisaties** ervaren een afname in **verzuimkosten** door het toegenomen werkplezier van de betrokken professionals.

Voor het minimale scenario ziet dat er als volgt uit:



Figuur 5: Inbreng en opbrengst in minimaal scenario, totaal over een periode van 5 jaar.

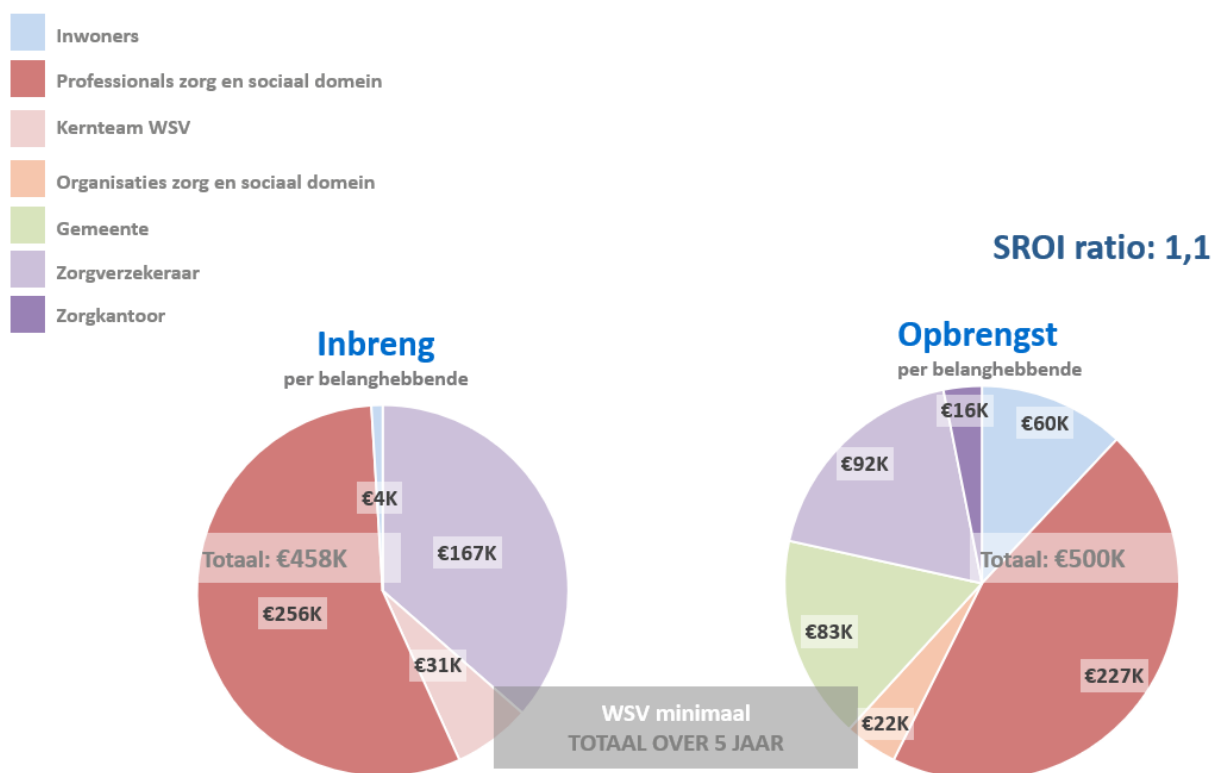
SROI-ratio

De SROI-ratio laat zich als volgt berekenen:

Totale maatschappelijke opbrengst over 5 jaar / Totale maatschappelijke inbreng over 5 jaar

- Het WSV creëert jaarlijks gemiddeld **€100K** aan maatschappelijke waarde.
- De kosten zijn jaarlijks gemiddeld zo'n **€92K**.
- De **SROI-ratio is 1,1**:
elke euro geïnvesteerd in de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein via het WSV heeft een maatschappelijk rendement van 1,1 euro in het minimale scenario.

Daarnaast zijn er **niet-gemonetariseerde baten** (zie [Moeilijk monetariseerbare baten](#)).



Figuur 6: SROI minimaal scenario, totaal over 5 jaar

Scenario 2 – Potentieel

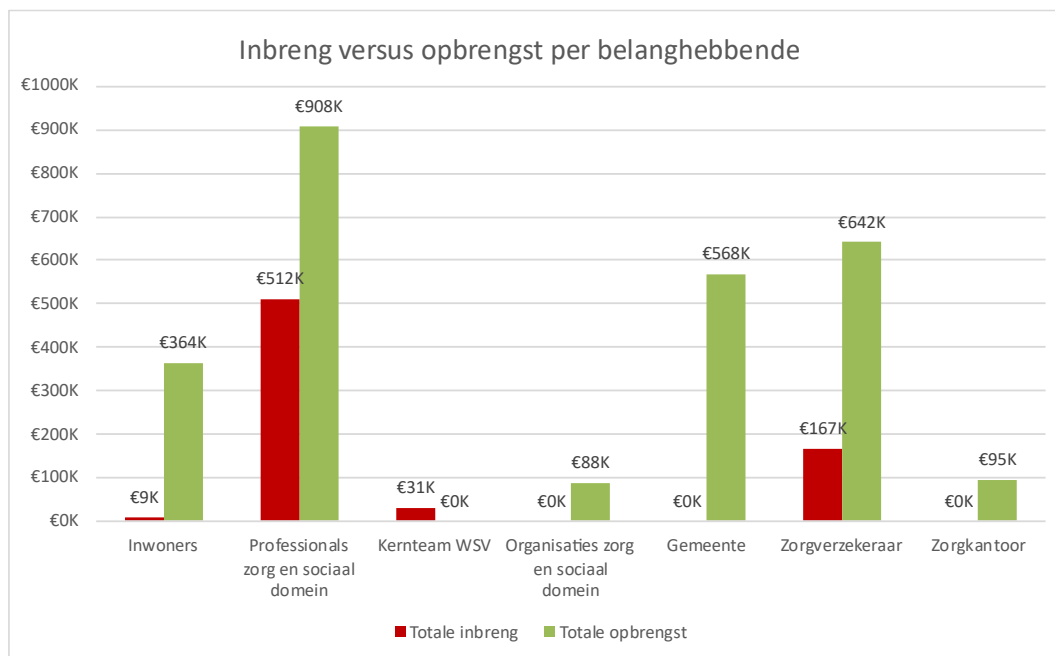
Inbreng

- **Zorg- en welzijnsprofessionals:**
gemiddeld **€109K per jaar** (wijkzorgcoördinator, kernteam betrokken professionals); €543K totaal over 5 jaar.
- **Zorgverzekeraar:**
gemiddeld **€33K per jaar** (wijkzorgcoördinator); €167K totaal over 5 jaar.
- **Actieve bewoners:**
gemiddeld **€2K per jaar** (extra tijdsinvestering); totaal €9K over 5 jaar.

Opbrengst

- De **inwoners** (extra deelnemers activiteiten) ervaren een hogere **kwaliteit van leven**.
- De **zorgverzekeraar** bespaart op **Zvw kosten** door voorkomen van zorg, uitstel van zorg, meer juiste zorg op de juiste plek, minder huisartsenconsulten, minder wijkzorg, minder kosten medicatie, minder GGZ en minder verwijzingen naar de tweede lijn.
- Het **zorgkantoor** bespaart op **Wlz kosten** doordat de aanspraak op (zwaardere) Wlz indicatie wordt uitgesteld.
- De **gemeente** bespaart op **kosten sociaal domein** doordat mensen minder aanspraak maken op onder andere Wmo maatwerkvoorzieningen.
- De **zorg- en welzijnsprofessionals** ervaren een **efficiëntiewinst** door de versterkte samenwerking.
- De **zorg- en welzijnsorganisaties** ervaren een afname in **verzuimkosten** door het toegenomen werkplezier van de betrokken professionals.

Voor het potentiële scenario ziet dat er als volgt uit:



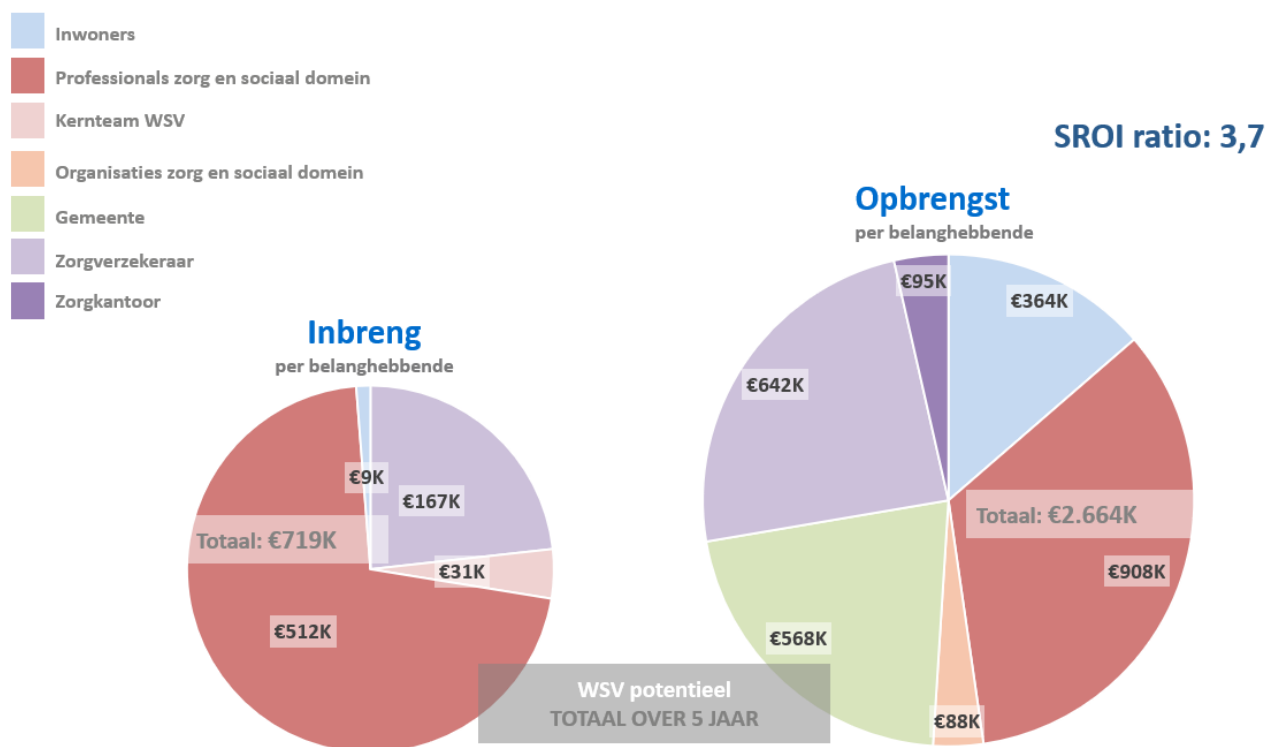
Figuur 7: Inbreng en opbrengst in potentieel scenario, totaal over een periode van 5 jaar.

SROI-ratio

De SROI-ratio laat zich als volgt berekenen:

Totale maatschappelijke opbrengst over 5 jaar / Totale maatschappelijke inbreng over 5 jaar

- Het WSV creëert jaarlijks gemiddeld **€533K** aan maatschappelijke waarde.
- De kosten zijn jaarlijks gemiddeld zo'n **€144K**.
- De **SROI-ratio is 3,7**:
elke euro geïnvesteerd in de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein via het WSV heeft een maatschappelijk rendement van 3,7 euro in het potentiële scenario.
- Daarnaast zijn er **niet-gemonetariseerde baten** (zie [Moeilijk monetariseerbare baten](#)).



