



# **SROI-rapportage Sleutelpersonen binnen Gezond Ouder Worden**

Maart 2026

In opdracht van de gemeente Utrecht en Pharos

**VitaValley**

## Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Management samenvatting	3
Inleiding	4
Theory of change	6
Waarderingen - uitgangspunten	8
Opschaling – 2025 t/m 2029	10
Waardering - inbreng	11
Waardering - opbrengsten	13
Social Return on Investment - samenvatting	20
Scenario's	22
Moeilijk monetariseerbare baten	24
Slotbeschouwing	26
Bijlage: Over de methode SROI	28
Bijlage: Referentieprijzen	29
Bijlage: Referenties	31

## Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de Social Return on Investment (SROI) analyse die we maakten over de rol van sleutelpersonen binnen het pilotprogramma Gezond Ouder Worden in gemeente Utrecht. Dat deden we in opdracht van Pharos en de gemeente Utrecht.

De gemeente Utrecht en Pharos willen de maatschappelijke waarde van de rol van sleutelpersonen inzichtelijk hebben, ter ondersteuning van toekomstige besluitvorming omtrent deze werkwijze. Daarom brengen we, als onafhankelijke partij, in deze SROI-analyse de economische én sociale waarde in kaart van de rol van sleutelpersonen – specifiek binnen de context van Gezond Ouder Worden. We stelden samen met alle betrokkenen de totale inbreng en verwachte opbrengst voor een periode van 5 jaar (2025 t/m 2029) vast. Dat deden we door interviews, deskresearch, een workshop, een terugkoppeling van de bevindingen en verschillende besprekingen. naar aanleiding van conceptrapportages.

Deze SROI-analyse geeft daarmee inzicht in maatschappelijke kosten en baten van de rol van sleutelpersonen binnen de context van Gezond Ouder Worden: integraal, domein overstijgend en op langere termijn. Dit gezamenlijke inzicht is opgebouwd uit alles wat de betrokkenen weten, vermoeden en aannemen; uiteraard met de nodige onzekerheden, maar tegelijkertijd met voldoende robuustheid voor weloverwogen beleidskeuzes.

Onze ambitie is om met dit document een breder doel te bereiken dan alleen een SROI-analyse voor de inzet van sleutelpersonen in Utrecht te maken. Vele initiatieven in het land zitten in hetzelfde schuitje en worstelen met het inzichtelijk maken van de maatschappelijke waarde van de inzet van sleutelpersonen. Financiers willen graag weten wat de maatschappelijke kosten-baten analyse is om de opbrengsten inzichtelijk te maken. Hierbij presenteren we het resultaat daarvan.

Wij wensen u een constructieve dialoog en zorgvuldige besluitvorming.

*Maart 2026*

Auteurs: Laura Dogan-Hendriks, Pim Ketelaar, Maarten Ploeg, Jing Jing Cai

In opdracht van:



## Management samenvatting

VitaValley heeft, in opdracht van Pharos en de gemeente Utrecht, een Social Return on Investment (SROI) analyse gemaakt over de rol van sleutelpersonen in de context van het pilotprogramma Gezond Ouder Worden (GOW).

Een SROI-analyse is een robuuste methode om maatschappelijke kosten en baten in kaart te brengen. VitaValley heeft al vele SROI-analyses gemaakt voor initiatieven in het sociaal- en zorgdomein. Vaak bleek dit een goed startpunt voor een dialoog over kosten, baten en financiering. De SROI-analyses die gemaakt worden, gaan doorgaans over interventies die nu eenmaal een ander soort bewijslast en methodologie met zich meebrengen dan de gouden standaard in zorg en wetenschap. Daarnaast vormen de doorlooptijd en beschikbare onderzoeksfinanciering voor dergelijke interventies vaak een knelpunt. De maatschappelijke baten zijn daardoor niet per se minder. Het is de plicht van de onderzoekers om zo goed mogelijk te roeien met de riemen die ze hebben en transparant te zijn over de beperkingen. Het is vervolgens aan het systeem (beleidsmakers en beleidsuitvoerders) om kritisch, maar *open-minded* naar de bewijslast te kijken. De recente richtlijn *Passend bewijs voor preventie* geeft hier aanwijzingen voor en in deze SROI-analyse sluiten we hier zoveel mogelijk op aan.

Sinds 2025 zijn in Utrecht op initiatief van de gemeente Utrecht en de eerstelijnszorgorganisatie Sterkzorg diverse GOW-groepen gestart met als doel de gezondheidsvaardigheden van groepen ouderen (55+) met een migratieachtergrond te versterken. Cruciaal binnen deze aanpak zijn de sleutelpersonen, mensen die de taal en gebruiken van een specifieke sociale groep goed kennen en kennis hebben van het Nederlandse zorg- en welzijnssysteem. Zij geven voorlichting aan de deelnemende ouderen en vormen zo een brugfunctie tussen de ouderen en het zorg- en sociaal domein.

Uit de analyse blijkt dat het maatschappelijke rendement van de inzet van sleutelpersonen positief is. Over de periode van 5 jaar wordt €6.162K aan maatschappelijke waarde gecreëerd, terwijl de kosten over die periode zo'n €1.847K bedragen. De SROI-ratio is 3,3: elke euro geïnvesteerd in sleutelpersonen binnen GOW heeft een maatschappelijk rendement van 3,3 euro. Hierbij is een aantal moeilijk meetbare baten (denk aan een toename in werkplezier voor de professionals in zorg- en sociaal domein en de waarde voor de sleutelpersonen zelf) niet meegenomen. De SROI-analyse is gebaseerd op alles wat we op dit moment weten, vermoeden en aannemen. We kijken vooruit over een periode van vijf jaar en we weten dat de praktijk dynamisch kan zijn. Daarom zijn er een viertal scenario's uitgewerkt met de daarbij behorende implicaties voor de berekende maatschappelijke waarde. Zelfs wanneer er minder ouderen zullen deelnemen aan de groepen of wanneer de sleutelpersonen volledig betaald worden, blijft de maatschappelijke impact positief.

## Inleiding

In Utrecht groeit het aantal ouderen de komende jaren sterk en een steeds groter deel van hen heeft een migratieachtergrond. Deze ontwikkeling brengt specifieke uitdagingen met zich mee. Een deel van de ouderen met een migratieachtergrond ervaren vaker een minder goede gezondheid, minder goede gezondheidsvaardigheden en vinden moeilijker hun weg in het zorg- en welzijnssysteem.(1–3) Daardoor bereiken zij ondersteuning vaak te laat, met onnodig leed én hogere maatschappelijke kosten als gevolg.(4) Binnen het pilotprogramma *Gezond Ouder Worden (GOW) – ouderen met een migratieachtergrond* werken gemeente Utrecht, de huisartsenorganisatie Sterkzorg, Pharos, maatschappelijke partners en sleutelpersonen samen om deze trend te doorbreken. Sleutelpersonen spelen hierin een unieke rol: zij vormen een vertrouwde schakel in de gemeenschap, hebben zicht op wat er speelt binnen groepen ouderen en weten waar behoeften, zorgen en kansen liggen. Dit programma wordt in Utrecht uitgevoerd als een pilot, waarin we onderzoeken hoe deze aanpak in de praktijk werkt en hoe deze verder kan worden vormgegeven en versterkt.

Sleutelpersonen werkzaam binnen GOW werken aan het versterken van de gezondheid, het welzijn en de regie van ouderen door hen samen te brengen, sociale netwerken te versterken en bewustzijn te vergroten over thema's die bij ouder worden essentieel zijn, zoals bewegen, voeding, mentale gezondheid, dementie en toekomstgericht leven. Ze geven gezondheidsvoorlichting, communiceren cultuur- en taalgevoelig, fungeren als brug tussen het formele zorg- en ondersteuningssysteem en de doelgroep en signaleren gezondheidsproblemen vroegtijdig. Het doel is om daarmee ouderen te helpen om passende ondersteuning en/ of zorg tijdiger te vinden, het vertrouwen in voorzieningen te vergroten en bij te dragen aan een inclusiever zorg- en welzijnsaanbod. Tegelijkertijd kunnen sleutelpersonen ook bijdragen aan dat het aanbod van professionals beter aansluit bij de behoeften en context van ouderen. Deze inzet sluit goed aan bij de bredere maatschappelijke ambitie om gezondheidsachterstanden te verkleinen en ouderen langer vitaal, verbonden en zelfredzaam te laten zijn.(5)

De gemeente Utrecht en Pharos hebben aan VitaValley gevraagd om de maatschappelijke impact van de inzet van sleutelpersonen binnen GOW in kaart te brengen; hoe groot zijn de maatschappelijke kosten en baten en bij wie slaan deze neer? Bij interventies in de zorg en het sociale domein ontstaan vaak vragen over de gerealiseerde impact van interventies. 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 maatschappelijke kosten-batenanalyse te maken. We vergelijken de interventie met de tegenfeitelijke situatie: de situatie waarin de sleutelpersonen en de GOW groepen er niet zijn.

In deze rapportage presenteren we de resultaten van deze SROI-analyse, met een aantal scenario analyses. Het doel hiervan is het bevorderen van een constructieve dialoog over de maatschappelijke waarde van de inzet van sleutelpersonen en hoe deze te verzilveren. Deze rapportage gaat primair over de inzet van sleutelpersonen in de context van het programma *Gezond Ouder Worden* in Utrecht. Deze rapportage kan echter ook gebruikt worden om de inzet van sleutelpersonen op andere plekken in het land te duiden, met inachtneming van de lokale context.

## De SROI-analyse

Deze Social Return On Investment (SROI) analyse betreft een analyse van de rol van sleutelpersonen binnen het programma Gezond Ouder Worden.

## 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 (in geld uitdrukken) 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 rol van sleutelpersonen. 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 de opbrengsten neerslaan en hoe zeker de opbrengsten zijn.

## Social Return on Investment

Dit leidt tot een samenvatting van de Social Return on Investment. Op basis van alles wat we gemonetariseerd hebben concluderen we de SROI-ratio 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.

## Slotbeschouwing

Op basis van de SROI-analyse aangevuld met het overzicht van moeilijk monetariseerbare baten trekken we conclusies over de maatschappelijke waarde en doen we aanbevelingen aan de gemeente Utrecht en Pharos en andere belanghebbenden hoe deze waarde te verzilveren. Daarbij schetsen we hoe deze SROI-analyse vertaald kan worden naar andere contexten, met vergelijkbare vraagstukken, waar sleutelpersonen (gaan) worden ingezet.

## Theory of change

Om te weten welke interventie we beoordelen, is het goed te bezien waar de interventie uit bestaat. Hieronder schetsen we het probleem, de interventie, de doelen en de scope van de SROI-analyse.

