

Marc Pomp

Economische Beleidsanalyse



Welzijn op Recept Effecten op zorggebruik en zorguitgaven

April 2023

INHOUD

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
1. Achtergrond	5
2. Wat weten we al?.....	7
3. Effecten op zorggebruik: interviews.....	8
4. Effecten op zorggebruik: samenvatting antwoorden	10
5. Vertaling in effecten op zorguitgaven	12
Referenties	17
Bijlage: Citaten uit interviews	18
B1. Huisartsen.....	18
B2. Welzijnscoaches.....	22

Voorwoord

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft als belangrijk speerpunt voorkomen dat burgers onnodig een beroep doen op medische zorg. Preventie en samenwerking met het sociaal domein spelen hierbij een belangrijke rol. Zo is afgesproken dat huisartsen meer tijd krijgen om “het goede gesprek” te voeren met hun patiënten (MTVP), zodat mensen met een eenzaamheidsvraag of andere sociale problematiek geholpen kunnen worden in hun eigen omgeving en in het sociaal domein. Welzijn op Recept kan een belangrijke rol spelen in het realiseren van de IZA-doelstellingen. Met Welzijn op Recept worden mensen die bij de huisarts komen met psychosociale klachten waarvoor geen medische oorzaak wordt vastgesteld, verwezen naar een welzijnscoach. Samen met de welzijnscoach kunnen mensen de regie weer pakken en komt er weer kleur in hun leven doordat zij letterlijk of figuurlijk in beweging komen en mee gaan doen met activiteiten in de wijk. Mensen worden weer onderdeel van de wijkgemeenschap en doen weer, naar vermogen, mee. Inmiddels wordt in meer dan 145 gemeenten gewerkt met Welzijn op Recept. Dit rapport maakt aannemelijk dat Welzijn op Recept een goede maatschappelijke investering is. Het verdient aanbeveling Welzijn op Recept verder uit rollen, onder meer door voldoende structurele financiering gekoppeld aan goede monitoring en evaluatie.

Edwin Velzel, CEO PGGM

Samenvatting¹

Met Welzijn op Recept (WOR) worden patiënten met psychosociale klachten zonder direct medische oorzaak door de huisarts doorverwezen naar een welzijnscoach. Uit interviews met huisartsen en welzijnscoaches blijkt dat WOR soms of zelfs regelmatig bijdraagt aan:

- afname van het gebruik van huisartsenzorg;
- afname van het gebruik van GGZ;
- langer thuis kunnen blijven wonen;
- langer mantelzorg kunnen leveren;
- het doen van vrijwilligerswerk.