Figuur 8: SROI potentieel scenario, totaal over 5 jaar

Moeilijk monetariseerbare baten

De impact van een sterkere samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein via het WSV, zoals hierboven beschreven, is voor een deel in euro's uit te drukken. Vooral voor zaken die rechtstreeks te koppelen zijn aan activiteiten is een kwantitatieve inschatting mogelijk. Echter, er zijn belangrijke baten die of niet in euro's zijn uit te drukken of met zulke grote onzekerheden gepaard gaan dat het te speculatief wordt om er een getal op te plakken. Deze moeilijk monetariseerbare baten gelden in elk scenario, maar kunnen per scenario wel verschillen van omvang.

1. Welzijn professionals eerstelijnszorg en sociaal domein

Uit de gesprekken met betrokkenen blijkt dat een verbeterde samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein een effect kan hebben op het werkplezier. Wanneer professionals in de wijk elkaar kennen en weten wie wat doet, dan kunnen ze niet alleen inwoners beter ondersteunen door passende verwijzingen, maar ook voor de onderlinge werksfeer is het positief. Een afgeleide van de toename in werkplezier is berekend als baat voor de betrokken organisaties (minder verzuim), maar ook voor het welzijn van de professionals zelf heeft dit meerwaarde. Deze opbrengst is niet gekwantificeerd.

2. Arbeidsmarkt

Door de samenwerking tussen eerstelijnszorg, het sociaal domein én ook de betrokken inwoners, zal er een verschuiving plaatsvinden naar de voorkant. Formele zorg wordt geleverd wanneer dat nodig is, er wordt efficiënter doorverwezen en er zal meer van informele ondersteuning gebruik worden gemaakt. Dit leidt naar verwachting tot minder druk op de arbeidsmarkt. Dit is niet onbelangrijk: bijvoorbeeld bij aanvragen voor het Integraal Zorg Akkoord was dit een belangrijk criterium om in aanmerking te komen voor subsidies. Alleen zijn deze baten moeilijk in geld uit te drukken.

3. Vitalere samenleving en minder kosten uitkeringen

Het doel van het WSV is niet alleen de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein versterken, maar ook de samenwerking met inwoners te intensiveren. Het versterken van de sociale cohesie en het verhogen van de eigen regie zijn wensen die meermaals door betrokkenen zijn uitgesproken (*bron: co-creatiesessie*). Voor de Rijksoverheid leidt deze beweging tot een vitalere samenleving en mogelijk tot minder uitkeringen. Op dit moment is deze opbrengst niet in geld uitgedrukt.

4. Afstand met bewoners

Een samenwerking heeft uiteindelijk ook als doel om de afstand tussen formele partijen en bewoners te verkleinen. Die verkleining kent baten in de vorm van efficiëntere verwijzingen, maar ook het gevoel dat het systeem of de overheid er voor de bewoners is in plaats van een 'veelkoppig' monster zoals sommigen het percipiëren is ook wat waard.

Verschillen tussen scenario's

Beide scenario's hebben moeilijk monetariseerbare baten. Het verschil zit hem met name in het tijdspad waarop deze baten zichtbaar worden. Naarmate de samenwerking zich verder ontwikkelt en steeds meer professionals en inwoners betrokken raken, zullen bovenstaande baten logischerwijs groter zijn.

Opschaling naar geheel Almere

We hebben ervoor gekozen om de SROI-analyse te richten op het WSV in Almere Haven. In dit stadsdeel is het WSV relatief sterk ontwikkeld en dat maakt het mogelijk een inschatting te maken van de maatschappelijke kosten en baten die met de samenwerking gepaard gaan.

Nu is Almere Haven niet de enige plek in Almere waar wijksamenwerkingsverbanden worden ingericht. Over geheel Almere zullen zich 10 WSV's (verder) gaan ontwikkelen. Waar de WSV's worden ingericht, sluit aan bij de indeling van het sociaal domein van de gemeente. Het gaat om WSV's in: Haven, Kruidenwijk/Staatsliedenwijk/Centrum, Stedenwijk-Literatuurwijk, Muziekwijk-Noorderplassen, Poort, Waterwijk/Verzetswijk/Tussen de Vaarten, Film-Dans-Parkwijk, Nieuwe stad, Almere Buiten West en Almere Buiten Oost. Er zijn plekken (zoals Stedenwijk) waar ook zonder WSV de intensieve samenwerking tussen verschillende partijen al (in zekere mate) plaatsvond. Om een beeld te krijgen van de potentiële maatschappelijke impact van de WSV's in geheel Almere, hebben we een drietal spiegelssessies uitgevoerd op respectievelijk drie verschillende plekken.



Figuur 9: Spiegelssessie

De spiegelssessies

Om inzicht te krijgen in de verschillen tussen Haven en de andere plekken waar een WSV ingericht wordt, zijn we naar drie plekken gegaan waar het WSV nog niet/nauwelijks in ontwikkeling is: Almere Kruidenwijk, Almere Stedenwijk en het stadsdeel Almere Poort. Op deze locaties zijn we de inzichten uit Haven gaan 'spiegelen' aan de lokale context.

Tijdens de spiegelsessies spraken we met betrokken, lokale professionals, over de verschillen tussen Haven en hun wijk/stadsdeel. We besteedden aandacht aan verschillen in demografie, leefomgeving, gezondheid en bestaande problematiek.

Een samenvatting van de spiegelsessies is te lezen in [Bijlage 5](#).

Observaties spiegelsessies

De drie wijken verschillen van elkaar (bv. bevolkingssamenstelling, woningtypen, gezondheidscijfers), maar niet fundamenteel als het gaat om de baten die samenwerking kan genereren. Volgens de deelnemers aan de sessies lijken de wijken qua demografie steeds meer naar elkaar toe te trekken (steeds meer verjonging in de 'oudere' wijken en vice versa). Wat betreft het aanbod lijkt er voor ouderen een scala aan activiteiten te zijn. Voor jongeren is dit er minder of minder overtuigend.

Er zijn wijken met beperkte ontmoetingsruimten (Kruidenwijk, Poort). Dit is een cruciale factor om de sociale cohesie te versterken. Daarnaast bestaat de behoefte, vanuit de professionals, om meer met inwoners samen te werken, de invulling daarvan is nog in een pril stadium (bv. Burgerraad). Het lijkt een uitdaging om aansluiting te vinden bij datgene bewoners willen en om een gelijkwaardige relatie te hebben met bewoners (initiatieven). Ook de integratie van verschillende bevolkingsgroepen wordt benoemd als uitdaging.

In de spiegelsessies is naast het verwerven van inzicht ook gewerkt aan samenwerking. In subgroepen werkten teams een ideaal toekomstbeeld over samenwerking uit. Vervolgens kreeg een andere team de opdracht om voor deze toekomstbeelden knelpunten te benoemen, waardoor de droom in duigen zou vallen. In de laatste ronde bedacht het eerste team oplossingen voor de obstakels waarmee de toekomstdroom wel gerealiseerd zou kunnen worden.

Maatschappelijke impact WSV's geheel Almere

Met de observaties uit de spiegelsessies kunnen we concluderen dat de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein overal dezelfde knelpunten en succesfactoren kent. De wens om meer domeinoverstijgend samen te werken en meer samen te werken met inwoners, die is er. Voordelen die worden gezien zijn: elkaar weten te vinden, beter inzicht in lokaal aanbod, toename van onderling vertrouwen en een verschuiving van formele zorg naar het sociaal domein. Allemaal met het doel de inwoners passend te kunnen ondersteunen.

Terugkerende knelpunten in de samenwerking zijn het gebrek aan tijd, commitment en geld vanuit de professionals en het gebrek aan sociale cohesie in de wijken. Echter, dit betekent niet dat er geen stappen worden gezet.

Met de ontwikkeling van de WSV's binnen Almere wordt er gewerkt aan een formelere, minder vrijblijvende, invulling van de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein. De WSV's binnen Almere zullen in de wijk hoogstwaarschijnlijk andere focuspunten hebben (andere doelgroep, andere activiteiten), maar in de verdere ontwikkeling en werkwijze zullen ze in aanpak niet veel van elkaar verschillen. Dat maakt dat de potentiële impact in de wijken sterk overeenkomt met de geschetste impact voor Haven.

Werkingsmechanismen WSV's

De succes- of faalfactoren die gaan bepalen wat de baten van WSV's uiteindelijk zijn als volgt.

1. Basisinfrastructuur

In sommige wijken is de basisinfrastructuur niet op orde: geen goede plek voor de jeugd, geen voetbalvelden of een buurthuis. Zonder deze ontmoetingsplekken is samenwerken

dweilen met de kraan open. Wat ook helpt is een fysieke omgeving die uitnodigt tot ontmoeten. Hier begint het allemaal mee, als er geen beweging is op dit domein, is de rest een stroef verhaal.

2. Vermogen om bewoners goed te betrekken

In sommige wijken slaagt men er beter in om bewoners te betrekken dan in andere wijken. Dat vermogen is van grote invloed op de baten. Dat bleek niet alleen tijdens de co-creatie sessies, maar weten we ook uit onderzoek van andere voorbeelden in het land.

3. Afgestemd aanbod

De bevolkingssamenstelling tussen wijken verschilt. Op zich hoeft dat de baten van samenwerking niet sterk te beïnvloeden, maar soms wel. Bijvoorbeeld als de basisinfrastructuur niet op orde is en men weet de bewoners niet goed te betrekken, dan is de samenstelling een enorm versterkende factor: men trekt zich terug in de eigen gemeenschap.

4. Gebruiken wat er al is

We hebben gemerkt dat de baten van samenwerking ook samenhangt met wat er al was voor de WSV's. In sommige wijken ging het al vrij goed, in andere wijken moest alles nog opstarten. Uiteraard geldt dat de baten van een WSV dan verschillen ten opzichte van wat er al is.

5. Samenwerkingscultuur bij professionele partijen

De financiering van professionele partijen is niet altijd behulpzaam bij het tot stand komen van vruchtbare samenwerkingen. De financiering kunnen we zeker op korte termijn niet veranderen. De cultuur binnen organisaties doet er dan toe. Het vermogen om in te zien dat op langere termijn alle partijen winnen bij een effectieve samenwerking verschilt enorm tussen verschillende organisaties. Dat kan ook impact hebben op de verschillen tussen wijken.

6. Voldoende activiteiten beschikbaar, nu nog de samenwerking

Er zijn heel veel activiteiten ontwikkeld, in Almere en natuurlijk ook in andere gemeentes. Geïsoleerde professionals en organisaties hebben de neiging om ze alleen uit te voeren en regelmatig ook opnieuw te ontwikkelen wat opschaling niet bevordert. Bij goede samenwerking wordt meer doorverwezen en komen worden meer typen activiteiten benut. De toegevoegde waarde van een WSV is netwerkvorming, vertrouwen en toegankelijkheid vergroten.

Samenvattend

De spiegelsessies in Kruidenwijk, Stedenwijk en Poort laten zien dat de waarde van de WSV's primair ligt in het versterken van samenwerking en het toegankelijk maken van ondersteuning in de wijk. De wijken bevinden zich nog in een vroege ontwikkelfase, waardoor de SROI-analyse grotendeels gebaseerd is op aannames en kwalitatieve inzichten. Juist daarom zijn deze wijken essentieel als spiegel: ze maken zichtbaar onder welke voorwaarden de aanpak werkt en wat nodig is voor opschaling en structurele bekostiging.