### Probleemschets

In Utrecht groeit het aantal ouderen sterk. Tot 2040 stijgt het aantal 65-plussers met bijna 60% en steeds meer van hen hebben een migratieachtergrond (nu 25%). Het percentage 55 tot 65-jarigen met een migratieachtergrond is 33%.<sup>(6,7)</sup> Deze ouderen hebben vaker een minder goed ervaren gezondheid, minder goede gezondheidsvaardigheden en minder regie over eigen leven.<sup>(8)</sup> Dat komt onder meer door persoonlijke omstandigheden, sociale en economische factoren, en een complex zorg- en welzijnssysteem dat niet altijd goed aansluit. Gevolg: zorg en ondersteuning worden vaak te laat bereikt, met onnodig leed én hogere zorgkosten tot gevolg.<sup>(3,4)</sup>

### Interventie

In het pilotprogramma 'Gezond Ouder Worden – ouderen met een migratieachtergrond' (GOW) worden specifieke sleutelpersonen getraind om gezondheidsvaardigheden bij groepen ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers te versterken. De sleutelpersonen nemen de opgedane kennis mee naar de groepen ouderen die zij samenbrengen en begeleiden. De sleutelpersonen krijgen (aanvullende) training op thema's die juist bij ouder worden cruciaal zijn, namelijk: bouwstenen Bewegen, Voeding, Mentale Gezondheid, Dementie en Toekomst.

Sleutelpersonen\* hebben tot doel de gezondheid, het welzijn en de regie van ouderen te versterken door:

- ouderen samen te brengen en sociale netwerken te versterken;
- bewustzijn, kennis te vergroten en vaardigheden te leren over bewegen, voeding, mentale gezondheid, dementie en toekomst;
- cultuur- en taalgevoelig te communiceren;
- als brug te fungeren tussen zorg- en ondersteuningssystemen en de doelgroep;
- tijdig gezondheidsproblemen te signaleren;
- professionals te helpen hun aanbod beter af te stemmen op de doelgroep.

*\*'Sleutelpersonen nemen een belangrijke positie in binnen een specifieke groep. Ze kunnen verschillende rollen hebben, zoals voorlichter, bemiddelaar, verkenner, adviseur en rolmodel. Sleutelpersonen hebben vaak een of meerdere trainingen gevolgd om hun kennis en vaardigheden te versterken. Binnen het GOW-programma ligt de focus op de rol van de sleutelpersoon als voorlichter. Daarnaast is de 3-daagse basistraining Sleutelpersonen Gezondheid van Pharos een veel gevolgde training.'*

We vergelijken de interventie met de tegenfeitelijke situatie: de situatie waarin de sleutelpersonen en de GOW groepen er niet zijn.

### Doelen

Het verkleinen van gezondheidsachterstanden, het versterken van gezondheidsvaardigheden en het inclusiever maken van aanbod voor oudere inwoners en hun mantelzorgers met een migratieachtergrond in Utrecht. Door samenwerking met en inzet van sleutelpersonen sluit gezondheidsvoorlichting beter aan, kan de juiste zorg (tijdiger) worden gevraagd, ontstaat meer regie over het eigen leven en worden acute zorg en complicaties voorkomen.

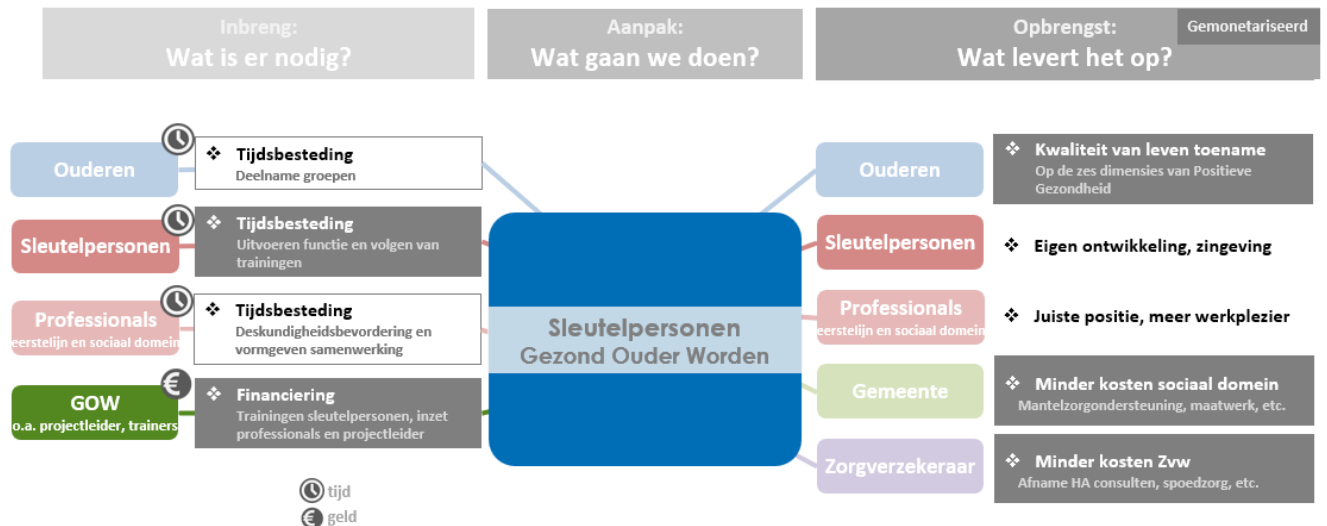
### Scope van de SROI-analyse

We kijken over een periode van 5 jaar: 2025 t/m 2029. De SROI Quick Scan richt zich op de extra maatschappelijke kosten en baten die gepaard gaan met de samenwerking met sleutelpersonen binnen het project Gezond Ouder Worden.

## Impactmodel

Als belangrijke stap in het proces dat we met alle betrokkenen doorliepen, maakten we een impactmodel (zie Figuur 1: Impactmodel). In dit model is inzichtelijk gemaakt wie de belanghebbenden zijn, wie er welke inbreng heeft en wat ieders opbrengsten zijn. Het is niet mogelijk om alle opbrengsten te monetariseren (in geld uit te drukken), omdat de opbrengsten (nog) niet te concretiseren zijn tot een monetaire waarde. In het impactmodel is aangegeven welke opbrengsten wel gemonetariseerd zijn en welke niet.

**Figuur 1: Impactmodel**



In deze modellering gaan we uit van de belanghebbenden die de inbreng en/of opbrengsten hebben van de inzet van sleutelpersonen. Zij zullen afspraken moeten maken over de duurzame financiering.

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 (internationaal; zie hierna) onderzoek, monitors (9–12), registratiedata, declaratiedata (Vektis, Gemeentezorgspiegel) (13,14), referentieprijzen (Zorginstituut Nederland) (15), tarieven (NZa) (16), Regiobeelden (17).
  - Vermoeden (o.a. extrapolatie van bekende data):  
Demografie (10,18), epidemiologie (19), arbeidsmarkt (20), beleid (21,22), regioplannen (17).
  - Aannemen:  
Gezamenlijke inschattingen, workshop, interviews, terugkoppeling.
- 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 bekend, andere baten zijn moeilijker 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, zal daarover in dialoog moeten worden getreden met de betrokkenen.

Ten tweede toetsten we de aannames via co-creatie in de praktijk, onder meer door interviews, een workshop en een terugkoppeling van de concept rapportage met alle stakeholders.

Ten derde zijn we tamelijk conservatief. Sommige aannames zijn 'neutraal' in de zin dat ze even goed kunnen meevallen als tegenvallen. Het aantal sleutelpersonen dat met de functie stopt na 1 jaar is bijvoorbeeld zo'n inschatting. Echter, wanneer we twijfelen, gaan we niet voor een 'maximum' claim maar zijn we conservatief en gebruiken we een ondergrens. Bovendien zijn er veel baten die we niet goed kunnen vatten in een robuust getal: de moeilijk monetariseerbare baten. 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.

## Kentallen Utrecht

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), Statline (23), VZinfo (24), Buurtadvies.nl (25), Vektis (10), Divosa (26) en de gemeente Utrecht (27).

Tabel 1 Kentallen Utrecht

Belanghebbenden	Inwoners	Gemeente	Zorgverzekeraar	Zorgkantoor	Nederland gemiddeld
Domein		Sociaal domein	Zvw	Wlz	
Aantal inwoners Utrecht (2025)	376.757				18.044.027
Aantal inwoners Utrecht (2023)	367.947				
aantal inwoners 55+ (2023)	73.717				6.075.931
aantal inwoners 65+ (2023)	39.671				3.627.484
aantal inwoners 70+ (2023)	27.183				2.596.863
Aantal inwoners Utrecht (2020)	357.597				17.410.000
%Inwoners met een migratieachtergrond	40,3%				16,2%
<b>Gezondheid 65+: (2024)</b>					
% ervaren gezondheid goed/zeer goed	62,6%				64,9%
% ervaart veel stress (afgelopen 4 weken)	9,4%				7,3%
% moeite met rondkomen	6,3%				9,1%
% ernstig/zeer ernstig eenzaam	11,7%				10,5%
% vrijwilligerswerk	31,1%				31,7%
% mantelzorger	15,7%				16,1%
% roker (wel eens)	10,6%				8,9%
% gezond gewicht (BMI 18,5-25,0 kg/m2)	44,3%				41,8%
% voldoet aan beweegrichtlijn	41,6%				41,3%
% overmatige drinker (vrouwen: >14 glazen/week; mannen: >21 glazen/week)	7,4%				6,4%
% (zeer) hoge veerkracht	58,8%				60,2%
% ontvangen sociale steun redelijk/goed	92,3%				94,1%
<b>Totale uitgaven sociaal domein (2026):</b>					
Gemiddelde uitgaven sociaal domein per inwoner	€ 2.076	€ 782.307.000			€ 1.879
Waarvan Samenkracht en burgerparticipatie	€ 90.852.000				
Waarvan Wmo maatwerk (Hulpmiddelen en diensten, Huishoudelijke hulp, Begeleiding, Dagbesteding)	€ 76.166.000				
Gemiddelde Wmo maatwerk uitgaven per inwoner	€ 202				
Aantal Wmo maatwerk cliënten gemeente Utrecht (2024)	19.890				
% van aantal inwoners	5,3%				
Gerealiseerde uitgaven Wmo maatwerk per cliënt	€ 3.829				
<b>Totale Zvw uitgaven (2023):</b>					
Gemiddelde Zvw kosten per inwoner	€ 2.607		€ 959.208.827	€ 2.573.642	€ 2.928
Totale Zvw uitgaven inwoner 65+	€ 214.686.335				
Gemiddelde Zvw kosten per inwoner - 65+	€ 5.412				€ 6.824
Totale Zvw uitgaven inwoner 55+	€ 343.660.715				
Gemiddelde Zvw kosten per inwoner - 55+	€ 4.662				
<b>Totale Wlz uitgaven (2020):</b>					
Gemiddelde Wlz uitgaven per inwoner	€ 650			€ 232.365.724	€ 1.488
Aantal Wlz cliënten				3.889	314.400
% van aantal inwoners				1,1%	1,8%
Gemiddelde Wlz uitgaven per cliënt (18+)	€ 59.749			€ 82.377	

## Opschaling – 2025 t/m 2029

Het pilotprogramma Gezond Ouder Worden is in 2025 gestart en zal zich naar verwachting de komende jaren steeds verder ontwikkelen. In Tabel 2 is weergegeven wat de ambitie is m.b.t. het aantal deelnemende ouderen en het aantal betrokken sleutelpersonen. Het betreft voorlopige, ambitieuze aantallen waarvan de uiteindelijke haalbaarheid mede afhankelijk is van verschillende omstandigheden.