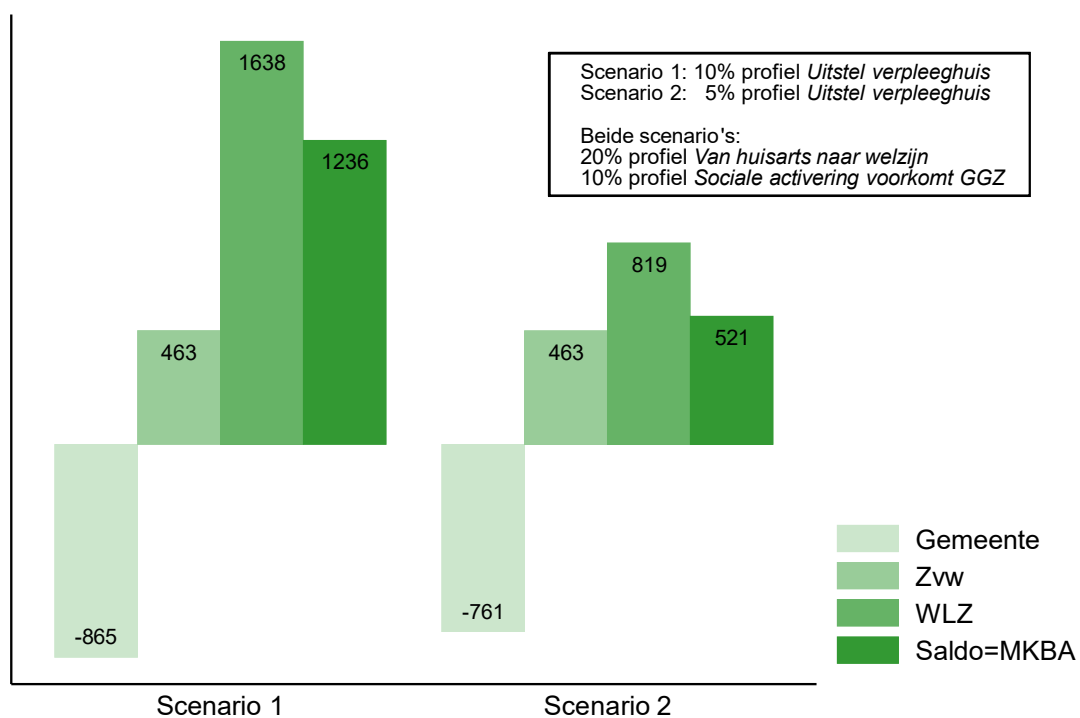
Bij zorgvormen zoals wijkverpleegkundige zorg en dagbesteding gaf een aantal respondenten aan dat WOR juist leidt tot méér gebruik, maar dat hierdoor de zorggebruiker langer thuis kan blijven wonen. Uit een voorlopige vertaling van deze effecten in kosten en besparingen blijkt dat kosten vooral worden gemaakt bij gemeenten terwijl besparingen vooral neerslaan bij de WLZ en in mindere mate de Zvw. Per saldo is sprake van besparingen op de zorgkosten.

Onderstaande figuur brengt voor twee scenario's de saldi van kosten en besparingen in beeld voor de verschillende domeinen. Hierbij is nog geen rekening gehouden met gunstige effecten op welzijn en welbevinden en met laagfrequente effecten met een grote impact (financieel en anderszins), zoals het vinden van betaald werk en het voorkómen of tijdig aanpakken van schuldproblemen.

Nader empirisch onderzoek op basis van declaratiegegevens naar de effecten van WOR op de zorguitgaven is gepland voor 2023/24. Daarnaast wordt verkend of prospectief onderzoek haalbaar is, waarbij WOR ontvangers en een controlegroep worden gevolgd in de tijd.

¹ Voor dit onderzoek is dankbaar gebruik gemaakt van de expertise van het Landelijk Netwerk Welzijn op Recept. Het onderzoek is gefinancierd door pensioenfonds PGGM. PGGM heeft op geen enkele wijze invloed uitgeoefend op de inhoud van dit rapport.

Kosten (-) en besparingen (+) per 1000 WOR-ontvangers, × € 1000*



* MKBA: Maatschappelijke Kosten-batenanalyse. Voor een nadere toelichting op de bedragen zie paragraaf 5 van dit rapport.

1. Achtergrond

De zorg in Nederland is voor iedereen toegankelijk en van goede kwaliteit. Om dit zo te houden is een breed pakket aan maatregelen nodig, waaronder maatregelen gericht op het terugdringen van onnodig zorggebruik. Welzijn op recept (WOR) draagt hieraan bij. Met WOR worden patiënten met psychosociale klachten zonder direct medische oorzaak door de huisarts doorverwezen naar een welzijnscoach.² De welzijnscoach begeleidt hen vervolgens naar sociale activiteiten zoals samen koken en eten, tuinieren, samen wandelen of fietsen, iets doen met een maatje, vrijwilligerswerk etc.