Ecosysteemanalyse

Een SROI-analyse is waardevol omdat deze de maatschappelijke kosten en baten per belanghebbende laat zien. Daarnaast komen bij het WSV ook de werkingsmechanismen op. Dat biedt voldoende stof voor beslissingen over beleid, financiering en implementatie. Maar de gesprekken daarover vinden op verschillende plekken plaats en het onderwerp is vaak ook verschillend. Immers, het WSV ontwikkelt zich in een complex ecosysteem, op wijk-, regio- en landelijk niveau. Waar voert wie over wat discussie?

Om dit inzichtelijk te maken, ontwikkelden we een ecosysteemanalyse. De ecosysteemanalyse maakt inzichtelijk welke partijen op welk niveau acteren en wat de onderlinge afhankelijkheden zijn.

Onderlinge afhankelijkheden

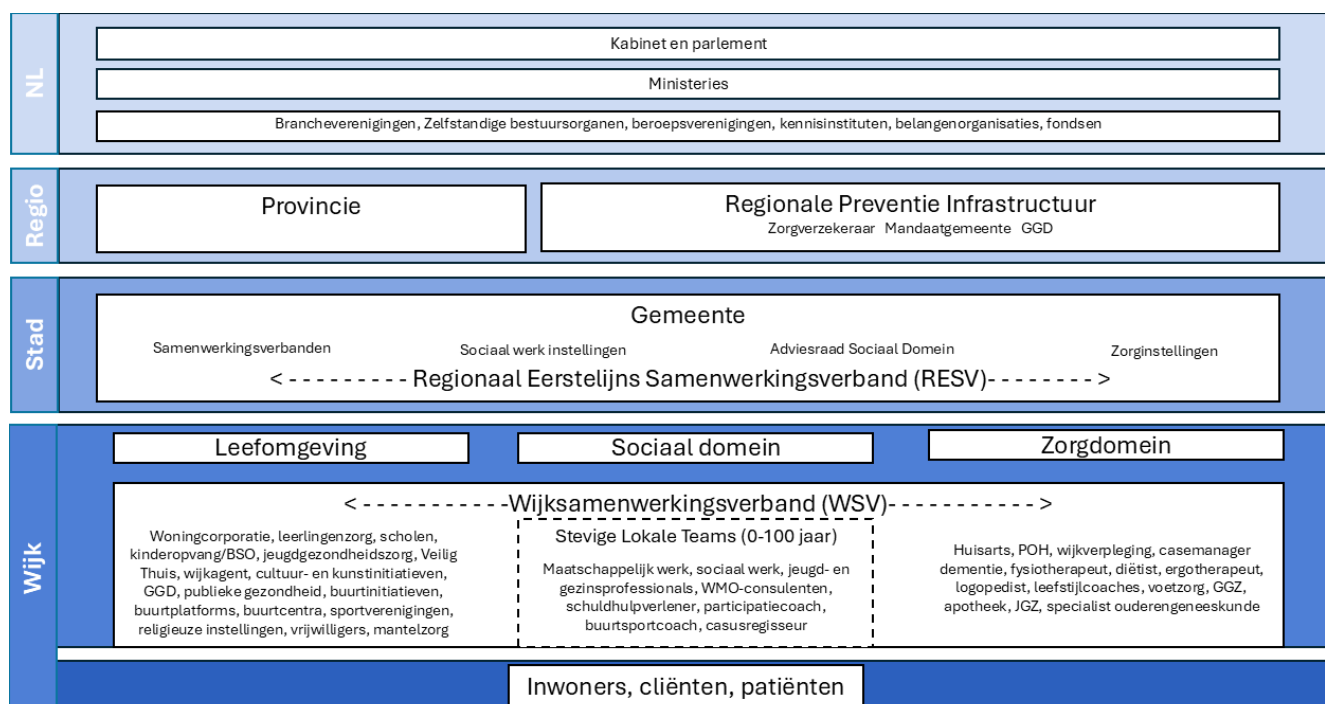
Een ecosysteemanalyse is een uitermate geschikte methode om het complexe speelveld waar het RESV en de WSV's in opereren weer te geven. Domeinoverstijgende samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein komt tot stand door de gezamenlijke inzet van uiteenlopende partijen, zoals zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars en inwoners, die elk op hun eigen manier bijdragen. Deze partijen werken op verschillende niveaus samen en beïnvloeden elkaar, waardoor het veld niet alleen breed, maar ook gelaagd en dynamisch is. Een ecosysteem van organisaties wordt dan ook gedefinieerd als een netwerk van onderling afhankelijke belanghebbenden die samen een specifiek doel of waarde creëren via concurrentie en samenwerking.⁽⁶¹⁾ Het is een dynamisch systeem waarin organisaties elkaar beïnvloeden en afhankelijk zijn van elkaar voor bijvoorbeeld producten, diensten, kennis en innovatie.

Om goed te begrijpen hoe domeinoverstijgende samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal domein tot stand komt, dient de gelaagdheid en interactie tussen alle betrokken partijen in kaart te worden gebracht. Om de complexiteit en de onderlinge afhankelijkheden binnen dit veld te begrijpen, is de multilevel perspective theory (MLP) toegepast als analytisch kader⁽⁶²⁾. De MLP-theorie, veelgebruikt binnen de thema's energie, mobiliteit of gezondheid, beschrijft maatschappelijke transitie en systeemveranderingen met interactie tussen drie niveaus: het landschap (macro), het regime (meso) en de niches (micro). Op macroniveau spelen landelijke ontwikkelingen en beleid een rol, op mesoniveau zijn het de gevestigde structuren en samenwerkingsverbanden (zoals het RESV en de wijksamenwerkingsverbanden), en op microniveau gaat het om innovatieve initiatieven en het gedrag van individuele inwoners. Juist omdat succesvolle samenwerking het resultaat is van interacties tussen deze niveaus, biedt de MLP-theorie inzicht in waar en hoe samenwerking het meest effectief kan zijn. Deze benadering is relevant, omdat het laat zien dat duurzame samenwerking en het maken van impact alleen mogelijk is als er op alle niveaus—van beleid tot praktijk—samenhang en afstemming is tussen de betrokken partijen.

Figuur 10 geeft een generiek ecosysteem weer, gebaseerd op de situatie in Almere. Deze analyse is getoetst bij betrokken partijen, zoals de gemeente, de zorgverzekeraar, de welzijnsorganisatie en de regionale huisartsenorganisatie.

Lokaal zorgt de inrichting van de WSV's – met in het kernteam een huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en professional van het sociaal domein – voor de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Door het realiseren van hechte samenwerking tussen professionals in de wijken, kan er proactief worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen en knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn in de wijk. Daarnaast wordt er verbinding gelegd tussen actieve inwoners en de wijksamenwerkingsverbanden.

Regionaal worden de wijksamenwerkingsverbanden ondersteund door het RESV. Het RESV ondersteunt door het maken van beleidsafspraken op hoofdlijnen, met voldoende ruimte voor wijkgerichte afspraken voor de uitvoering.



Figuur 10: Generiek ecosysteem rondom WSV en RESV

Afhankelijkheden

In de figuur komen alle belanghebbenden die invloed hebben op het WSV en RESV in beeld. De invloed van het WSV en RESV is beperkt en sterk afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden op regionaal en landelijk niveau. Op verschillende niveaus oefenen onderscheiden belanghebbenden als volgt invloed uit (niet uitputtend).

- Mensen met een Nederlands paspoort kiezen het parlement;
- Uit het parlement komt het kabinet op;
- Het kabinet bepaalt samen met het parlement het beleid;
- Het kabinet stelt middelen ter beschikking aan ministeries;
- Ministeries stellen middelen (gekoppeld aan doelen) ter beschikking aan branches, fondsen, zelfstandige bestuursorganen en kennisorganisaties;
- De regionale preventie infrastructuur komt voort uit AZWA en structureert governance, doelen, samenwerkingsafspraken, kennisdeling en monitoring;
- Gemeentes financieren GGD;
- Gemeentes en zorgverzekeraars financieren zorg- en welzijnsorganisaties;
- Zorgverzekeraars financieren RESV;
- Zorgverzekeraars financieren WSV's via RESV;
- Gemeente financiert Stevige Lokale Teams;
- In Stevige Lokale Teams werken bij gelegenheid andere dan welzijnsdisciplines mee (stippellijn);
- Inwoners, cliënten en patiënten krijgen zorg en welzijn vergoed via Jeugdwet, Wmo, Zvw en Wlz. Soms moeten ze bijbetalen (bv eigen risico) of alles betalen;
- Inwoners vanaf 18 jaar betalen zorgpremie aan een zorgverzekeraar naar keuze.

Werkingsmechanismen op systeemniveau

WSV's en RESV functioneren in de context van een infrastructuur die op gemeentelijk, regionaal en landelijk niveau wordt vormgegeven. Ook hier zijn een aantal mechanismen aan het 'werk' die van invloed zijn op de mogelijkheden en het functioneren van WSV's en RESV.

1. **Politieke stabiliteit.** Gemeenteraad en parlement worden periodiek herkozen. Een andere politieke kleur kan leiden tot een ander beleid. WSV's en RESV zijn erbij gebaat dat het ingezette beleid doorgaat.(63)
2. **Volwassenheid regionale samenwerking.** In de Handreiking regionale preventie infrastructuur(64) is beschreven hoe gemeentes, zorgverzekeraars en GGD-organisaties op regionaal niveau moeten samenwerken met inwoners en zorg- en welzijnsorganisaties. Zij maken plannen, kiezen doelen, monitoren resultaten, delen kennis en financieren. Het inregelen hiervan vraagt veel inspanningen en bovendien een cultuur om over eigen grenzen te kijken. Met een goed regionaal netwerk en hoog onderling vertrouwen lukt dit goed, andersom: als deze ontbreken is de integrale ondersteuning van WSV's en RESV een uitdaging.
3. **Integraal beleid.** Beleidskaders, middelen, wet- en regelgeving (Jeugdwet, Wmo, Zvw en Wlz), en landelijke programma's bepalen de speelruimte voor lokale initiatieven. Gemeenten hebben hier weinig invloed op, deze kaders zijn bepalend voor wat lokaal haalbaar is. Integrale landelijke samenwerking is een randvoorwaarde voor het functioneren van het RESV en WSV's.(65)
4. **Landelijke kennisdeling.** Als het lukt om op landelijk niveau kennis te delen over de implementatie van WSV en RESV, dan zal dit de ontwikkeling van WSV's en RESV bevorderen. Het draait hier vooral om de deling van ervaringskennis over hoe en niet welke activiteiten of interventies je implementeert.(66)
5. **Geopolitiek en rampen.** Op dit werkingsmechanisme hebben we niet veel invloed. Oorlogen, conflicten, pandemieën, we willen ze niet maar ze kunnen zomaar opkomen. Ze hebben veel invloed op het functioneren van WSV's en RESV.

Sturen op ontwikkeling WSV's

De impactstudie laat zien dat het functioneren van WSV's en RESV draait om drie kernproblemen. Er is een versnippering tussen zorg en sociaal domein, te late signalering en hoge druk op professionals. Veel zorgvragen kunnen eigenlijk sociaal opgelost worden. In een WSV kan domeinoverstijgende samenwerking vorm krijgen en het RESV kan regionale afstemming bevorderen. Doel is proactieve signalering, juiste zorg op de juiste plek, betere toegankelijkheid en kwaliteit, en meer samenwerking tussen professionals én inwoners.