Tabel 2 Opschaling 2025-2029

Jaar	2025 (pilotfase)	2026	2027	2028	2029
#Ouderen die deelnemen in de groepen – cumulatief	30	300	600	1.300	2.000
#Ouderen die deelnemen in de groepen – starters	30	270	300	700	700
#Ouderen die deelnemen in groepen – gehele jaar	27	243	270	630	630
#Ouderen die deelnemen – met mantelzorgtaken	8	73	81	189	189
#Groepen Gezond Ouder Worden	2	18	20	47	47
#Sleutelpersonen – benodigd actief	3	27	30	70	70
#Sleutelpersonen die stoppen na 1 jaar	1	8	9	21	21
#Sleutelpersonen getraind – nieuw	3	25	11	49	21
#Sleutelpersonen getraind – cumulatief	3	28	39	88	109

Belangrijke achterliggende aannames (*o.b.v. input betrokken professionals*) zijn:

- In 2027 hebben er in totaal 600 ouderen deelgenomen aan GOW, in 2029 zijn dit er 2.000
- Van deze ouderen heeft 30% mantelzorgtaken (28,29)
- Een GOW-groep bestaat uit 15 deelnemers
- Binnen 1 jaar stopt 10% van de deelnemers
- Een GOW-groep wordt begeleid door 1,5 sleutelpersoon (afwisselend 1 of 2)
- 30% van de sleutelpersonen stopt met deze rol na 1 jaar i.v.m. uitval/verloop

## Waardering - inbreng

De inbreng die we monetariseren betreft de kosten voor:

- De sleutelpersonen;
  - Tijdsinvestering uitvoeren functie
  - Tijdsinvestering volgen van trainingen
- Gezond Ouder Worden;
  - Financieren materiële kosten trainingen sleutelpersonen
  - Financieren personele kosten professionals voor trainen sleutelpersonen
  - Financieren projectleider

### Inbreng – totaal over 5 jaar<sup>1</sup>

- De sleutelpersonen:
  - **€1.213.770** aan tijdsinvestering uitvoeren functie
    - Het gaat om een tijdsinvestering van 6 uur per week per sleutelpersoon (*ref. terugkoppeling d.d. 8-12*). Ongeveer de helft daarvan is voor het begeleiden van de GOW-groepen en de overige uren zijn o.a. voor intervisie, en 1 op 1 begeleiding van de sleutelpersonen aan ouderen. Het aantal benodigd actieve sleutelpersonen per jaar is weergegeven in tabel 2 in het hoofdstuk [Opschaling](#). De tijdsprijs voor de inzet van sleutelpersonen bedraagt €20,50<sup>2</sup> per uur.(15)
  - **€124.562** aan tijdsinvestering volgen trainingen
    - Wanneer een sleutelpersoon voor het eerst getraind wordt, vergt dit een tijdsinvestering van 32 uur (4 dagen) in het eerste jaar. Vervolgens verwachten we dat het gaat om een tijdsinvestering van 24 uur per jaar (3 dagen) voor aanvullende trainingen (*ref. terugkoppeling d.d. 8-12*) in de jaren daarna. Let op: het gaat hier om de trainingen die gerelateerd zijn aan het GOW-programma. Ook hier geldt de tijdsprijs van €20,50 per uur.
- Gezond Ouder Worden:
  - **€95.838** aan materiële kosten voor de trainingen van de sleutelpersonen
    - De kosten voor de trainingen (locatie, materialen, etc.) bedragen €600 per sleutelpersoon in het eerste jaar en €265 per sleutelpersoon in de daaropvolgende jaren (*inschatting kernteam GOW<sup>3</sup>*).
  - **€172.000** aan personele kosten voor de professionals die de sleutelpersonen trainen
    - Voor het begeleiden van 20 groepen op 5 pijlers is er €35.000 benodigd aan financiering voor professionals. Wanneer de groepen toenemen stijgen deze kosten licht mee (*inschatting kernteam GOW*).
  - **€240.400** aan kosten voor de projectleider
    - De kosten voor de projectleider in de pilotfase (8u/week) bedragen €25.000 per jaar. Vanaf 2026 zullen deze uren verdubbelen (16u/week) en bedragen de kosten €50.000 per jaar. Let op: we verwachten dat niet alle werkzaamheden van de projectleider(s) gerelateerd zijn aan de inzet van

<sup>1</sup> We indexeren met 2,5% per jaar, o.b.v. gemiddelde consumentenprijsindex 2015-2025 (CBS).

<sup>2</sup> Let op: deze tijdsprijs is gebaseerd op het feit dat sleutelpersonen deze rol nu vaak vrijwillig vervullen. Wanneer sleutelpersonen volgens het tarief van een professional betaald gaan worden, dan stijgt de tijdsprijs.

<sup>3</sup> Initiatief GOW: Sterkzorg en Gemeente Utrecht, i.s.m. Utrechtse welzijns- zorg- en migrantenorganisaties

sleutelpersonen. Om conservatief te werk te gaan, nemen we in de berekeningen wél deze volledige kosten mee.

*Opmerking:*

- De inbreng die we monetariseren betreft dus alleen de extra kosten voor de inzet van sleutelpersonen binnen GOW. Bij deze inbreng zijn niet meegenomen: ureninzet ouderen voor deelname aan de groepen, inzet van vrijwilligers (anders dan sleutelpersonen) en de tijd van professionals voor deskundigheidsbevordering en het vormgeven van de samenwerking met sleutelpersonen (we veronderstellen dit als onderdeel van reguliere bij- en nascholing en professionele ontwikkeling).
- De kosten zijn indicatief en gebaseerd op een raming. In de praktijk kunnen deze bedragen (iets) afwijken afhankelijk van de uiteindelijke invulling.

**Tabel 3 Kosten per jaar en totaal**

		2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Sleutelpersonen	Uitvoeren functie	€ 16.949	€ 156.352	€ 178.067	€ 425.877	€ 436.524	€ 1.213.770
	Volgen trainingen	€ 1.965	€ 17.775	€ 17.394	€ 45.674	€ 41.755	€ 124.562
	<b>Totaal vanuit sleutelpersonen</b>	<b>€ 18.914</b>	<b>€ 174.127</b>	<b>€ 195.461</b>	<b>€ 471.551</b>	<b>€ 478.279</b>	<b>€ 1.338.332</b>
GOW	Trainingen	€ 1.800	€ 15.884	€ 12.259	€ 37.653	€ 28.241	€ 95.838
	Professionals	€ -	€ 35.000	€ 41.000	€ 48.000	€ 48.000	€ 172.000
	Projectleider	€ 25.000	€ 50.000	€ 51.400	€ 56.600	€ 57.400	€ 240.400
	<b>Totaal vanuit GOW</b>	<b>€ 26.800</b>	<b>€ 100.884</b>	<b>€ 104.659</b>	<b>€ 142.253</b>	<b>€ 133.641</b>	<b>€ 508.238</b>

**Kosten per getrainde sleutelpersoon**

Over de periode van 5 jaar worden er in totaal 109 sleutelpersonen getraind (zie [Opschaling](#)). De totale kosten (excl. tijdsinvestering vanuit de sleutelpersonen zelf) bedragen daarmee €4.663 per sleutelpersoon.

## Waardering - opbrengsten

### Uitgangspunten

- 1) We bepalen het aantal deelnemers aan de GOW-groepen.
- 2) We bepalen de baten voor de stakeholders:
  - Ouderen (Kwaliteit van leven);
  - Gemeente (Kosten Sociaal domein);
  - Zorgverzekeraar (Kosten Zvw).
- 3) We onderbouwen deze waarden op basis van (internationale) literatuur en referenties van (maatschappelijke) kosten-batenanalyses (waaronder SROI-analyses) en maatschappelijke businesscases van vergelijkbare activiteiten.
- 4) We maken een inschatting van de impactclaim (welk deel van de opbrengst is alleen aan de sleutelpersonen toe te schrijven en was anders niet gerealiseerd?)
- 5) We geven een indicatie van de hardheid van de bewijslast van de baten en geven een indicatie wanneer de baten gerealiseerd worden.

## Referenties waardering opbrengsten

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 toepasbaarheid (mate waarin de referentie bruikbaar is binnen de context van deze SROI-analyse) van de referentie. Hierbij is het rapport Passend Bewijs voor Preventie (30) een nuttige richtlijn.

**Tabel 4 Referenties voor de waardering van de opbrengsten**

Referentie	Kwaliteit van leven winst	Minder-kosten sociaal domein	Minder-kosten zorg (Zvw)	Minder-kosten langdurige zorg (Wlz)	Opmerkingen	Bron
<b>Toepasbaarheid:</b> *beperkt **voldoende ***goed						
Maatschappelijke Businesscase Welzijn op Recept **		€912 op Wmo maatwerk kosten €841 op overige kosten gemeente	€679	€374	In jaar 1, n = 509	(31,32)
SROI Veerkrachtig Ouder Worden-Zorgzame buurten **	€375	€93	€167	€45	Per deelnemer per jaar O.b.v. goedgekeurde IZA plannen, o.a. 'Buurt als ecosysteem'	(33-36)
Aanpakken eenzaamheid drukt ook zorgkosten *			+40-50% hogere zorgkosten bij eenzaamheid			(37)
The impact of social prescribing on healthcare demand *			-28% huisartsconsulten -24% SEH en HAP bezoek -55% doorverwijzingen			(38)
SROI Zelfzorg Ondersteund **	€156	€64	€136			(39,40)
The effectiveness of a community health worker outreach program **			27% daling zorgkosten -40% SEH bezoeken -33% ZH opnames		Specifiek mensen met diabetes	(41)
Impact of Community Health Workers on Use of Healthcare Services in the United States: A Systematic Review **			-23% tot 51% SEH bezoeken -21% tot 50% ZH opnames		Specifiek voor mensen met minimaal 1 chronische ziekte	(42)

## Waarderen van opbrengsten

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

- Niet voor alle opbrengsten zijn referenties geïdentificeerd met voldoende relevantie en zekerheid. We veronderstellen een gemiddelde opbrengst per stakeholder voor alle unieke deelnemers;
- We maken gebruik van de referenties die voldoende of goed beoordeeld zijn;

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

- De berekende opbrengsten zijn (bijna) nooit volledig toe te schrijven aan de interventie. We rekenen daarom met een impactclaim van 50%. Dit betekent dat 50% van de berekende opbrengsten niet spontaan optreedt of is toe te schrijven aan andere initiatieven. Deze opbrengsten zijn volledig te danken aan de inzet van sleutelpersonen binnen GOW.
- We rekenen met de huidige contante waarde, met een discontopercentage van 3,5% (43);
- We veronderstellen een effectduur van 2 jaar (1 jaar voor deelname en 1 jaar waarbij het leereffect nog steeds waarde oplevert).