Verschillende randvoorwaarden zijn bepalend voor het succes van WOR. Onderzoekers van RIVM benadrukken het belang van korte lijnen, waarbij de welzijnscoach bij voorkeur in het gezondheidscentrum of de huisartsenpraktijk is gevestigd (Suikerbuik et al. 2019). Ook constateren de onderzoekers dat wanneer de huisarts de patiënt persoonlijk naar de welzijnscoach begeleidt, en de welzijnscoach op zijn of haar beurt de cliënt persoonlijk in contact brengt met de welzijnsvoorzieningen, de deelname het grootst is: “De welzijnscoach heeft een goede voordeur nodig in het medisch domein, en een goede achterdeur in het sociale domein”.

Inmiddels worden in meer dan 145 gemeenten welzijnsrecepten uitgeschreven door huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners. Dit is ruim 40% van alle gemeenten in Nederland, met een oververtegenwoordiging van grote en middelgrote gemeenten. Omdat de registratie van WOR bij zowel de huisarts als de welzijnscoach nog niet eenduidig en nauwgezet plaatsvindt, en omdat passende financiering ontbreekt, is goede monitoring van Welzijn op Recept door het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept nog niet gerealiseerd. Als 40% van alle huisartsen minimaal 3x per jaar Welzijn op Recept voorschrijven, komen we op ruim 15 000 welzijnsrecepten per jaar.³

² Volgens het NIVEL is het percentage volwassen patiënten dat contact heeft gehad met de huisartsenpraktijk voor psychische en sociale problemen in de periode 2011-2017 toegenomen van 12% naar 18%. In een gemiddelde praktijk betreft dit tussen de 20% en 50% van alle consulten bij de huisarts.
<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/infographic-toename-patienten-met-psychische-en-sociale-problemen-de-huisartsenpraktijk>

³ 40% van 12.766 praktiserende huisartsen = 5.106 x 3 welzijnsrecepten minimaal per jaar = 15.319.

Om WOR verder te optimaliseren en te borgen is structurele financiering nodig van de inzet van de huisarts en de welzijnscoach. Alleen op die manier kan WOR onderdeel worden van de dagelijkse praktijk.

Omdat WOR naar verwachting resulteert in lagere kosten binnen de Zvw/WLZ, is een investering in WOR voor zorgverzekeraars een te overwegen optie. Om hen in staat te stellen die beslissing te nemen, zijn (financiële) feiten en cijfers nodig over WOR. Op dit moment zijn er geen databestanden waar deze feiten en cijfers uit kunnen worden gehaald. In de loop van 2023-4 verwachten we gegevens te hebben waar we een statistische analyse op kunnen baseren. Onderzoek naar soortgelijke initiatieven in het buitenland (VK) wijst op lager zorggebruik in de 1e lijn en 2e lijn. Dit onderzoek wordt kort samengevat in de volgende paragraaf.

In Nederland is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de kosten en baten van WOR. Om nu toch al een beeld te krijgen van de effecten van WOR op zorggebruik en zorgkosten, zijn individuele semi-gestructureerde interviews gehouden met 5 huisartsen en 5 welzijnscoaches die allen ruime ervaring hebben met WOR (zie paragraaf 3 voor nadere details over de interviews). Ter aanvulling hierop is een supervisor van welzijnscoaches geïnterviewd, die onafhankelijk van ons in 2022 30 WOR-casussen heeft doorgenomen met welzijnscoaches om de effecten op zorggebruik in beeld te brengen. Deze 11 interviews geven inzicht in de effecten van WOR op zorggebruik. De resultaten zijn samengevat in paragraaf 4.

Om deze effecten te vertalen in effecten op zorguitgaven is gebruik gemaakt van een recent voor WOR ontwikkelde excel-rekentool, aangevuld met gegevens van het Verwey-Jonker Instituut (2022). Deze rekentool bevat een gedetailleerde uitsplitsing van kosten en baten van WOR voor elk van de drie stelselwetten. De effecten van WOR op zorguitgaven komen aan bod in paragraaf 5. Een bijlage bevat illustratieve citaten uit de interviews, waarmee een beeld ontstaat van de diversiteit van de effecten van WOR in de huidige praktijk.