In onderstaande tabel is per belanghebbende uitgewerkt welke invloed er is op de operationeel, strategisch en systeemniveau.

Tabel 8: Invloed per belanghebbende op de verschillende niveaus

Belanghebbende	Invloed via WSV-mechanismen (operationeel)	Invloed via RESV-mechanismen (strategisch)	Invloed op systeemniveau (stelsel)	Gewicht voor functioneren WSV
Inwoners	• Vraagarticulatie en behoeftebepaling • Bereik en effect van vroegsignalering • Deelname aan co-creatie en initiatieven • Gebruik van aanbod (bepaalt impact)	• Indirect via legitimiteit en maatschappelijke druk	• Verschuiving naar participatie en zelfredzaamheid • Cruciaal voor preventie en positieve gezondheid	Hoog (effectiviteit & legitimiteit)

Organisaties sociaal domein	• Realiseren substitutie (zorg → sociaal) • Vroeg signalering dichtbij inwoners • Verbinden formeel/informeel netwerk	• Inbreng sociaal domein in regionale afwegingen (vaak nog onvoldoende sterk)	• Dragen maatschappelijke waarde (SROI) • Verminderen druk op zorgstelsel	Zeer hoog (essentieel voor 'juiste zorg op juiste plek')
Zorgorganisaties (eerste lijn)	• Poortwachtersfunctie (verwijsgedrag) • Signalering en triage • Samenwerking sociaal domein	• Sterke invloed op prioritering en tempo in RESV	• Bepalen mate van medicalisering vs. substitutie • Borging kwaliteit en toegang	Zeer hoog (gedrag bepalend)
WSV	• Operationele samenwerking • Netwerkvorming en vertrouwen • Leren en verbeteren in praktijk	• Aanleveren praktijkervaring en knelpunten aan RESV	• Functioneert als proeftuin voor integrale aanpak	Cruciaal (drager van werking)
RESV	• Faciliteert en ondersteunt WSV (niet uitvoerend)	• Governance en regionale regie • Afstemming tussen disciplines • Opschaling en uniformering	• Verbindt beleid en uitvoering • Voorwaarde voor schaalbaarheid	Zeer hoog (samenhang en sturing)
Gemeente	• Regisseert sociaal domein • Faciliteert samenwerking lokaal (kan versnellen of vertragen)	• Samenwerkingspartner RESV • Bepaalt beleidsruimte en prioriteiten	• Verbindt domeinen (zorg, welzijn, participatie) • Sleutel in integrale aanpak (GALA/IZA)	Hoog (rand voorwaardelijk)
Zorgverzekeraar	• Indirect via contractering en prikkels	• Sterk bepalend voor financiering en continuïteit • Stuurt op schaalbaarheid en resultaten	• Doorbreken of bestendigen van schotten • Investeert (of niet) in preventie	Zeer hoog (kritisch voor borging)
Ministeries (met name VWS)	• Geen directe rol in uitvoering WSV	• Indirect via kaders en programma's (IZA, visie eerste lijn)	• Zeer bepalend voor systemische randvoorwaarden: – wet- en regelgeving – bekostigings-systematiek – landelijke prioriteiten – ruimte voor domein overstijgende samenwerking	Zeer hoog (systeem kritisch, maar indirect)

Samenvattend blijkt dat het functioneren van WSV's niet primair structuur gedreven is, maar gedrags- en samenwerking gedreven. De grootste afhankelijkheden zitten in zorgorganisaties (verwijsgedrag), welzijnsorganisaties (alternatief aanbod) en inwoners (participatie). De grootste hefboom voor opschaling ligt bij de ministerie VWS, zorgverzekeraar, gemeente en RESV.

Slotbeschouwing

Uit de analyse van de maatschappelijke kosten en baten van de WSV's komt een genuanceerd beeld. Als de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn, is er in alle wijken een wenkend perspectief voor een stevige maatschappelijk businesscase. Die randvoorwaarden hebben de samenwerkende partners deels zelf in de hand (betrekken inwoners, cultuurorganisaties) en deels liggen die elders (zo is de gemeente verantwoordelijk voor een goede basisinfrastructuur).

De vraag die na een opdracht als deze vrijwel altijd voorligt, is of en hoe het initiatief structureel te bekostigen. Samenwerkingsverbanden als dit kunnen een impuls uit tijdelijk geld gebruiken om zich te bewijzen. VitaValley heeft laten zien dat een positieve business case weliswaar geen vanzelfsprekendheid is, maar er stevig potentieel is om tot structurele financiering over te gaan, mogelijk met een go-no-go als na een aantal jaar onvoldoende voortgang wordt geboekt.

De baten voor zorgverzekeraars en gemeenten is flink positief in het ambitiescenario. Zowel de zorgverzekeraar als de gemeente kennen een SROI-ratio van ruim boven de 1. Dat wil zeggen dat zelfs als de zorgverzekeraar alleen het hele initiatief zou financieren, er een positieve businesscase overblijft.

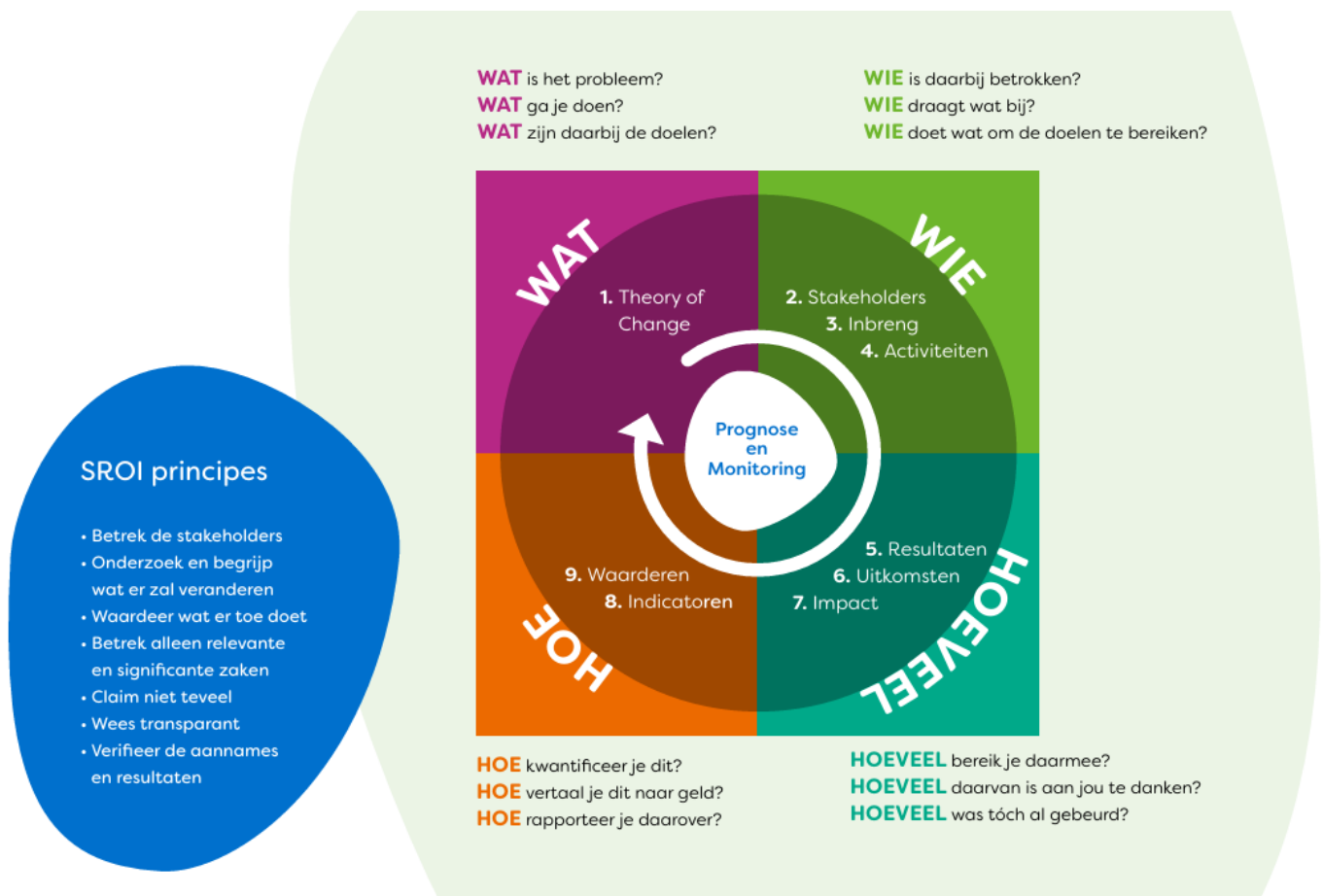
We merken in dit verband op dat zowel in Eijsden als breder in Zuid-Limburg gemeenten en zorgverzekeraars samen optrekken in de wetenschap dat ze ook allebei profiteren als ze goed investeren.(67)

Zonder daarop te willen vooruitlopen, zouden we in dat geval ook bepleiten over te gaan op een systeem van verantwoording op basis van leren en ontwikkelen net als in het generiek kompas langdurige zorg.(68)

Het gaat hier immers over complexe vormen van samenwerking met baten die neerslaan bij diverse partijen en soms op de langere termijn materialiseren. Ook is het niet altijd gemakkelijk een causaal verband tussen baten en interventie te bepalen. We weten ook dat zonder een goede samenwerking sociale en gezondheidsuitdagingen in de stad moeilijk zijn aan te pakken. In zo'n geval is een systeem van leren en ontwikkelen effectiever en eerlijker dan een verantwoording op basis van KPI's.

Bijlage 1: Over de methode SROI

VitaValley meet de maatschappelijke impact van haar eigen - en andere - programma's met de Social Return on Investment (SROI)-methode. Dit is een gevalideerde, gestructureerde aanpak (53) om met alle stakeholders in dialoog de maatschappelijke waarde te bepalen en op basis hiervan duurzame financiële arrangementen te ontwikkelen.



Lees meer over hoe VitaValley de SROI-methode inzet [hier](#) (69).

Bijlage 2: Referentieprijzen

Bij het berekenen van maatschappelijke inbreng en opbrengst maken we, waar relevant, gebruik van de onderstaande referentieprijzen. De bronnen hiervoor zijn Zorginstituut Nederland (13), CBS (70,71), CPB (72), Vektis (11,12), VNG (73), NZa (14,74), UWV (75) en de Rijksoverheid (76).