Hieronder leggen we per stakeholder uit wat de berekende opbrengsten zijn.

Let op: de uitkomsten zijn gebaseerd op bij ons bekend relevant onderzoek, er zijn namelijk geen onderzoeken naar de maatschappelijke waarde van sleutelpersonen. We werken met wat ons wordt aangereikt en hebben zelf geen uitgebreide deskresearch uitgevoerd. Dit is dus een eerste analyse, op basis van alles wat alle betrokkenen weten, vermoeden en aannemen - verdere precisering en onderbouwing is gewenst. Deze eerste analyse is bedoeld om inzicht te geven in onzekerheden en hier gezamenlijk nader monitoring/onderzoek op in te zetten.

We sluiten bij het interpreteren van deze onderzoeken zo veel mogelijk aan bij de richtlijn *Passend bewijs voor preventie*, lees hierover meer in ons whitepaper.(44)

*De richtlijn voor passend bewijs voor preventie moet leiden tot een onderbouwing van kosten en baten van preventiemaatregelen die bruikbaar is voor besluitvorming over publieke uitgaven. Naast gerandomiseerd onderzoek kunnen alternatieve bewijsmethoden hiervoor toereikend zijn, mits gebruik wordt gemaakt van een controlegroep. Een verantwoorde toepassing van bewijs vereist dat de onderzoekscontext en de uitvoeringspraktijk vergelijkbaar zijn en de werkzaamheid van de maatregel theoretisch onderbouwd is. Passend bewijs voor langetermijneffecten kan gebaseerd zijn op intermediaire effecten en modellering. Voor gebruik van de richtlijn geldt het 'pas toe of leg uit'- principe.*

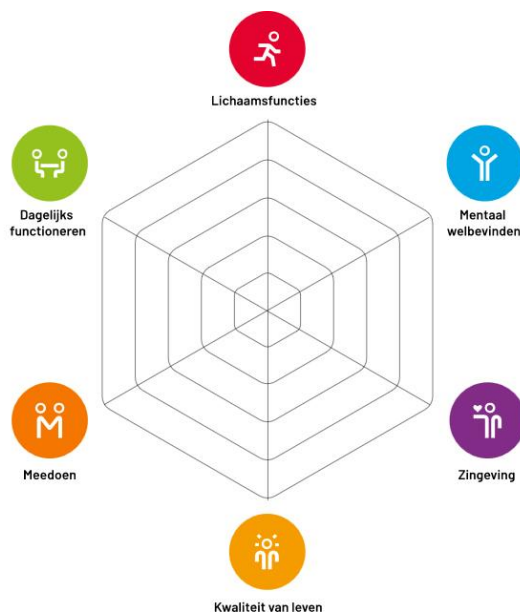


## Waarde voor deelnemende ouderen – kwaliteit van leven

De toename in kwaliteit van leven door de inzet van sleutelpersonen binnen GOW bedraagt €2.500 per deelnemer en €3.000 per deelnemer met mantelzorgtaken. We rekenen met een impactclaim<sup>4</sup> van 50%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€1.250** of **€1.500** per deelnemer.

### Toelichting

. Kwalitatieve studies doen vermoeden dat sleutelpersonen de gezondheid, het welzijn en eigen regie van ouderen versterken. (46,47) Dit werd ook bevestigd tijdens de workshop en in verschillende gesprekken met betrokkenen. We verwachten dat daarmee de ervaren kwaliteit van leven van de ouderen toeneemt, op de zes dimensies van Positieve Gezondheid: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren, zie Figuur 2.



**Figuur 2**  
De zes dimensies van Positieve Gezondheid (bron: Institute for Positive Health)

Wanneer we bovengenoemde kwaliteit van leven doorvertalen naar QALY winst, dan zien we het volgende:

- Positieve Gezondheid wordt sterk beïnvloed door verschillende factoren, waaronder ook eenzaamheid. Eenzaamheid heeft effect op verschillende dimensies van Positieve Gezondheid, waaronder lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en meedoen.(48)
- Het verminderen van eenzaamheid onder deelnemende ouderen is geen expliciet doel van de samenwerking met sleutelpersonen binnen GOW, maar uit de gesprekken blijkt dat dit hier wel toe kan leiden.
- De relatie tussen eenzaamheid (social isolation en loneliness) en een lagere QALY-waarde wordt ondersteund door diverse studies, o.b.v. de EQ-5D vragenlijst (die utiliteitswaarden voor QALY's genereert).

<sup>4</sup> De berekende uitkomsten worden volgens de SROI methode (45) 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 Duitse studie concludeerde een daling van 0,07 (leeftijd 40-59) en 0,05 (leeftijd 60-74) QALY door eenzaamheid. Deze daling in de totale score is voornamelijk te wijten aan hogere scores op de dimensies Angst/Depressie (Anxiety/Depression) en Zelfzorg (Self-care) van de EQ-5D onder eenzame personen. Bijvoorbeeld, de kans op problemen met 'Angst/Depressie' was bijna 4 keer zo groot in de eenzame groep.(49)
- De relatie tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en kwaliteit van leven wordt geassocieerd met lagere scores op de domeinen lichaamsfuncties, mentaal welbevinden en meedoen.(50) Deze relatie is, op basis van de beschikbare literatuur, niet uit te drukken in een QALY-waarde.
  - NB: In Nederland hebben ruim drie op de tien mensen (35%) beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze mensen zijn niet of slechts ten dele in staat gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen en te gebruiken voor het nemen van beslissingen over hun gezondheid en zorg. Dit heeft grote impact op gezondheidsuitkomsten en zorggebruik en ligt ook ten grondslag aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland.(51)

De meest gebruikte maat voor kwaliteit van leven is de QALY, wat staat voor quality-adjusted life years, ofwel voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (15,52). De Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie adviseerde in 2023 om de gezondheidswinst van preventie te waarderen met €50.000 per QALY. (52)

De precieze QALY-winst door de inzet van sleutelpersonen binnen GOW is onbekend. De beschikbare literatuur sluit niet volledig aan bij de context, maar geeft wel een indicatie van de QALY winst bij een vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Er is daarom gekozen om te werken met de winst van 0,05 QALY per deelnemer. Voor de ouderen met ook mantelzorgtaken wordt verwacht dat zij een extra kwaliteit van leven toename ervaren aangezien zij op dat gebied extra begeleiding krijgen. Ook hier weten we niet zeker wat de precieze toename zal zijn en doen we de aanname dat dit een extra QALY-winst van 0,01 voor deze ouderen betekent. Dit komt neer op een bedrag van €2.500 per deelnemer of €3.000 als er ook sprake is van mantelzorgtaken. Met een impactclaim van 50% is de nettowaarde waarmee we rekenen respectievelijk €1.250 en €1.500 per deelnemer.

Over een periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de deelnemers, gecreëerd door de inzet van sleutelpersonen binnen GOW: €4.322.317.

### Waarde voor de gemeente – minderkosten sociaal domein

De verwachting is dat de inzet van sleutelpersonen zal leiden tot versterkte zelfredzaamheid, sociale steun, betere integratie en minder psychosociale problemen bij de doelgroep. Mensen worden sneller en beter geholpen (juiste zorg op de juiste plek) en zo kunnen problemen in het sociaal domein worden voorkomen.(46,53–55) Dit werd ook benadrukt tijdens de workshop en in de verschillende gesprekken met betrokkenen.

De gemiddelde opbrengst voor de gemeente is daarentegen 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 van 10% op de gemiddelde kosten voor Wmo-maatwerkvoorzieningen en op de overige kosten binnen de overige taakvelden in het sociaal domein (basisvoorzieningen, algemene Wmo-voorzieningen, participatie).

Dit leidt tot een waardering van de minderkosten in het sociaal domein van €591 per deelnemer. We rekenen met een impactclaim van 50%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€295** per deelnemer.

#### Toelichting

De totale uitgaven aan het sociaal domein in Utrecht in 2026 worden geschat op €782.307.000, zie [Tabel 1 Kentallen Utrecht](#). De gemiddelde uitgaven sociaal domein per inwoner zijn daarmee €2.076. We veronderstellen minderkosten voor Wmo-maatwerk en minderkosten in de overige taakvelden van het sociaal domein.

De gerealiseerde uitgaven Wmo-maatwerk per cliënt bedragen €3.829. We verwachten een 10% daling in deze kosten; €383 per deelnemer. Daarnaast verwachten we een 10% daling van de kosten in de overige taakvelden van het sociaal domein (basisvoorzieningen, algemene Wmo-voorzieningen, participatie); als proxy gebruiken we de gemiddelde uitgaven sociaal domein van €2076 per inwoner; 10% daarvan is €208 per deelnemer.

Opgeteld €591 per deelnemer. Met een impactclaim van 50% komt dit neer op een besparing van €295 per deelnemer.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de gemeente, gecreëerd door de inzet van sleutelpersonen binnen GOW: €963.143.

NB: Cebeon concludeerde in 2024 dat Utrecht relatief lage uitgaven op het Sociaal domein (Basisvoorzieningen, Participatie, Wmo en Jeugdzorg) heeft zowel ten opzichte van het gemeentefonds als de referentiegemeenten. Daarbij gaan relatief hoge uitgaven aan preventieve Basisvoorzieningen gepaard met lage uitgaven aan maatwerkzorg, zoals jeugdzorg en met name Wmo (57).

#### Waarde voor de zorgverzekeraar – minderkosten Zvw

De gemiddelde minderkosten binnen de Zvw bedragen €538 per deelnemer. We rekenen met een impactclaim van 50%, de nettowaarde waarmee we rekenen is daarmee **€269** per deelnemer.