2. Wat weten we al?

Onderzoek naar WOR en vergelijkbare initiatieven in het buitenland (vooral *social prescribing* in het VK) levert geen harde conclusies op over de effecten op zorggebruik. De reden is dat er nog weinig kwantitatief onderzoek is gedaan en dat de onderzoeksmethodologie soms voor kritiek vatbaar is. Niettemin zijn er aanwijzingen dat WOR en *social prescribing* het zorggebruik verminderen. Deze paragraaf vat het beschikbare onderzoek kort samen.

Een Nederlands overzicht van het beschikbare onderzoek naar de effecten van WOR komt tot de volgende conclusie (Mesman et al. 2019): “Zoals eerder omschreven zijn deelnemers vaak bekende veelgebruikers van zorg. Door deelname aan Welzijn op Recept is het de bedoeling om hun welbevinden te verhogen met als gevolg dat ze ook minder gebruik zullen maken van zorg. Over dit effect is weinig data beschikbaar in Nederland. Een evaluatie van Welzijn op Recept in Delft uit 2015, gebaseerd op 30 patiënten, rapporteert het volgende:

- Het zorggebruik binnen het gezondheidscentrum van de 30 cliënten daalt met gemiddeld 20%;
- Het aantal huisartsenconsulten vanwege psychosociale problematiek is met 56,5% afgenomen.

Van Engelstalige *social prescribing* initiatieven is meer bekend over zorggebruik in zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg. Na deelname zijn dalingen in het aantal contacten met de huisarts waargenomen, evenals een afname in het aantal SEH-bezoeken, opnamen en afspraken op de polikliniek. Studies rondom veranderingen in het aantal herhaalrecepten en medicijngebruik evenals doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg vertonen een wisselend beeld.”

Een recent overzicht van onderzoek naar de effecten van *social prescribing* in het VK is voorzichtiger: “Current evidence suggests positive effects of SP on a variety of relevant endpoints. Due to quality deficits in the available studies, scope for conclusions concerning clinical relevance and sustainability is limited. Further methodologically rigorous controlled trials are needed (Napierala et al. 2022).” De onderzoekers beoordelen de studie van Mercer et al. (2019) als methodologisch het sterkst. De conclusie die in deze studie wordt getrokken luidt als volgt: “We were unable to prove the effectiveness of referral to CLPs [community link practitioners, een soort welzijnscoaches, MP] based in primary care in deprived areas for

improving patient outcomes. Future efforts to boost uptake and engagement could improve overall outcomes, although the apparent improvements in those who regularly saw the CLPs may be due to reverse causality. Further research is needed before wide-scale deployment of this approach.”

3. Effecten op zorggebruik: interviews

De voor dit onderzoek geïnterviewde huisartsen en welzijnscoaches zijn geselecteerd door het Landelijk Netwerk Welzijn op Recept, op basis van ervaring met WOR en bereidheid om deel te nemen. Het aantal respondenten is beperkt tot 11 vanwege de beschikbare tijd voor dit onderzoek. De meeste huisartsen en welzijnscoaches hebben WOR vooral ingezet bij kwetsbare ouderen; één van de geïnterviewde welzijnscoaches richt zich vrijwel uitsluitend op jongeren. Tabel 1 geeft een overzicht van de gemeenten waar de geïnterviewde huisartsen en welzijnscoaches werkzaam zijn en van het aantal welzijnsrecepten dat zij hebben uitgeschreven of begeleid. De tabel maakt duidelijk dat de meeste geïnterviewden werkzaam zijn in stedelijk gebieden en dat alle geïnterviewden ruime ervaring hebben met WOR.