Referentieprijzen				
Referentieprijzen, Zorginstituut NL, 2024				
https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/ischijn-voor-het-vooreen-van-economische-evaluaties-in-de-secondheidszorg				
	Referentieprijs 2022 (o.b.v. Zorginstituut tenzij anders vermeld)	Geïndexeerd voor 2025	Bron	
Inwoners NL		18051856	CBS, 2023	
Consumentenprijsindex verschil	121,43	130,3 8,9	CBS	
Mantelzorgers, cliënten en patiënten	€ 18,8	€ 20,5	Zorginstituut NL	
Huisartszorg				
Consult, gemiddeld (ook voor telefonisch en e-mail consult)	€ 31	€ 33,6	per gemiddeld consult Zorginstituut NL	
Visite, gemiddeld	€ 43	€ 47,2	per gemiddelde visite Zorginstituut NL	
Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de avond	€	€ 107,5	Maximumtarief NZa, 2024	
Paramedische zorg				
Fysiotherapie	€ 39	€ 42	per zitting van gemiddeld 30 minuut Zorginstituut NL	
Ofentherapie	€ 43	€ 47	per zitting van gemiddeld 30 minuut Zorginstituut NL	
Logopedie	€ 41	€ 45	per zitting van gemiddeld 30 minuut Zorginstituut NL	
Ergotherapie	€ 24	€ 26	per zitting van gemiddeld 30 minuut Zorginstituut NL	
Diëtist	€ 25	€ 29	per kwartier diëtetiek NZa, 2021	
Leefstijlanbieder	€	€ 91	per uur NZa, tariefbeschikking GUJ 2025	
Medische zorg				
Medisch specialist, algemeen ziekenhuis - per gewerkt uur	€ 96	€ 105	per uur Zorginstituut NL	
Medische specialist, algemeen ziekenhuis - per patiëntegebonden uur	€ 138	€ 150	per uur Zorginstituut NL	
Thuiszorg				
Huishoudelijke hulp thuis	€ 33	€ 36	per uur Zorginstituut NL	
Persoonlijke verzorging thuis	€ 58	€ 63	per uur Zorginstituut NL	
Begeleiding thuis	€ 64	€ 70	per uur Zorginstituut NL	
Verpleging thuis	€ 75	€ 82	per uur Zorginstituut NL	
Behandeling thuis	€ 138	€ 150	per uur Zorginstituut NL	
GGZ				
Contact zorgverlener in de generalistische basis GGZ-instellingen	€ 121	€ 132	per uur Zorginstituut NL	
Contact zorgverlener in de specialistische GGZ-instellingen	€ 134	€ 146	per uur Zorginstituut NL	
Ziekenhuiszorg				
Verpleegdag Ziekenhuis (incl. personeelskosten)	€ 644	€ 701	per dag Zorginstituut NL	
Verpleegdag Intensive Care	€ 2.727	€ 2.969	per dag Zorginstituut NL	
Polikliniek bezoek	€ 120	€ 131	per bezoek Zorginstituut NL	
Bezoek spoedeisende hulp	€ 258	€ 281	per SEH bezoek Zorginstituut NL	
Apotheken:				
Versterkker laag tarief (assistent)	€	€ 47	per uur MKBA Gegevensuitwisseling, Verken	
Versterkker hoog tarief (apotheker)	€	€ 95	per uur	
Senior accountmanager / projectmanager / inkoper	€ 85	€ 93	per uur	
Coördinator salarisschaal 9 Rijksoverheid (integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)	€	€ 68	per uur Handleiding Uurtarieven Rijksoverh	
Projectmanager / teammanager salarisschaal 14 Rijksoverheid (integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)	€	€ 112	per uur Handleiding Uurtarieven Rijksoverh	
QALY	€	€ 50.000	per gewonnen levensjaar in volledige kwaliteit van leven Rijksoverheid (2023): Preventie op	
Modaal salaris	€	€ 46.500	per jaar CPB 2025	
Gemiddelde jaaruitkering WIA - IVA (Inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten)	€	€ 29.781	per jaar UWV, 2025	
Gemiddelde jaaruitkering WIA - WGA (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten)	€	€ 22.852	per jaar UWV, 2025	
Gemiddelde jaaruitkering WW	€	€ 25.338	per jaar UWV, 2025	
Kosten verzuim	€	€ 405	kosten werkgever per dag Szas, TNO, CBS, 2023	
Gemiddelde kosten Zw	€	€ 3.700	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Waarvan tweedelijnszorg	€	€ 1.889	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Waarvan eerstelijnszorg	€	€ 471	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Waarvan wijkverpleging	€	€ 194	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Waarvan apotheekzorg en hulpmiddelen	€	€ 449	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Waarvan geneeskundige GGZ	€	€ 310	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Transformatiemiddelen IZA	€	€ 155	per Nederlander per jaar totaal 2023-2027	
Gemiddelde kosten Zw voor 65-plussers	€	€ 5.574	per 65-plusser per jaar Vektis, 2022	
Waarvan medisch specialistische zorg	€	€ 2.903	per 65-plusser per jaar Vektis, 2022	
Waarvan huisartsenzorg	€	€ 378	per 65-plusser per jaar Vektis, 2022	
Waarvan farmaceutische zorg	€	€ 682	per 65-plusser per jaar Vektis, 2022	
Waarvan wijkverpleging	€	€ 786	per 65-plusser per jaar Vektis, 2022	
Waarvan overig	€	€ 825	per 65-plusser per jaar Vektis, 2022	
Gemiddelde kosten Wlz	€	€ 2.205	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
waarvan ouderenzorg (in natura en PGB)	€	€ 1.113	per Nederlander per jaar Rijksbegroting 2025	
Aantal werkbare uren per jaar (1,0 FTE)		1600 uur		
Uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen	€	€ 5.483.969.000	CBS, 2023	
uitgaven per inwoner	€	€ 308	per jaar CBS, 2023	
aantal gebruikers van Wmo maatwerkvoorzieningen		1.247.750	per jaar Monitor Langdurige Zorg, 2022	
Gemiddelde uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen per gebruiker	€	€ 4.395	per jaar CBS, Monitor Langdurige Zorg, 2022	
Verschuif tussen kosten VPT en opname verpleeghuis	€	€ 1.511	per maand NZa, 2022	

NB: Deze tabellen zijn ingevoegd met het oog op volledigheid en transparantie. Wij realiseren ons dat deze tabellen wellicht lastig leesbaar zijn. Op verzoek kunnen we ze nader toelichten.

Bijlage 3: Referenties

1. Zes succesfactoren voor het werken in hecht wijkverband - Handreiking voor RESV's en organisaties in de wijk [Internet]. [geciteerd 16 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/83e9f7f2-6daa-448b-89dd-69866b40b026/file>
2. Handreiking contractering RESV [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://www.zorgakkoorden.nl/documenten/publicaties/2025/handreiking-resv-plan-v3.pdf>
3. Visie eerstelijnszorg 2030 [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/548ce6c8-70a5-4113-84ef-4b69a022347d/file>
4. Zorgakkoorden.nl [Internet]. 2023 [geciteerd 3 juni 2026]. Regiobeeld Flevoland. Beschikbaar op: <https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>
5. Transformatieplan_Positief_Gezond_Almere.pdf [Internet]. [geciteerd 3 juni 2026]. Beschikbaar op: https://positiefgezondalmere.nl/wp-content/uploads/2025/06/Transformatieplan_Positief_Gezond_Almere.pdf
6. ReHA | RESV en wijksamenwerkingsverbanden (hechte wijkverbanden) [Internet]. [geciteerd 3 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://rehalmere.nl/domeinoverstijgend/resv-en-wijksamenwerkingsverbanden-hechte-wijkverbanden/>
7. GGD GHOR Nederland. Gezondheidsmonitor. GGD GHOR Nederland [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://ggdghor.nl/onderwerp/gezondheidsmonitor/>
8. VNG. Home | Waarstaatjegemeente.nl - cijfers en statistieken van gemeenten [Internet]. [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.waarstaatjegemeente.nl/homewsjg.aspx>
9. Loketgezondleven.nl. Monitoring GALA | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/beleid/gala-spuk/monitoring-gala>
10. Loketgezondleven.nl. Cijfers en feiten ouderen in Nederland | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-worden/feiten-en-cijfers-ouderen>
11. Vektis. Vektis [Internet]. 2025 [geciteerd 15 juni 2025]. Open data | Vektis.nl. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/open-data>
12. Vektis. Vektis [Internet]. 2025 [geciteerd 15 juni 2025]. Gemeentezorgspiegel | Vektis.nl. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/gemeentezorgspiegel>
13. Ministerie van VWS. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) - Publicatie - Zorginstituut Nederland [publicatie] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024 [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>
14. Ministerie van VWS. Zorgsectoren - Nederlandse Zorgautoriteit [webpagina] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2017 [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.nza.nl/zorgsectoren>

15. Juiste Zorg op de Juiste Plek. Juiste Zorg op de Juiste Plek [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Regiobeelden en regioplannen. Beschikbaar op: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>
16. De Schoor [Internet]. [geciteerd 19 mei 2026]. De Schoor -. Beschikbaar op: <http://www.deschoor.nl/ontmoetalmerehaven>
17. Visit Almere [Internet]. [geciteerd 19 mei 2026]. Havenkalender. Beschikbaar op: <https://kalender.havenhart2punt0.nl/nl/kalender>
18. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek [webpagina] [Internet]. 2025 [geciteerd 3 juni 2025]. Kerncijfers wijken en buurten 2024. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/13/kerncijfers-wijken-en-buurten-2024>
19. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) | RIVM [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv>
20. Dashboard AZW. Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/?_state_id_=2442d96e8a4ec790
21. Ministerie van Algemene Zaken. Regeerprogramma kabinet-Schoof - Publicatie - Rijksoverheid.nl [publicatie] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2024 [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/09/13/regeerprogramma-kabinet-schoof>
22. Ministerie van VWS. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' - Rapport - Rijksoverheid.nl [rapport] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2022 [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
23. Verslag-co-creatiesessie-april-2026-WSV.pdf [Internet]. [geciteerd 3 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://rehalmere.nl/wp-content/uploads/2026/04/Verslag-co-creatiesessie-april-2026-WSV.pdf>
24. Buurtadvies.nl. Buurtadvies [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://buurtadvies.nl/regiobeelden/land>
25. StatLine - Gezondheid per wijk en buurt; 2012/2016/2020/2022 (indeling 2022) [Internet]. [geciteerd 3 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50120NED/table>
26. Open Spending | Home [Internet]. [geciteerd 3 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://openspending.nl/gegevens/Gemeenten/per/hoofdfunctie/almere/2026/begroting>
27. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht | Multimorbiditeit | Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 3 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht/multimorbiditeit>
28. Cao Sociaal Werk 2025-2027 | Sociaal Werk werkt! [Internet]. 2020 [geciteerd 4 maart 2026]. Beschikbaar op: <https://www.sociaalwerk-werkt.nl/cao-sociaal-werk-2025-2027>

29. Koninkrijksrelaties M van BZ en. Handleiding Overheidstarieven 2026 | Kennisbank Openbaar Bestuur [webpagina] [Internet]. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; 2025 [geciteerd 20 mei 2026]. Beschikbaar op: <https://www.kennisopenbaarbestuur.nl/documenten/2025/10/20/handleiding-overheidstarieven-2026> doi:10/20/handleiding-overheidstarieven-2026
30. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Passend bewijs voor preventie - richtlijn passend bewijs preventie - Rapport - Rijksoverheid.nl [rapport] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 4 november 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/10/15/eindrapport-adviescommissie-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie> doi:10/15/eindrapport-adviescommissie-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie
31. Kenniscentrum Sport & Bewegen. SROI van sport en bewegen: maatschappelijke opbrengsten 2,76 keer zo hoog als de kosten. Allesoversport.nl [Internet]. 14 maart 2024 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.allesoversport.nl/thema/beleid/sroi-van-sport-en-bewegen-maatschappelijke-opbrengsten-2-76-keer-zo-hoog-als-de-kosten/>
32. Kenniscentrum Sport en Bewegen. De SROI van sport en bewegen is opnieuw berekend - Kenniscentrum Sport en Bewegen. <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/> [Internet]. [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/nieuws/de-sroi-van-sport-en-bewegen-is-opnieuw-berekend/>
33. buurtwijs.nl. buurtwijs.nl [Internet]. 2016 [geciteerd 12 juni 2025]. De impact van een wijklunch kun je meten en berekenen. Beschikbaar op: <https://www.buurtwijs.nl/content/de-impact-van-een-wijklunch-kun-je-meten-en-berekenen>
34. Allesoversport.nl. Hoe het terugdringen van diabetes waarde heeft voor de maatschappij. Allesoversport.nl [Internet]. 11 juni 2021 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/hoe-het-terugdringen-van-diabetes-waarde-heeft-voor-de-maatschappij/>
35. Rijksuniversiteit Groningen [Internet]. 2025 [geciteerd 7 oktober 2025]. Sporten en bewegen verlaagt zorgkosten. Beschikbaar op: <https://www.rug.nl/feb/research/frn/news/archief/2025/250925-buurt-en-wijk-waar-meer-woordt-bewogen-hebben-lagere-zorgkosten>
36. Ministerie van VWS. Verduidelijking valpreventie bij ouderen - Standpunt - Zorginstituut Nederland [rapport] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2022 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2022/03/17/duiding-valpreventie>
37. 2diabeat. Investeren in wijk Samenwerking levert gezondheidswinst op. 2diabeat [Internet]. 15 september 2024 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://2diabeat.nl/2024/09/15/investeren-in-wijk Samenwerking-levert-gezondheidswinst-op/>
38. Elst L van. Welzijn op Recept kan tot 10 procent zorgkosten besparen. Skipr [Internet]. 10 augustus 2023 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.skipr.nl/nieuws/welzijn-op-recept-kan-tot-10-procent-zorgkosten-besparen/>