#### Toelichting

De verwachting is dat de inzet van sleutelpersonen zal leiden tot toegang tot passende zorg, preventie, betere zelfzorg, toename therapietrouw en minder miscommunicatie. Dit leidt tot minder complicaties, onnodige (huisartsen)zorg, (crisis)zorg en ziekenhuisopnames.(46,53–55) Ook dit werd tijdens de workshop en in de verschillende gesprekken bevestigd.

Tijdens de workshop met betrokkenen werd gesproken over een verwachte daling in het aantal huisartsconsulten, na wellicht een eerste stijging door voormalig zorgmijders. Uit literatuur blijkt dat vroegtijdige ondersteuning en betere gezondheidsvaardigheden escalatie en dure tweedelijnszorg voorkomen, waardoor de totale zorgkosten dalen.(51,58) Primaire en secundaire preventie, zoals leefstijlinterventies en vroegsignalering, leidt tot lagere kosten door het voorkomen van complicaties en chronische ziekten.(59)

De gebruikte referenties (31–42), zie Tabel 4, zijn toepasbaar en vertaalbaar naar de rol van sleutelpersonen binnen GOW. We zien hier een afname in huisartsconsulten (-28%), SEH bezoeken (-24%; -40%; -23% tot -51%), ziekenhuisopnames (-33%,-21% tot -50%) en totale zorgkosten (-27%). Op basis van deze bronnen gaan we uit van een besparing van 10% op de gemiddelde zorgkosten en één huisartsbezoek minder per deelnemer. Dit laatste werd expliciet benoemd tijdens de workshop

met betrokkenen. Opgeteld is dit een conservatieve aanname, aan de ondergrens van wat de literatuur laat zien.

De totale Zvw uitgaven in Utrecht bedragen €343.660.715 voor de 55+ inwoners en €214.686.335 voor de 65+ inwoners, zie [Tabel 1 Kentallen Utrecht](#). Per persoon (gemiddelde 55+ en 65+) gaat het om een bedrag van €5.037. Een besparing van 10% komt neer op een bedrag van €504 per deelnemer. Daarbovenop komt het bedrag van €34 (tarief huisartsconsult(15)). Met een impactclaim van 50% komt dit neer op een besparing van €269 op de Zvw kosten per deelnemer.

Over de periode van 5 jaar is de totale contante waarde voor de zorgverzekeraar, gecreëerd door de inzet van sleutelpersonen binnen GOW: €876.389.

**Tabel 5 Opbrengst per jaar en totaal**

		2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Ouderen	Toename kwaliteit van leven	€ 71.550	€ 622.174	€ 667.927	€ 1.505.793	€ 1.454.873	€ 4.322.317
Gemeente	Minderkosten sociaal domein	€ 15.944	€ 138.639	€ 148.834	€ 335.536	€ 324.190	€ 963.143
Zorgverzekeraar	Minderkosten Zvw	€ 14.507	€ 126.151	€ 135.428	€ 305.313	€ 294.989	€ 876.389

## Social Return on Investment - samenvatting

Samengevat zijn de inbreng en opbrengsten als volgt:

### Basis scenario

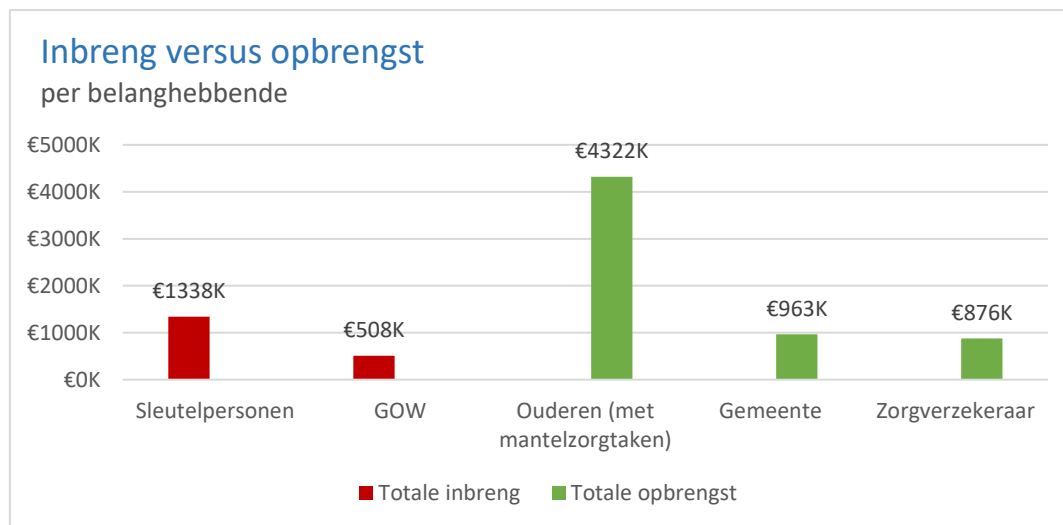
#### Inbreng

- **Sleutelpersonen:**  
€1.338K totaal over 5 jaar (tijdsinvestering uitvoeren functie en volgen trainingen).
- **GOW:**  
€508K totaal over 5 jaar (financieren trainingen sleutelpersonen (materialen, locatie, professionals) en projectleider).

#### Opbrengst

- De **deelnemers** (ouderen 55+) ervaren een hogere **kwaliteit van leven**.
- De **gemeente** bespaart op **kosten Wmo maatwerkvoorzieningen** en **kosten sociaal domein** doordat mensen minder aanspraak maken op Wmo maatwerkvoorzieningen, mantelzorgondersteuning en de participatiewet.
- De **zorgverzekeraar** bespaart op **Zvw kosten** door passende zorg, preventie, betere zelfzorg, toename therapietrouw en minder miscommunicatie. Dit leidt tot minder complicaties, onnodige (huisartsen)zorg, (crisis)zorg en ziekenhuisopnames.

Voor de huidige situatie ziet dat er als volgt uit:



Figuur 3 Inbreng en opbrengst in basis scenario, totaal over een periode van 5 jaar.

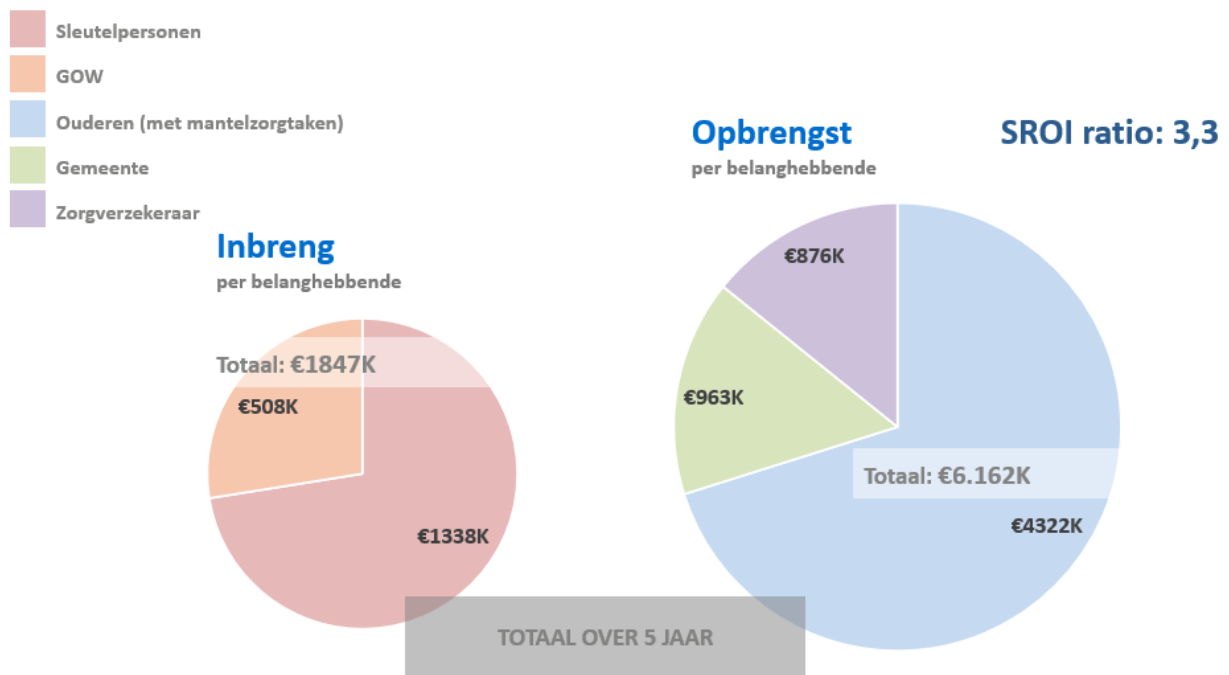
## SROI-ratio

De SROI-ratio laat zich als volgt berekenen:

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

- De sleutelpersonen binnen GOW creëren over een periode van 5 jaar **€6.162K** aan maatschappelijke waarde.
- De kosten zijn gedurende die periode zo'n **€1.847K**.
- De **SROI-ratio is 3,3**:  
elke euro geïnvesteerd in de sleutelpersonen heeft een maatschappelijk rendement van 3,3 euro.

Daarnaast zijn er **niet-gemonetariseerde baten**.



**Figuur 4 SROI, totaal over 5 jaar**

## Scenario's

De SROI-analyse is gebaseerd op alles wat we op dit moment weten, vermoeden en aannemen. We kijken vooruit over een periode van vijf jaar en we weten dat de praktijk dynamisch kan zijn. Beleidskeuzes kunnen veranderen, gemeenten kunnen anders organiseren en de inzet of positionering van sleutelpersonen kan zich ontwikkelen. Omdat we geen voorspellingen doen maar wel transparant willen zijn over mogelijke bandbreedtes, werken we met een viertal scenario's.

Deze scenario's laten zien hoe de maatschappelijke waarde van sleutelpersonen, in de context van Gezond Ouder Worden, kan verschuiven wanneer bepaalde omstandigheden anders uitpakken dan in het basisscenario is aangenomen. Zo wordt inzichtelijk welke elementen robuust zijn — en waar kansen of risico's ontstaan wanneer de context verandert. Door deze scenario's naast elkaar te zetten, geven we beleidsmakers en partners een realistisch en handelingsgericht beeld van de mogelijke implicaties voor zowel de inbreng als de opbrengsten van de inzet van sleutelpersonen.

### Aantal ouderen met mantelzorgtaken

Landelijk zien we dat 23% van de 55-65 jarigen en 17% van de 65-75 jarigen mantelzorgtaken uitvoert.(28) In gemeente Utrecht bestaat eenzelfde beeld; 23% van de 55-64 jarigen en 18% van de 65-79 jarigen voert daar mantelzorgtaken uit.(29) In deze SROI-analyse verwachten we dat het aantal ouderen met mantelzorgtaken 30% is, iets hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit komt door de betrokkenheid van de mantelzorgorganisatie binnen GOW.