Tabel 1. Geïnterviewde huisartsen en welzijnscoaches

Gemeente (wijk)	Ervaring met WOR*
Huisartsen	
Den Haag (Laakkwartier)	300
Groningen (Lewenborg)	80
Houten	100
Schiedam	360
Zoetermeer	100
Welijnscoaches	
Houten	100
Meijerijstad	300
Midden Groningen	500
Schiedam	400
Tilburg	100
Supervisor	
Dordrecht	30

* Cumulatief aantal uitgeschreven/uitgevoerde welzijnsrecepten ten tijde van het interview

Ieder interview duurde ongeveer een uur. In de interviews stond onderstaande tabel centraal, met 13 mogelijke effecten op het zorggebruik. De experts ontvingen van te voren een brief waarin deze tabel was opgenomen. Deze 13 effecten zijn gekozen op basis van a priori verwachtingen van het Landelijk Kenniscentrum Welzijn op Recept. Respondenten is tijdens de interviews gevraagd aan te geven of items op de lijst ontbraken; in drie gevallen was het antwoord bevestigend. Het betrof in twee gevallen fysiotherapie en in één geval eerder het (ouderlijk) huis verlaten. In de brief ging aan tabel 2 de volgende tekst vooraf: “Als startpunt voor dit gesprek dient de onderstaande tabel. We vragen je voor elk van de items aan te geven *hoe vaak het voorkomt* dat WOR resulteert in een afname van het zorggebruik. Het gaat om een globale en neutrale schatting: niet optimistisch, niet pessimistisch maar vooral realistisch.” Aan het begin van elk interview werd deze tekst nog eens herhaald. Bij elk van de 13 items werd aan de respondenten gevraagd om toe te lichten hoe zij tot hun antwoord kwamen. Elke respondent ontving kort na het interview een gespreksverslag met zijn/haar antwoorden en toelichtingen, met het verzoek om eventuele wijzigingen en aanvullingen in het verslag aan te geven.

Tabel 2. Items zorggebruik waar WOR effect op kan hebben

WOR leidt tot:	
1. Minder gebruik van de huisartsenzorg	zelden/soms/regelmatig
2. Minder doorverwijzingen naar medisch specialistische zorg	zelden/soms/regelmatig
3. Minder geneesmiddelengebruik (antidepressiva, slaapmiddelen)	zelden/soms/regelmatig
4. Minder gebruik van basis- en specialistische GGZ-zorg	zelden/soms/regelmatig
5. Minder diagnostiek	zelden/soms/regelmatig
6. Minder gebruik wijkverpleegkundige hulp	zelden/soms/regelmatig
7. Minder gebruik huishoudelijke hulp	zelden/soms/regelmatig
8. Minder noodzaak huisaanpassing/hulpmiddelen	zelden/soms/regelmatig
9. Minder ambulante begeleiding / dagbesteding WMO	zelden/soms/regelmatig
10. Langer thuis kunnen blijven wonen	zelden/soms/regelmatig
11. Langer mantelzorg kunnen leveren	zelden/soms/regelmatig
12. Grotere kans op (betaald) werk	zelden/soms/regelmatig
13. Actiever zijn als vrijwilliger	zelden/soms/regelmatig