39. Welzijnoprecept.nl. Rapporten. Welzijnoprecept.nl [Internet]. [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://welzijnoprecept.nl/rapporten/>
40. Juiste Zorg op de Juiste Plek [Internet]. [geciteerd 12 juni 2025]. Goedgekeurde voorstellen en plannen. Beschikbaar op: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/transformatieplannen/goedgekeurde-voorstellen-en-plannen/>
41. Dorien Boot. 'Alle handen aan dek' voor De Gezondste Regio Achterhoek. 8RHK ambassadeurs [Internet]. 3 juli 2024 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://8rhk.nl/alle-handen-aan-dek-voor-de-gezondste-regio-achterhoek/>
42. Significant Public. Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk - eindrapportage monitoring en evaluatie [Internet]. [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: https://www.eerstekamer.nl/overig/20210226/domeinoverstijgend_samenwerken_in/meta
43. TanteLouise. TanteLouise [Internet]. 2025 [geciteerd 12 juni 2025]. Onderzoek: VanThuisUit ondersteunt kostenefficiënt bij langer thuis wonen. Beschikbaar op: <https://tantelouise.nl/nieuws/onderzoek-vanthuisuit-ondersteunt-kostenefficient-bij-langer-thuis-wonen>
44. Ketelaar P, Oosting N, Canoy M. Kunst in zorg wegen naar verankering [Internet]. april 2026. Beschikbaar op: <https://vitavalley.nl/wp-content/uploads/260430-Kunst-in-zorg-wegen-naar-verankering-V1.0.pdf>
45. Michelle van Tongerloo. De Correspondent [Internet]. 2024 [geciteerd 12 juni 2025]. De juiste zorg op de juiste plek – in dit dorp regelen ze het zelf. Beschikbaar op: <https://decorrespondent.nl/15318/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-in-dit-dorp-regelen-ze-het-zelf/37235e46-2585-010c-17be-f04cca9d2eef>
46. Maastricht University. Aanpakken eenzaamheid drukt ook zorgkosten - Nieuws - Maastricht University [Internet]. 2021 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/nieuws/aanpakken-eeenzaamheid-drukt-ook-zorgkosten>
47. Polley e.a. ResearchGate [Internet]. [geciteerd 12 juni 2025]. (PDF) A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. Beschikbaar op: https://www.researchgate.net/publication/318861473_A_review_of_the_evidence_assessing_impact_of_social_prescribing_on_healthcare_demand_and_cost_implications
48. ICT&health. Zelfzorg in eerste lijn leidt tot besparing in tweede lijn | ICT&health [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://icthealth.nl/magazine/editie-06-2018/zelfzorg-in-eerste-lijn-leidt-tot-besparing-in-tweede-lijn>
49. Zelfzorg Ondersteund. Social Return on Investment Analyse Zelfzorg Ondersteund! Update 2018 [Internet]. 2018. Beschikbaar op: <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2022/03/190520-Update-SROI-Zelfzorg-Ondersteund-2018-Rapportage-Definitief.pdf>
50. Voedselbanken Nederland. Voedselbanken.nl Jaarverslag 2024 [Internet]. 2025. Beschikbaar op: <https://voedselbankennederland.nl/wp-content/uploads/2025/05/Voedselbanken-Jaarverslag-2024.pdf>
51. Deloitte. Wat is de sociale impact van Voedselbanken Nederland? [Internet]. oktober 2024. Beschikbaar op: <https://voedselbankennederland.nl/wp-content/uploads/2024/10/5F-20241007-Presentatie-SROI-Voedselbank.pdf>

52. mkba-informatie.nl. Advies van de werkgroep discontovoet (2020) :: Maatschappelijke kosten- en batenanalyse [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.mkba-informatie.nl/mkba-voor-gevorderden/richtlijnen/advies-van-de-werkgroep-discontovoet-2020/>
53. Corvo L, Pastore L, Mastrodascio M, Cepiku D. The social return on investment model: a systematic literature review. *Meditari Account Res.* 10 maart 2022;30(7):49-86. Located at: world. doi:10.1108/MEDAR-05-2021-1307
54. Ministerie van VWS. Preventie op waarde schatten - Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie - Publicatie - Rijksoverheid.nl [publicatie] [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2023 [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/01/17/preventie-op-waarde-schatten-advies-technische-werkgroep-kosten-baten-preventie>
55. FMS_202300328_Integrale zorg_cijfers_Poster_v2 [Internet]. [geciteerd 4 juni 2026]. Beschikbaar op: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-07/poster_integrale_zorg_in_cijfers.pdf
58. NZa. Oplegbrief Paper VPT - Scheiden van wonen en zorg - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706688_22/1/
59. Actuele cijfers verzuim | Sociaal Werk werkt! [Internet]. 2021 [geciteerd 12 november 2025]. Beschikbaar op: <https://www.sociaalwerk-werkt.nl/werkgevers/actuele-cijfers-verzuim>
60. Sazas [Internet]. [geciteerd 12 november 2025]. Wat kost ziekteverzuim per medewerker per dag? Beschikbaar op: <https://www.sazas.nl/kennisbank/verzuim/wat-kost-ziekteverzuim-en-waaruit-bestaan-deze-kosten>
61. Management Boek. Ecosystemen: van natuur naar organisatie [Internet]. [geciteerd 24 december 2025]. Beschikbaar op: <https://www.managementboek.nl/tw/ecosystemen>
62. Geels F. The Multi-Level Perspective on Sustainability Transitions: Background, overview, and current research topics [Internet]. Cambridge Open Engage; 2024 [geciteerd 18 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://www.cambridge.org/engage/coe/article-details/674dc3ed7be152b1d0aef5d8> doi:10.33774/coe-2024-c15gb
63. Vugts M, Scheefhals Z, Vader S, Reckman P, van Vooren N. Vormgeving en inrichting van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden voor de transformatie van zorg naar gezondheid. Tussenrapportage Lerende evaluatie Regionale Samenwerking [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM; 2025 [geciteerd 17 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/655424> doi:10.21945/RIVM-2025-0044
64. Schipper E, Knieriem M. Handreiking Regionale Preventie Infrastructuur.
65. Landelijke nota gezondheidsbeleid | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 17 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/beleid/wettelijke-kaders/landelijke-nota-gezondheidsbeleid>
66. Dib K, Belrhiti Z. Unpacking the black box of interprofessional collaboration within healthcare networks: a scoping review. *BMJ Open.* 13 juni 2025;15(6):e101702. doi:10.1136/bmjopen-2025-101702 PubMed PMID: 40514237; PubMed Central PMCID: PMC12164625.

67. vilans_nl [Internet]. 2025 [geciteerd 17 juni 2026]. Ondersteuning zorgzame gemeenschappen loont financieel. Beschikbaar op: <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/zorgzame-gemeenschappen-financieel-lonend>
68. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Dossier - Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' | Zorginstituut Nederland [webpagina] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024 [geciteerd 17 juni 2026]. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2024/07/01/dossier-kwaliteitskader-generiek-kompas>
69. VitaValley. Social Return On Investment | SROI. VitaValley [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://vitavalley.nl/sroi/>
70. CBS. StatLine - Consumentenprijzen; prijsindex 2015=100 [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131ned/table?ts=1686052550933>
71. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek [webpagina] [Internet]. 2025 [geciteerd 16 juni 2025]. Wmo uitgaven en gemiddelde kosten per cliënt, 2017-2023. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/13/wmo-uitgaven-en-gemiddelde-kosten-per-client-2017-2023>
72. CPB. Actualisatie Verkenning middellange termijn tot en met 2028 (september 2024) [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.cpb.nl/actualisatie-verkenning-middellange-termijn-tot-en-met-2028-september-2024>
73. VNG. Meer ouderen en jongvolwassenen gebruiken Wmo-ondersteuning | VNG [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://vng.nl/nieuws/meer-ouderen-en-jongvolwassenen-gebruiken-wmo-ondersteuning>
74. Ministerie van VWS. Kerncijfers diëtetiek - Paramedische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit [webpagina] [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2020 [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/kerncijfers-paramedische-zorg/kerncijfers-dietetiek>
75. UWV. UWV Januarinota 2025 [Financiële nota] [Internet]. 2025 [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.uwv.nl/nl/publicaties/financiële-nota/2025/januarinota-2025>
76. Zorguitgaven en -ontvangsten Zvw begroting | De Staat van Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.staatvenz.nl/financiële-middelen/zorguitgaven-en-ontvangsten-zvw2-begroting>

Bijlage 4: Deelnemers co-creatiesessie en spiegelsessies

Deelnemers co-creatiesessie Almere Haven

Mensendieck Almere
Flever
Simpl Food
Fysio aan Huis – 2x
Schakelteam
Cliëntenraad De Haak – 2x
GZC de Haak – 3x
Flevoziekenhuis - Gezond Leven Punt – 2x
Woonzorg Flevoland
Bibliotheek
Adviesraad Sociaal Domein
SMC Almere
Gemeente Almere, De Schoor
Bewoner – 3x
Alfa zorg
Senior live
Zilveren Kruis
TIO
Apotheek de Haak
Cureazorg
Zorggroep Almere – 5x

Deelnemers spiegelsessie Almere Stedenwijk

Burgerraad – 2x
Vlo Care, wijkverpleging – 2x
Sportcoach
Projectleider PGA
Teammanager GZ Waterwijk, wijkcoördinator
Gebiedsmanager – 2x
Programmamanager Preventie met Gezag Almere | Team
Hobby4you2
Opbouwwerker
Ouderenwerker Almere-Stad West & Poort
Schakelteam
BSO Bloei met ons
Buurtkamers
Artplayground
Supportertje van Schoon, coördinator van het
Wijkwerker Stedenwijk
Kinderopbouwwerker de Schoor
Specialist Eenzaamheid, voorzorgcirkels
Buurtsuper

Deelnemers spiegelsessie Almere Kruidenwijk

Wijkwerker Opbouwwerk
Wijkverpleging – 4x
Casemanager dementie
Schakelteam
Apotheker
Jong& Volwassen Logopedie
Adviseur Almere Stad West (team leefbaarheid)