Wanneer we dit percentage verlagen, naar bijvoorbeeld 17% (het landelijk gemiddelde), dan zien we dat dit een effect heeft op de berekende kwaliteit van leven winst voor de ouderen. Deze opbrengst daalt dan van €4,3 miljoen naar €4.2 miljoen over de totale periode van 5 jaar. De SROI-ratio daalt licht, maar blijft afgerond 3,3.

Hoewel het percentage ouderen met mantelzorgtaken binnen de GOW-groepen dus weleens af zou kunnen wijken van die geschetste 30%, zal dit geen grote invloed hebben op de verwachte uitkomsten.

### Aantal bereikte ouderen

Het is de ambitie dat in 2029 in totaal 2.000 ouderen hebben deelgenomen aan de GOW-groepen. Op basis van die ambitie is het huidige [opschalingsscenario](#) gemaakt. Uiteindelijk moet in de praktijk gaan blijken hoeveel ouderen daadwerkelijk mee zullen doen aan het GOW-programma. Om inzicht te geven in het minimaal aantal ouderen dat mee moet doen om een neutrale maatschappelijke businesscase te hebben, is er een break-even scenario uitgewerkt (SROI-ratio = 1). Let op: een deel van de berekende kosten is variabel een deel vast. Wanneer er minder ouderen deelnemen aan de groepen, dan zullen er minder sleutelpersonen nodig zijn om hen te ondersteunen. Dat betekent dat er aan de voorkant ook minder kosten worden gemaakt. Tegelijkertijd zijn er ook vaste kosten, zoals de kosten van de projectleider.

We zien dat een SROI-ratio van 1 wordt bereikt wanneer het niet lukt om na de pilotfase (2025) het bereik te vergroten. Wanneer we uitgaan van een minimaal opschalingsscenario, gelijk aan de pilotomvang, waarin uiteindelijk in totaal 170 ouderen meedoen over de periode van 5 jaar, dan is er

sprake van een neutrale maatschappelijke impact. Wanneer het lukt om het bereik te vergroten, dan heeft dit al snel een positief effect op de SROI-ratio.

### Betalen van sleutelpersonen

Op dit moment wordt de inzet van sleutelpersonen nog niet structureel vergoed. In de SROI-analyse rekenen we daarom met een uurtarief van €20,50 conform de referentieprijzen van het Zorginstituut.<sup>(15)</sup> Dit betreft een tijdsinvestering vanuit de sleutelpersonen zelf. Het is mogelijk dat de rol van sleutelpersonen in de toekomst geborgd wordt binnen het sociaal werk. Sleutelpersonen zullen dan betaald worden, vanuit de gemeente, conform het CAO Sociaal Werk, naar verwachting schaal 4. Deze schaal komt overeen met schaal 3 van het CAO Rijk.<sup>(60)</sup> Dit komt neer op een werkgeverslast van €40 per uur (uurtarief loonkosten + overhead) voor een sleutelpersoon.<sup>(61)</sup> Dit betekent een stijging van het uurtarief van sleutelpersonen en dat heeft implicaties voor de SROI-analyse. De totale kosten voor de inzet van sleutelpersonen bedragen dan €2.6 miljoen in plaats van €1.3 miljoen over de totale periode van 5 jaar en deze inzet wordt dan vanuit de gemeente gefinancierd. De SROI-ratio daalt in dat geval naar 2,0. Daarmee verschuift ook het break-even scenario (SROI-ratio = 1): er moeten dan per jaar minimaal zo'n 45 deelnemers zijn.

### Vermindering zorgkosten

In de SROI-analyse is een afname van bruto 10% (met impactclaim netto 5%) op de gemiddelde Zvw-kosten berekend voor de deelnemende ouderen. Wanneer deze opbrengst tegenvalt en we rekenen met een afname van bruto 5% (met impactclaim netto 2,5%) op de gemiddelde Zvw-kosten, dan daalt de opbrengst voor de zorgverzekeraar naar €0,47 miljoen over de totale periode van 5 jaar. De SROI-ratio wordt dan 3,1. Daarmee verschuift ook het break-even scenario lichtelijk (SROI-ratio = 1): er moeten dan per jaar minimaal zo'n 37 deelnemers zijn.

Echter, we zijn bewust conservatief geweest in de SROI-analyse. Dat wil zeggen dat de daadwerkelijke opbrengst mogelijk hoger uitvalt dan die afname van 10%. Wanneer we niet een afname van 10%, maar van bruto 20% (met impactclaim netto 10%) berekenen, dan stijgt de opbrengst voor de zorgverzekeraar van €0,88 miljoen naar €1.7 miljoen over de totale periode van 5 jaar. De SROI-ratio stijgt dan naar 3,8.

### Betalen van sleutelpersonen én vermindering zorgkosten

Wanneer we het scenario waarin de sleutelpersonen betaald worden, combineren met het scenario waarin de vermindering van de zorgkosten lager uitvalt dan voorspeld (bruto 5% i.p.v. 10% per deelnemer), dan verschuift ook het break-even scenario. Er moeten dan per jaar minimaal zo'n 50 deelnemers zijn.

## Moeilijk monetariseerbare baten

De opbrengsten zoals hierboven beschreven zijn voor een deel in euro's uit te drukken. Vooral voor zaken die rechtstreeks te koppelen zijn aan de inzet van sleutelpersonen binnen GOW is een kwantitatieve inschatting mogelijk. Echter, uit de workshop en interviews is gebleken dat er ook belangrijke baten zijn 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. Hieronder de belangrijkste:

### 1. Werkplezier professionals zorg- en sociaal domein

Dankzij sleutelpersonen kunnen professionals zich richten op hun specialistische taken, terwijl een deel van de ondersteuning van inwoners door sleutelpersonen wordt opgevangen. Dit leidt tot een toename in werkplezier van professionals en daarmee mogelijk tot een afname in verzuim, uitval en/of uitstroom. Hoe groot deze opbrengst is, dat is moeilijk te zeggen, maar het is mogelijk een belangrijke uitkomst is, zeker in relatie tot de druk op de arbeidsmarkt in zorg- en sociaal domein en de ervaren werkdruk van professionals.

### 2. Welzijn sleutelpersonen

De training en inzet van sleutelpersonen doet ook enorm veel voor de sleutelpersonen zelf. Uit de workshop en interviews blijkt dat het hun persoonlijke ontwikkeling stimuleert, dat ze uit het invullen van de rol van sleutelpersoon voldoening halen en het hen zingeving geeft. Het komt voor dat sleutelpersonen vanuit deze rol doorstromen in een betaalde baan binnen bijvoorbeeld het welzijnswerk. Het is moeilijk om deze opbrengst te monetariseren, maar ook dit is een potentieel waardevolle opbrengst..

### 3. Gemeenschapskracht

Door de inzet van sleutelpersonen ontstaan informele netwerken waar inwoners elkaar weten te vinden. Wanneer het nodig is ondersteunen zij elkaar waar dit kan. Ook op gebieden die we in deze analyse niet in beeld hebben gebracht. Deze toename in gemeenschapskracht is moeilijk in geld uit te drukken.

### 4. Langdurige zorg

Het is niet onwaarschijnlijk dat de inzet van sleutelpersonen binnen GOW ook leidt tot minder beroep op langdurige zorg (gefinancierd vanuit de Wlz door het zorgkantoor). Door passende ondersteuning en een sterker informeel netwerk is het goed denkbaar dat deelnemers aan GOW langer zelfstandig thuis blijven wonen waarmee een zwaardere Wlz indicatie (thuis of intramuraal) kan worden uitgesteld. Deze mogelijke opbrengst is niet gekwantificeerd.

## 5. Verkleinen gezondheidsverschillen

De inzet van sleutelpersonen verkleint mogelijk gezondheidsverschillen, door het inzetten op het verbeteren van de gezondheid van een groep mensen die gemiddeld een relatief slechte gezondheid ervaart. Deze kwaliteit van leven toename voor de doelgroep hebben we gemonetariseerd; zie hierboven. De brede maatschappelijke effecten van het verkleinen van gezondheidsverschillen (bijvoorbeeld meer kansengelijkheid, hogere participatiegraad en meer solidariteit) zijn echter moeilijk in geld uit te drukken. In lokale en landelijke beleidsagenda's is hier veel aandacht voor, wat de maatschappelijke waarde van deze opbrengst benadrukt.

## Slotbeschouwing

Wat kunnen we nu concluderen op basis van de SROI-analyse aangevuld met bovenstaande overwegingen? We trekken de volgende conclusies.

### Grote maatschappelijke waarde zichtbaar

Deze SROI-analyse toont aan dat de inzet van sleutelpersonen binnen het programma Gezond Ouder Worden in Utrecht een aanzienlijke maatschappelijke meerwaarde oplevert. Met een SROI-ratio van 3,3 wordt elke geïnvesteerde euro ruimschoots terugverdiend in maatschappelijke baten, zoals een hogere kwaliteit van leven voor ouderen, besparingen in het sociaal domein en lagere zorgkosten. Naast deze kwantificeerbare opbrengsten zijn er ook belangrijke, moeilijk monetariseerbare baten, zoals meer werkplezier voor professionals, versterking van gemeenschapskracht en persoonlijke groei van sleutelpersonen zelf.

### Het resultaat is in de kern robuust, al zijn er talrijke onzekerheden

Dit resultaten uit deze analyse zijn een eerste inschatting op basis van alles wat we weten, vermoeden en aannemen. Dit is een prospectieve analyse en niet voor alle baten is logischerwijs 'hard' bewijs beschikbaar. De geconcludeerde SROI-score van 3,3 voor het basisscenario is gebaseerd op conservatieve aannames op de baten én laat moeilijk monetariseerbare baten buiten beschouwing. De scenario's die we verkenden laten zien dat de SROI-score robuust positief is. De baten kunnen uiteraard mee- of tegenvallen ten opzichte van het genoemde getal, maar in alle scenario's profiteren alle stakeholders van de inzet van sleutelpersonen. Uiteraard moet worden ingezet op monitoring en evaluatie, zodat aannames en uitkomsten verder onderbouwd en bijgestuurd kunnen worden.

### Afspraken zijn nodig om de maatschappelijke waarde te verzilveren

De gemeente en zorgverzekeraar profiteren van de inzet van sleutelpersonen door besparingen op het sociaal domein en zorg. Het is nodig dat zij met elkaar afspraken maken over duurzame financiering, zodat continuïteit en kwaliteit gewaarborgd blijven.

Andersom geredeneerd: zonder duurzame financiering is het vrijwel zeker dat de potentiële maatschappelijke waarde *niet* gerealiseerd zal worden. Vergelijkbare initiatieven worden veelal gefinancierd vanuit tijdelijke middelen en duurzame financiering is een voorwaarde voor het verzilveren van de waarde. Uit ervaringen elders in het land weten we dat indien baten neerslaan bij verschillende stakeholders dat niet zelden leidt tot naar elkaar kijken, of op zijn minst langdurige onderhandelingstrajecten of complexe financieringsvehikels. Het is niet een onderdeel van deze SROI-analyse om de zorgverzekeraars en gemeente te adviseren hoe ze dit te realiseren, maar we pleiten wel voor een oplossing voor financiering van opschaling en bestending die niet te lang duurt en voldoende simpel is, ook in termen van governance en verantwoording. Daarnaast is de betrokkenheid van professionals in zorg- en sociaal domein nodig om de samenwerking met sleutelpersonen vorm te geven.

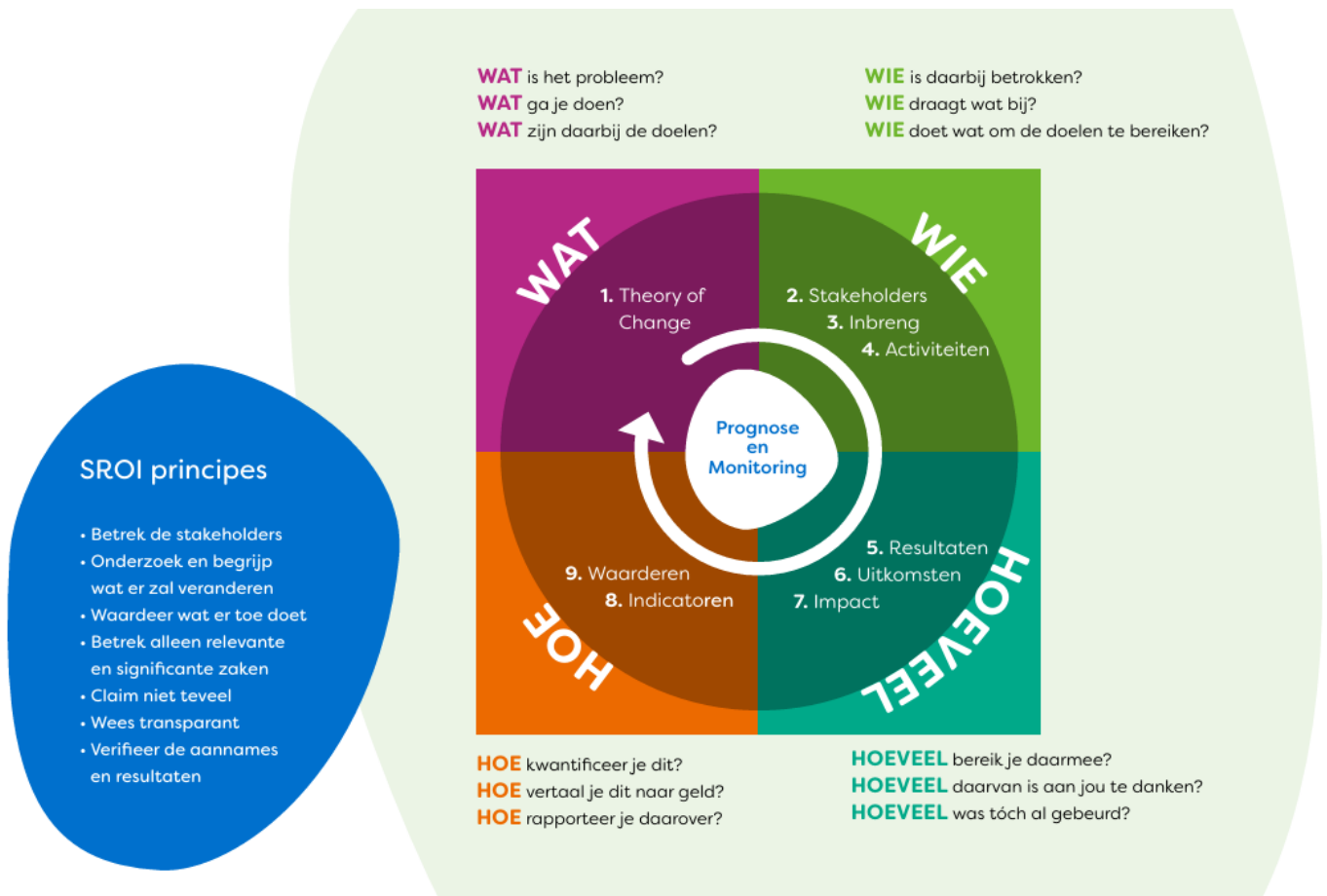
### Deze SROI-analyse reikt verder dan Utrecht

Op veel plekken in Nederland worden sleutelpersonen ingezet. Deze rapportage gaat primair over de inzet van sleutelpersonen in de context van het programma Gezond Ouder Worden in Utrecht. Deze rapportage kan echter ook gebruikt worden om de inzet van sleutelpersonen op andere plekken in het land te duiden, met inachtneming van de lokale context. Zaken die een rol spelen bij de vertaling uit deze SROI-analyse zijn onder meer de kenmerken en omvang van de doelgroep, de specifieke focus, ondersteuning en financiering van sleutelpersonen, de samenwerking met professionals in zorg en sociaal domein, gemeentelijk beleid en de lokale preventie infrastructuur.

Voor de vertaling van deze SROI-analyse naar andere contexten waar sleutelpersonen ingezet (gaan) worden, is samenwerking met landelijke systeemspelers zoals de VNG, ZN, VWS, ZIN en NZa nodig.

## Bijlage: 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 (45) 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](#) (62).

## Bijlage: Referentieprijzen

Bij het berekenen van maatschappelijke inbreng en opbrengst maken we, waar relevant, gebruik van de onderstaande referentieprijzen. De bronnen hiervoor zijn Zorginstituut Nederland (15), CBS (63,64), CPB (65), Vektis (13,14), VNG (66), NZa (16,67), UWV (68) en de Rijksoverheid (69).

Referentieprijzen				
Referentieprijzen, Zorginstituut NL, 2024				
<a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg">https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg</a>				
	Referentieprijs 2022 (o.b.v. Zorginstituut tenzij anders vermeld)	Geïndexeerd voor 2025		Bron
		<b>18051856</b>		CBS, 2023
Inwoners NL				
Consumentenprijsindex verschil	121,43	130,3 8,9		CBS
Mantelzorgers, cliënten en patiënten	€ 18,8 €	20,5		Zorginstituut NL
<b>Huisartszorg</b>				
Cconsult, gemiddeld (ook voor telefonsich 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	Maximumentarief	NZa, 2024
<b>Paramedische zorg</b>				
Fysiotherapie	€ 39 €	42	per zitting van gemiddeld 30 minu	Zorginstituut NL
Ofentherapie	€ 43 €	47	per zitting van gemiddeld 30 minu	Zorginstituut NL
Logopedie	€ 41 €	45	per zitting van gemiddeld 30 minu	Zorginstituut NL
Ergotherapie	€ 24 €	26	per zitting van gemiddeld 30 minu	Zorginstituut NL
Diëtist	€ 25 €	29	per kwartier diëtetiek	NZa, 2021
Leefstijlaanbieder	€	77	per uur	NZa, tariefbeschikking GLI 2023
<b>Medische zorg</b>				
Medisch specialist, algemeen ziekenhuis - per gewerkt uur	€ 96 €	105	per uur	Zorginstituut NL
Medische specialist, algemeen ziekenhuis - per patiëntgebonden uur	€ 138 €	150	per uur	Zorginstituut NL
<b>Thuiszorg</b>				
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
<b>GGZ</b>				
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
<b>Ziekenhuiszorg</b>				
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
<b>Apotheken:</b>				
Versterkker laag tarief (assistent)	€	47	per uur	MKBA Gegevensuitwisseling, Verk

<b>Overig</b>					
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 Rijksoverheid
Projectmanager / teammanager salarisschaal 14 Rijksoverheid (Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)			€	per uur	Handleiding Uurtarieven Rijksoverheid
				112	
QALY			€	50.000	per gewonnen levensjaar in volledige kwaliteit van leven Rijksoverheid (2023); Preventie e
Modaal salaris			€	46.500	per jaar CPB 2025
Gemiddelde jaaruitkering WIA - IVA (Inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten)			€	29.781	per jaar UWW, 2025
Gemiddelde jaaruitkering WIA - WGA (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten)			€	22.852	per jaar UWW, 2025
Gemiddelde jaaruitkering WW			€	25.338	per jaar UWW, 2025
Kosten verzuim			€	405	kosten werkgever per dag Sazas, 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, 2023
Gemiddelde uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen per gebruiker			€	4.395	per jaar CBS, Monitor Langdurige Zorg, 2023
Verskil tussen kosten VPT en opname verpleeghuis			€	1.511	per maand NZa, 2022
Percentage mensen dat overlijdt in een verpleeghuis				28%	Palliaweb, 2020

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: Referenties

1. Volksgezondheidsmonitor. Groepen Utrechters met een gezondheidsachterstand [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://volksgezondheidsmonitor.nl/utrechts-gezondheidsprofiel/gericht-samen-aan-de-slag/1>
2. Ervaren gezondheid en geluk | Volksgezondheidsmonitor [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://volksgezondheidsmonitor.nl/gezondheid-en-leefstijl/ervaren-gezondheid-geluk>
3. Vaardigheden | Volksgezondheidsmonitor [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://volksgezondheidsmonitor.nl/werk-inkomen-en-vaardigheden/vaardigheden>
4. Juiste zorg en ondersteuning voor oudere migranten voorkomt onnodige spoedzorg [Internet]. Pharos. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://www.pharos.nl/nieuws/juiste-zorg-en-ondersteuning-voor-oudere-migranten-voorkomt-onnodige-spoedzorg/>
5. WOZO programma [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>
6. Monitor U. Bevolkingsprognose [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://utrecht-monitor.nl/bevolking-bestuur/bevolking/bevolkingsprognose>
7. Monitor U. Bevolking naar groepen [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://utrecht-monitor.nl/bevolking-bestuur/bevolking/bevolking-naar-groepen>
8. StatLine - Gezondheidsmonitor; bevolking 18 jaar of ouder, regio, 2024 [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50142NED/table>
9. GGD GHOR Nederland. Gezondheidsmonitor [Internet]. GGD GHOR Nederland. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://ggdghor.nl/onderwerp/gezondheidsmonitor/>
10. VNG. Home | Waarstaatjegemeente.nl - cijfers en statistieken van gemeenten [Internet]. [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.waarstaatjegemeente.nl/homewsjg.aspx>
11. Loketgezondleven.nl. Monitoring GALA | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.loketgezondleven.nl/beleid/gala-spuk/monitoring-gala>
12. 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-woorden/feiten-en-cijfers-ouderen>
13. Vektis. Vektis. 2025 [geciteerd 15 juni 2025]. Open data | Vektis.nl. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/open-data>
14. Vektis. Vektis. 2025 [geciteerd 15 juni 2025]. Gemeentezorgspiegel | Vektis.nl. Beschikbaar op: <https://www.vektis.nl/gemeentezorgspiegel>
15. Ministerie van VWS. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) - Publicatie - Zorginstituut Nederland [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>
16. Ministerie van VWS. Zorgsectoren - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2017 [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.nza.nl/zorgsectoren>
17. Juiste Zorg op de Juiste Plek. Juiste Zorg op de Juiste Plek. [geciteerd 15 juni 2025]. Regiobeelden en regioplannen. Beschikbaar op: <https://www.dejuitezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>
18. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. 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](https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/?_state_id_=2442d96e8a4ec790)