Deelnemers spiegelsessie Almere Poort

Welzijnscoach, Welzijn op recept
Dietist
Gebiedsmanager Poort
Praktijkondersteuner somatiek
Teammanager HA, wijkcoördinator
Casemanager (OGGZ-) dementie – 2x
Bibliotheekmedewerker
Huisarts
Manager wijkverpleging – 2x
Sociaal verbinder
Wijkverpleging
Mede-coördinator buurtpreventieteam Almere Poort
Coördinerend buurtsportcoach Almere Haven, Hout en Poort

Bijlage 5: Rapportages spiegelsessies Almere Kruidenwijk, Almere Stedenwijk en Almere Poort

Samenvatting sessie Stedenwijk

In de sessie over Stedenwijk zijn de uitkomsten van de SROI-analyse van Almere Haven besproken en gespiegeld aan de situatie in deze wijk. Daarbij werd aangegeven dat Stedenwijk op onderdelen sterk op Haven lijkt, met name wanneer wordt gekeken naar de binnenring van Haven, maar dat er ook duidelijke verschillen zichtbaar zijn. Net als in Haven spelen armoede en gezondheidsachterstanden een rol, waarbij vergrijzing ook steeds meer een rol speelt, maar in Stedenwijk werd benadrukt dat de diversiteit groter is, dat er meer laaggeletterdheid voorkomt, dat er veel eenoudergezinnen zijn en dat de verhuisbewegingen hoger liggen. Ook werd benoemd dat de sociale samenhang minder vanzelfsprekend is dan in Haven, waar meer sprake is van een dorpsgevoel en onderlinge bekendheid. Aanwezigen gaven aan dat de lokale context vraagt om een andere benadering, onder meer omdat bepaalde groepen in Stedenwijk moeilijker worden bereikt, zoals jongeren en delen van de Marokkaanse gemeenschap. Daarnaast kwam naar voren dat eenzaamheid onder zowel jongeren als ouderen speelt en dat de samenwerking weliswaar al behoorlijk sterk is, maar ook kwetsbaar blijft doordat deze vaak persoonsafhankelijk is. Ook op thema's als de samenwerking met de GGZ en paramedici zijn nog stappen nodig. De sessie maakte daarmee duidelijk dat de SROI-resultaten van Haven waardevolle aanknopingspunten bieden, maar dat de opbrengsten in Stedenwijk vooral gerealiseerd kunnen worden als de aanpak beter aansluit op de grotere diversiteit, de beperktere sociale cohesie en de specifieke doelgroepen in de wijk.

Dromen samenwerkingsverbanden Stedenwijk

Groep	Dromen	Obstakels	Oplossingen
Groep 1	Inwoners en professionals besturen de wijk van onderop, waarbij de gemeente faciliteert.	Gebrek aan geld en gemeentelijke kaders die niet altijd de stem van de wijk weerspiegelen.	Meer ruimte geven aan inwoners en professionals om zelf te bepalen wat nodig is.
	Meer vertrouwen in plaats van wantrouwen tussen professionals, inwoners en onderling.	Toenemend individualisme en weinig vertrouwen in de overheid.	Sociale verbinders inzetten vanuit bijvoorbeeld een burgerraad om behoeften in beeld te brengen.
	Meer inwoners die naar elkaar omkijken en meer gemeenschapszin.	Groot verloop onder professionals, waardoor vertrouwensbanden moeilijk worden opgebouwd.	Vertrouwen vergroten door inwoners echt mee te laten tellen.
	Minder eilandjes tussen inwoners, cultureel en qua leeftijd.	Een sterke ik-gedachte.	De visie op samenwerking beter verankeren binnen organisaties.
	Minder eenzaamheid.	Groepen blijven binnen hun eigen kring en taalbarrières maken contact moeilijker.	Taalontwikkeling en ontmoeting ondersteunen waar daar behoefte aan is.
	Eén plek van waaruit inwoners naar passende ondersteuning worden gewezen.	Inwoners zien niet altijd de meerwaarde van participatie.	

	Inwonerparticipatie verbinden aan kinderp participatie.	Kwetsbaarheid wordt liever niet zichtbaar gemaakt.	Regels die ontwikkeling belemmeren kritisch herzien.
	Een sterk netwerk rondom jeugd.	Een uitgestoken hand wordt soms gezien als bemoeienis.	
	Meer tijd en ruimte voor zorgprofessionals om contact te maken met andere professionals en inwoners.	Samenwerking wordt niet gefinancierd binnen bestaande bekostigingsstructuren.	
		Doelen, plannen en regels kosten veel tijd.	
	Elkaar kennen en weten te vinden via een sociale kaart voor professionals en inwoners.	Het opbouwen van een netwerk lijkt moeilijk haalbaar.	
	Meer bewonersbetrokkenheid en bereikbaarheid van gemeenschappen in de wijk.	Er is onvoldoende tijd en geld.	Een website of digitaal platform kan alsnog een deel van de bewoners bereiken.
	Respect voor alle culturen in de wijk.	Respect is niet afdwingbaar.	Meer tijd investeren in netwerkopbouw tussen culturen en bewoners.
Groep 2	Een centraal informatiepunt in Stedenwijk, bijvoorbeeld een website of platform.	Bewoners zijn niet altijd gemotiveerd om samen te werken of te participeren.	Werken met ambassadeurs per groep die informatie doorgeven aan hun achterban.
	Bewonersparticipatie waarin ideeën samen worden uitgewerkt.	Culturen hoeven niet vanzelfsprekend samen te werken.	Iedereen gelijkwaardig behandelen om hokjesdenken te voorkomen.
	Zorg- en welzijnsaanbieders weten van elkaar wat zij doen.	Weten en willen is niet hetzelfde.	
	Een hecht samenwerkingsverband.	Een sociale kaart is lastig houdbaar.	
	Voldoende tijd en middelen om professioneel te werken.	Websites worden mogelijk niet bezocht of actueel gehouden.	
Groep 3	Kennis van waar inwoners en professionals terechtkunnen via een levende sociale kaart in de vorm van een persoon.	Digitale vaardigheden zijn niet vanzelfsprekend.	Een schakelteam kan taken rondom overzicht en verbinding oppakken.
	Kortere lijnen tussen betrokkenen.	Gebrek aan capaciteit, tijd, professionals en vrijwilligers.	Opbouwwerkers kunnen fungeren als vast gezicht in de wijk.
		Er is behoefte aan een vast gezicht om vertrouwen op te bouwen.	

Groep 4	Goede overdrachten binnen het sociaal en zorgdomein.	Privacy en AVG bemoeilijken het delen van informatie.	Eén persoon met totaaloverzicht, bijvoorbeeld een SLT-manager.
	Vasthouden aan wat goed gaat door beter overzicht op wat er in de wijk gebeurt.	Er blijft een groep eenzame mensen achter.	Stevige lokale teams met verantwoordelijkheid voor alle leeftijden en verbinding met zorg en later ook GGZ.
	Minder afval op straat.	Er wordt gewerkt via instituties in plaats van vanuit mensen.	Een digitaal platform, gefaciliteerd door de gemeente, waarop inwoners ideeën en initiatieven kunnen delen.
	Meer handhaving en verlichting in de wijk.	Overdrachten mislukken doordat mensen al weg zijn voordat opvolging geregeld is.	Een nieuwsbrief gekoppeld aan dit platform wanneer bewoners dat willen.
		Posities verdwijnen door tijdelijke projectfinanciering.	
		Aanbestedingen verstoren continuïteit en vertrouwen.	
		Marktwerving geeft weinig financiële prikkel om samen te werken.	
		Gebrek aan regie vanuit de gemeente.	
		De gemeente heeft zelf onvoldoende overzicht en werkt te traag.	
	Een burgerraad die samenwerkt met aanbieders.	Mensen voelen zich niet altijd serieus genomen.	Beter zichtbaar maken waar ontmoetingsplekken en ondersteuning te vinden zijn.
	Jongeren weten waar zij terechtkunnen.	De burgerraad wordt niet altijd als representatief gezien.	Meer inzetten op gelijkwaardigheid en representatie binnen participatievormen zoals de burgerraad.
	Meer contact tussen inwoners en betrokken partijen.	Er is niet altijd sprake van gelijkwaardigheid.	Gericht werken aan gemeenschapszin en onderling contact.
	Ontmoetingsplekken die beter vindbaar zijn.	Taal kan hierin een rol spelen.	
	Meer focus op gemeenschapszin.	Ontmoetingsplekken bestaan soms wel, maar zijn onvoldoende vindbaar.	

Samenvatting sessie Kruidenwijk

In de sessie over Kruidenwijk zijn de SROI-resultaten van Almere Haven besproken en gespiegeld aan de kenmerken en mogelijkheden van deze wijk. Daarbij werd gekeken in hoeverre de opbrengsten en werkzame elementen uit Haven ook herkenbaar of haalbaar zijn in Kruidenwijk. De deelnemers gaven aan dat domeinoverstijgende samenwerking tussen de eerste lijn en het sociaal domein ook hier veel meerwaarde kan hebben, bijvoorbeeld doordat professionals elkaar beter leren kennen, het lokale aanbod inzichtelijker wordt, verwijzingen naar het voorliggende veld gemakkelijker verlopen en er meer vertrouwen en kortere lijnen ontstaan. Tegelijkertijd liet de spiegeling met Haven ook belangrijke verschillen zien. Zo werd benoemd dat Kruidenwijk cultureel anders is samengesteld, dat er relatief veel werkenden zijn die toch gebruikmaken van sociale voorzieningen, dat jeugdproblematiek en eenzaamheid herkenbare thema's zijn en dat de wijk in vergelijking met Haven meer verouderd is. Een belangrijk punt in de bespreking was dat er in Kruidenwijk wel activiteiten en samenwerkingsinitiatieven bestaan, maar dat deze versnipperd zijn en voor bewoners en professionals moeilijk vindbaar blijven. Anders dan in Haven werd het tekort aan ontmoetingsplekken hier juist sterk herkend. De SROI-resultaten van Haven werden daardoor niet alleen gezien als bevestiging van het belang van samenwerking, maar ook als aanleiding om na te denken over wat er in Kruidenwijk extra nodig is om vergelijkbare maatschappelijke opbrengsten te behalen. Daarbij werd gewezen op de noodzaak van meer ontmoetingsruimte, betere overdracht bij personeelsverloop, meer zicht op elkaars aanbod en een aanpak op buurtniveau. Ook voor jongeren geldt dat een gerichte en samen met hen ontwikkelde benadering nodig is. De sessie liet daarmee zien dat de lessen uit Haven bruikbaar zijn, maar dat de voorwaarden om tot soortgelijke impact te komen in Kruidenwijk sterker moeten worden georganiseerd.