21. Ministerie van Algemene Zaken. Regeerprogramma kabinet-Schoof - Publicatie - Rijksoverheid.nl [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 [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. StatLine - Gezondheid per wijk en buurt; 2012/2016/2020/2022 (indeling 2022) [Internet]. [geciteerd 2 januari 2026]. Beschikbaar op: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50120NED/table>
24. Bevolking | Bevolkingsomvang | Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.vzinfo.nl/bevolking/bevolkingsomvang>
25. Buurtadvies.nl. Buurtadvies [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://buurtadvies.nl/regioeelden/land>
26. Divosa. CBS: 3 miljard meer begroot voor sociaal domein in 2025 | Divosa [Internet]. [geciteerd 15 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.divosa.nl/nieuws/cbs-3-miljard-meer-begroot-voor-sociaal-domein-2025>
27. Financiën | Overzicht Taakvelden | Begroting 2026 [Internet]. [geciteerd 2 december 2025]. Beschikbaar op: <https://utrecht.begroting-2026.nl/p62411/overzicht-taakvelden>
28. Mantelzorg in Nederland: trends, impact en uitdagingen [Internet]. AZW Info. [geciteerd 3 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://www.azwinfo.nl/longread/mantelzorg-in-nederland-trends-impact-en-uitdagingen/>
29. Volksgezondheidsmonitor. Mantelzorg [Internet]. [geciteerd 3 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://volksgezondheidsmonitor.nl/zorg-en-opvang/mantelzorg>
30. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Passend bewijs voor preventie - richtlijn passend bewijs preventie - Rapport - Rijksoverheid.nl [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>
31. Elst L van. Welzijn op Recept kan tot 10 procent zorgkosten besparen [Internet]. Skipr. 2023 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.skipr.nl/nieuws/welzijn-op-recept-kan-tot-10-procent-zorgkosten-besparen/>
32. Welzijnoprecept.nl. Rapporten [Internet]. Welzijnoprecept.nl. [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://welzijnoprecept.nl/rapporten/>
33. Juiste Zorg op de Juiste Plek [Internet]. [geciteerd 12 juni 2025]. Goedgekeurde voorstellen en plannen. Beschikbaar op: <https://www.dejuitezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/transformatieplannen/goedgekeurde-voorstellen-en-plannen/>
34. Dorien Boot. 'Alle handen aan dek' voor De Gezondste Regio Achterhoek [Internet]. 8RHK ambassadeurs. 2024 [geciteerd 12 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://8rhk.nl/alle-handen-aan-dek-voor-de-gezondste-regio-achterhoek/>
35. 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](https://www.eerstekamer.nl/overig/20210226/domeinoverstijgend_samenwerken_in/meta)
36. TanteLouise. TanteLouise. 2025 [geciteerd 12 juni 2025]. Onderzoek: VanThuisUit ondersteunt kostenefficiënt bij langer thuis wonen. Beschikbaar op: <https://tantelouise.nl/nieuws/onderzoek-vanthuisuit-ondersteunt-kostenefficiënt-bij-langer-thuis-wonen>
37. 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>
38. Polley e.a. ResearchGate. [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](https://www.researchgate.net/publication/318861473_A_review_of_the_evidence_assessing_impact_of_social_prescribing_on_healthcare_demand_and_cost_implications)
39. 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>
40. 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>

41. Fedder DO, Chang RJ, Curry S, Nichols G. The effectiveness of a community health worker outreach program on healthcare utilization of west Baltimore City Medicaid patients with diabetes, with or without hypertension. *Ethn Dis.* 2003;13(1):22-7.
42. Jack HE, Arabadjis SD, Sun L, Sullivan EE, Phillips RS. Impact of Community Health Workers on Use of Healthcare Services in the United States: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* maart 2017;32(3):325-44.
43. 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/>
44. Communicatie\_VitaValley. Nieuwe whitepaper: zo sluit SROI aan bij de richtlijn Passend bewijs voor preventie [Internet]. VitaValley. 2025 [geciteerd 2 januari 2026]. Beschikbaar op: <https://vitavalley.nl/nieuwe-whitepaper-zo-sluit-sroi-aan-bij-de-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie/>
45. 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.
46. Frameworks and good practices of intercultural mediation.pdf [Internet]. [geciteerd 1 december 2025]. Beschikbaar op: <https://eca.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/Frameworks%20and%20good%20practices%20of%20intercultural%20mediation.pdf>
47. Blair TRW. "Community ambassadors" for South Asian elder immigrants: Late-life acculturation and the roles of community health workers. *Soc Sci Med.* 1 november 2012;75(10):1769-77.
48. Eenzaamheid | Oorzaken en gevolgen | Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 4 februari 2026]. Beschikbaar op: <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/oorzaken-gevolg>
49. König HH, Hajek A. Disutility associated with social isolation and loneliness in Germany: results of a population survey using the EQ-5D-5L instrument. *Health Qual Life Outcomes.* 20 december 2024;22(1):110.
50. Panagioti M, Skevington SM, Hann M, Howells K, Blakemore A, Reeves D, e.a. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* mei 2018;27(5):1257-68.
51. Kennissynthese 2024. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: actuele kennis en inzichten. | Nivel [Internet]. [geciteerd 2 december 2025]. Beschikbaar op: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kennissynthese-2024-gezondheidsvaardigheden-nederland-actuele-kennis-en-inzichten>
52. Ministerie van VWS. Preventie op waarde schatten - Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie - Publicatie - Rijksoverheid.nl [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>
53. Brar-Josan N, Yohani SC. Cultural brokers' role in facilitating informal and formal mental health supports for refugee youth in school and community context: a Canadian case study. *Br J Guid Couns.* 4 juli 2019;47(4):512-23.
54. Findley S, Matos S, Hicks A, Chang J, Reich D. Community health worker integration into the health care team accomplishes the triple aim in a patient-centered medical home: a Bronx tale. *J Ambulatory Care Manage.* 2014;37(1):82-91.
55. Kok MC, Dieleman M, Taegtmeyer M, Broerse JEW, Kane SS, Ormel H, e.a. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy Plan.* november 2015;30(9):1207-27.
56. VitaValley. SROI Eijsden: €6 winst per euro investering [Internet]. VitaValley. 2025 [geciteerd 17 september 2025]. Beschikbaar op: [https://vitavalley.nl/sroi\\_eijsden/](https://vitavalley.nl/sroi_eijsden/)
57. Document Utrecht - Cebeon Utrecht benchmark begroting 2023 eindrapport - iBabs Publiekspitaal [Internet]. [geciteerd 6 januari 2026]. Beschikbaar op: <https://utrecht.bestuurlijkeinformatie.nl/Reports/Document/8cebe40e-7619-47d8-ad00-f388376caf39?documentId=080d3c4f-5554-4c96-af8c-568b9f6f7af0>
58. Stielke A, Dyakova M, Ashton K, van Dam T. The social and economic benefit of health literacy interventions in the WHO EURO region. *Eur J Public Health.* 1 november 2019;29(Supplement\_4):ckz186.390.
59. Gruber A. The Role of Preventive Care in Reducing Healthcare Costs: A Public Health Perspective. *Epidemiol Open Access.* 29 januari 2025;15(1):1-2.

60. Werken voor Nederland [Internet]. [gecteerd 3 februari 2026]. Salaris | Arbeidsvoorwaarden | Stagevergoeding | Rijksoverheid. Beschikbaar op: <https://www.werkenvoornederland.nl/over-de-rijksoverheid/arbeidsvoorwaarden/jouw-salaris>
61. Kennisbank Openbaar Bestuur. Handleiding Overheidstarieven 2025 | Kennisbank Openbaar Bestuur [Internet]. [gecteerd 11 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.kennisopenbaarbestuur.nl/documenten/2024/10/16/handleiding-overheidstarieven-2025>
62. VitaValley. Social Return On Investment | SROI [Internet]. VitaValley. [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://vitavalley.nl/sroi/>
63. CBS. StatLine - Consumentenprijzen; prijsindex 2015=100 [Internet]. [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131ned/table?ts=1686052550933>
64. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2025 [gecteerd 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>
65. CPB. Actualisatie Verkenning middellange termijn tot en met 2028 (september 2024) [Internet]. [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.cpb.nl/actualisatie-verkenning-middellange-termijn-tot-en-met-2028-september-2024>
66. VNG. Meer ouderen en jongvolwassenen gebruiken Wmo-ondersteuning | VNG [Internet]. [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://vng.nl/nieuws/meer-ouderen-en-jongvolwassenen-gebruiken-wmo-ondersteuning>
67. Ministerie van VWS. Kerncijfers diëtetiek - Paramedische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2020 [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/kerncijfers-paramedische-zorg/kerncijfers-dietetiek>
68. UWV. UWV Januarinota 2025 [Internet]. 2025 [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.uwv.nl/nl/publicaties/financiele-nota/2025/januarinota-2025>
69. Zorguitgaven en -ontvangsten Zvw begroting | De Staat van Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [gecteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: <https://www.staatvenz.nl/financiele-middelen/zorguitgaven-en-ontvangsten-zvw2-begroting>

## 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

Pharos en de gemeente Utrecht

## Auteurs

Laura Dogan-Hendriks, Pim Ketelaar, Maarten Ploeg, Jing Jing Cai

## Versiebeheer

V1.0, Maart 2026

260326 SROI rapportage Sleutelpersonen GOW V1.0\_def

## Contactgegevens

Zonneoordlaan 17

6718 TK Ede

0318 65 77 15

[info@vitavalley.nl](mailto:info@vitavalley.nl)

[www.vitavalley.nl](http://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](http://www.vitavalley.nl).

**VitaValley**