Dromen samenwerkingsverbanden Kruidenwijk

Groep	Dromen	Obstakels	Oplossingen
Groep 1	Makkelijker vinden van netwerken.	Personeelsverloop maakt het lastig om elkaar blijvend te kennen.	Overdracht goed regelen binnen organisaties en waar mogelijk ook binnen disciplines.
	Professionals kennen elkaar persoonlijk en weten wie wat doet.	Mensen zitten soms kort in functie, waardoor overdracht kwetsbaar is.	Best practices delen, bijvoorbeeld over samenwerking en inzicht in elkaars dossiers wanneer dat nodig en mogelijk is.
	Samen meer voor elkaar krijgen en als gezamenlijke partijen meer stem hebben dan afzonderlijk.	De waan van de dag maakt samenwerking te vrijblijvend.	Een betaalstructuur creëren die samenwerken mogelijk maakt.
	De mens zien als mens, niet als toekomstige cliënt.	Rivaliteit, cliëntbehoud of het gevoel van zieleltjes winnen kan samenwerking in de weg staan.	Elkaar leren kennen op buurtniveau in plaats van op wijkniveau, zodat het overzicht behapbaar blijft.
	Toename van kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en sociale cohesie bij inwoners.	De wil om samen te werken is er mogelijk op de werkvloer, maar wordt soms van bovenaf belemmerd.	Voor een ontmoetingscentrum schakelen met de gemeente.
	Een ontmoetingscentrum voor iedereen, geopend van 8.00 tot 20.00 uur en	Er is onvoldoende kennis over wat al mogelijk is op	

Groep
2

elke dag van de week toegankelijk.	het gebied van samenwerking.	Werken met een pop-upconcept om laagdrempelig te starten.
Een plek waar inwoners elkaar kennen, ondersteunen en waar nieuwe initiatieven mogen ontstaan.	Er zijn te veel professionals om elkaar allemaal persoonlijk te kennen.	Bedrijven betrekken bij ruimte, middelen of uitvoering.
Jongeren kunnen van betekenis zijn voor elkaar en voor ouderen.	Voor een ontmoetingscentrum is niet vanzelfsprekend geld beschikbaar.	Schakelen met woningbouw en bestaande leegstaande ruimtes benutten.
Inwoners echt betrekken en mee laten beslissen, in plaats van inwonersparticipatie als vinkje.	Er is mogelijk geen geschikte ruimte beschikbaar of de bestemming van een ruimte past niet.	Vrijwilligerswerk aantrekkelijk maken, vrijwilligers koesteren en drempels om bij te dragen wegnemen.
Meer doen en minder blijven hangen in overlegtafels en plannen.	Het vinden en vasthouden van vrijwilligers voor activiteiten kan lastig zijn.	Indien nodig een coördinator inzetten om activiteiten en vrijwilligers te ondersteunen.
Bewijslast anders inrichten, met meer vertrouwen en meer aandacht voor wat initiatieven in de praktijk opleveren.	Inwoners hebben mogelijk onvoldoende animo of tijd om naar een ontmoetingscentrum te gaan.	
Minder versnippering door één duidelijk aanspreekpunt voor inwoners.	Bij minder versnippering blijft onduidelijk bij wie dit belegd moet worden, met welk geld en of dit digitaal of fysiek moet worden georganiseerd.	
Mensen met verborgen armoede weten waar zij terecht kunnen.		
Digitalisering inzetten zodat inwoners beter geholpen kunnen worden met hun klachten en vragen.	Er is geen geschikte ruimte beschikbaar.	Creatief omgaan met ruimte door te kijken naar scholen, BSO's, bedrijven en andere bestaande locaties.
Jeugdcriminaliteit aanpakken via twee sporen: weerbaarheid en bewustwording.	Er is geen budget.	Financiering zoeken via het VSBfonds, crowdfunding, sponsoring door bedrijven en bijdragen vanuit de buurt.
Peers en voorbeeldfiguren inzetten voor jongeren.	Jongeren zijn moeilijk aanspreekbaar.	De oplossing voor jongeren niet alleen door professionals laten bedenken, maar
	Cultuurverschillen kunnen verbinding tussen groepen bemoeilijken.	
	Ouderen gebruiken mogelijk geen digitaal platform.	

Programma's zoals
Politiekids gebruiken om
jongeren op een positieve
manier te betrekken.

Een buurthuis realiseren
als centrale
ontmoetingsplek.

Festivals organiseren om
inwoners bij elkaar te
brengen.

werken met mensen die
jongeren raken,
voorbeeldfiguren en peers.

Eten en muziek inzetten via
festivals om
cultuurverschillen te
overbruggen en ontmoeting
te stimuleren.

Voor ouderen naast digitale
middelen ook andere vormen
van informatievoorziening en
ondersteuning organiseren.

Samenvatting sessie Poort

In de spiegelsessie over Almere Poort zijn de uitkomsten van de SROI-analyse van Almere Haven besproken en afgezet tegen de situatie in Poort. Tijdens deze vergelijking werd duidelijk dat sommige thema's uit Haven ook in Poort herkenbaar zijn, maar dat de wijk op meerdere punten een andere dynamiek kent. Zo werd benoemd dat ook in Poort verschillen tussen jongeren en ouderen zichtbaar zijn, maar dat Poort als geheel veel jonger is en tegelijkertijd minder sociale cohesie kent dan Haven. Deelnemers gaven aan dat Haven dorpsaandacht voelt en dat bewoners daar gemakkelijker naar elkaar omzien, terwijl in Poort de onderlinge verbondenheid beperkter is en veel inwoners door verhuiskwesties, internationale achtergronden en een grote groep expats minder stevig in de wijk zijn geworteld. Bij de bespreking van de SROI-resultaten uit Haven werd verkend welke opbrengsten van hechte samenwerking ook in Poort relevant kunnen zijn. Daarbij kwamen thema's naar voren zoals het bereiken van eenzame inwoners, omgaan met multiproblematiek, het signaleren van verborgen armoede en het organiseren van passend aanbod voor specifieke groepen, zoals jonge mensen met dementie. Ook werd stilgestaan bij de vraag welke randvoorwaarden in Poort nog ontbreken om vergelijkbare maatschappelijke opbrengsten te realiseren. Er zijn wel activiteiten en initiatieven, onder meer rond groen, taal en vanuit de moskee, maar het aanbod is nog onvoldoende samenhangend en zichtbaar. Daarnaast werd duidelijk dat de samenwerking tussen zorg en sociaal domein nog verder ontwikkeld moet worden, vooral in relatie tot huisartsen en andere eerstelijnsinstellingen. De aanwezigheid van een welzijnscoach in de huisartsenpraktijk werd daarbij genoemd als een voorbeeld van wat goed werkt. De sessie maakte duidelijk dat de SROI-resultaten van Haven richting geven aan wat ook in Poort mogelijk is, maar dat daarvoor eerst moet worden geïnvesteerd in sterkere samenwerking, meer onderlinge zichtbaarheid en een beter passend aanbod voor de diverse en minder hechte wijkcontext.

Dromen samenwerkingsverbanden Poort

Groep	Dromen	Obstakels	Oplossingen	
Groep 1	Elkaar beter kennen en vinden	Eilandjescultuur en vriendjespolitiek	Werken met ambassadeurs die vertrouwen in het loket uitdragen	
	Laagdrempelig mensen helpen	Negatieve houding		
	Niet alleen medisch, maar ook aandacht voor achterliggende problematiek	Onduidelijkheid over wie het moet regelen	Stap voor stap opbouwen	
	Een centrale, toegankelijke plek in de wijk waar verschillende disciplines aanwezig zijn en naar elkaar kunnen verwijzen	Gebrek aan overzicht	Het netwerk van mensen gebruiken als sociale kaart	
		Het opzetten en behouden van een sociale ontmoetingsplek		
		Niet iedereen wordt bereikt	Het eigenaarschap van het loket bij de gemeente beleggen zodat er geen directe belangen spelen	
	Geen wachttijd	Onduidelijkheid over de positionering van het loket		
	Één digitaal systeem	Vertrouwen blijft sterk bij artsen liggen en minder bij een nieuw loket	Een organiserend loket vanuit RESV	
	Een plek die voelt als een woonkamer of bibliotheek midden in de wijk			
	Groep 2	De basisinfrastructuur op orde, zoals jongerencentra in Noord en Zuid	Kosten	Community building met rolmodellen en sociaal verwijzen
Voetbalvelden		Beperkte digitale vaardigheden		
Een grote bibliotheek		Informatie is niet actueel		
Actievere bewoners		Wantrouwen		
Meer vrijwilligers en betere ondersteuning voor hen vanuit de gemeente		Ruimtegebrek doordat op mogelijke ontmoetingsplekken wordt gebouwd	Kritisch kijken naar de inrichting en bebouwing van de wijk zodat ruimte voor ontmoeting behouden blijft	
Beter vindbaar en actueel aanbod in de wijk		Te weinig gemeenschapszin door een wisselende en diverse samenstelling van de wijk		
Minder stille armoede en eenzaamheid				
Meer multidisciplinair overleg				
Groep 3		Meer samenwerking met bewoners en meer tijd of	Mensen hebben het te druk met werk en gezin, ervaren niet altijd meerwaarde en	Projecten starten op basisscholen om kinderen vroeg te betrekken en

ruimte voor hen om mee te doen	weten soms niet dat actieve betrokkenheid mogelijk is	verbinding te leggen met bijvoorbeeld ouderen
Betere triage door professionals naar passende zorg en ondersteuning	Gebrek aan geld en tijd om het goed in te richten	Informatie delen
Meer maatjestrjecten, onder andere voor mensen met dementie	De eerste reflex blijft vaak de huisarts	Een vast aanspreekpunt of verbinder inzetten die overzicht heeft van wat er is en mensen kan doorverwijzen, bijvoorbeeld vanuit het wijkteam
Een hechtere wijk waarin inwoners en professionals meer naar elkaar omkijken	Verhuizingen verstoren de opbouw van contact	Voortbouwen op wat bestuurlijk al in beweging is binnen RESV
Beter inzicht in het aanbod en in wie wat kan betekenen	Onvoldoende ontmoetingsplekken	
Meer veiligheid	Wantrouwen onderling en richting instanties	
Een warm welkom voor nieuwe inwoners met overzicht van activiteiten en ondersteuning	Iedereen heeft een eigen opdracht	
	Het is onduidelijk wie wat doet	
	Regie ontbreekt	
	Privacyvraagstukken spelen mee	

Colofon

© VitaValley 2026

Op deze publicatie van VitaValley is de [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0](#) licentie van toepassing.

Dit betekent dat het gebruikt mag worden als wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden:

- Naamsvermelding (vermelding van VitaValley, eventuele auteur(s) en een URL of hyperlink naar het materiaal);
- Er wordt een link geplaatst naar de [Creative Commons licentie](#);
- Wijzigingen worden aangeduid;
- Het gebruik mag niet-commercieel zijn;
- Afgeleide werken zijn toegestaan, maar worden onder dezelfde licentie vrijgegeven (gelijk delen).

Op content van derden, teksten in de publicatie waar dit specifiek bij benoemd staat en op beeldmateriaal is deze licentie niet van toepassing.

Opdrachtgever

ReHa

Contactpersonen: Carin van Middelkoop, Karen Plantinga en Debby Lautenbach

Financier

ZonMw, 10880012420014

Auteurs

Laura Dogan-Hendriks, Maarten Ploeg, Pim Ketelaar en Marcel Canoy

Versiebeheer

V1.0, Juni 2026

260625 - Rapportage impactstudie Almere V1.0

Contactgegevens

Zonneoordlaan 17

6718 TK Ede

0318 65 77 15

info@vitavalley.nl

www.vitavalley.nl

VitaValley is een Algemeen Nut Beogende Instelling.



Bewoners en professionals in de praktijk weten wat werkt: zorgzame buurten, domeinoverstijgende samenwerking, preventieve aanpakken. Ze zien de waarde. Ze ervaren de impact. Maar het is vaak lastig om deze maatschappelijke waarde op een transparante en objectieve manier onder de aandacht te brengen. De onderzoekteams van VitaValley hebben meer dan 100 SROI-analyses gemaakt in het zorg- en/of sociaal domein. Wij zijn de enige onafhankelijke organisatie in Nederland die transparante impactstudies publiceert van essentiële doorbraken in het gehele zorg- en sociaal domein.

Stichting VitaValley is een Algemeen Nut Beoogde Instelling (ANBI). Ga voor een actueel overzicht van onze programma's, partners en cases naar www.vitavalley.nl.

VitaValley