Regelmatig: Bij minstens 1 op 10 ontvangers van een welzijnsrecept

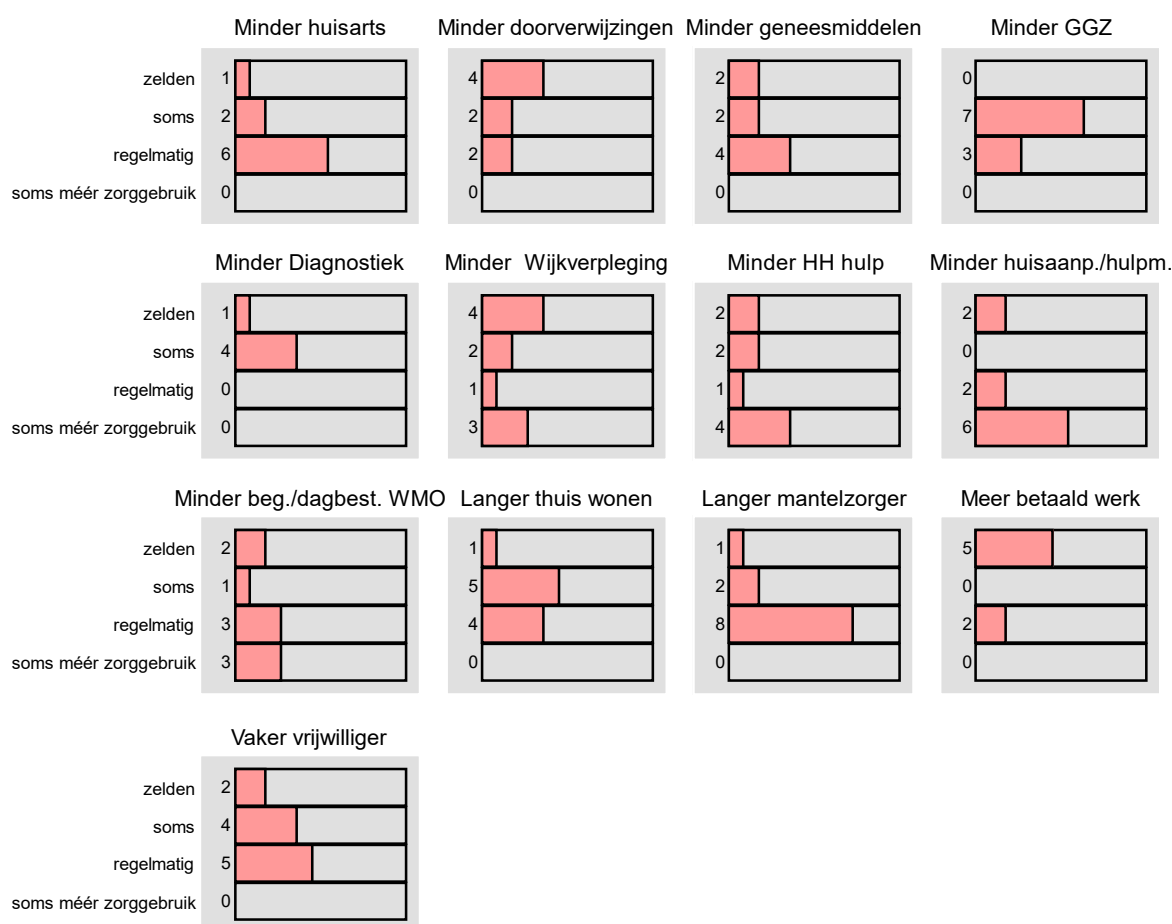
Soms: Bij 1 op 10 tot 1 op 40 ontvangers van een welzijnsrecept

Zelden: Bij minder dan 1 op 40 ontvangers van een welzijnsrecept

4. Effecten op zorggebruik: samenvatting antwoorden

Figuur 1 vat de antwoorden samen van de 11 respondenten voor elk van de 13 items in tabel 2. Om de figuur overzichtelijk te houden zijn antwoorden 'NVT' (niet van toepassing) en 'weet niet' weggelaten.⁴ Hierdoor tellen de antwoorden niet altijd op tot 11. Daarnaast werden soms twee antwoorden gegeven, 'zelden/soms' en 'soms/regelmatig'. Deze antwoorden zijn meegenomen in de minst voorkomende categorie, respectievelijk 'zelden' en 'soms'. Belangrijk is de toegevoegde antwoordcategorie 'méér zorggebruik'. We komen hier nog op terug.

Figuur 1. Effecten op zorggebruik: antwoorden uit 11 interviews



⁴ NVT werd een aantal maal als antwoord gegeven door de welzijnscoach die zicht uitsluitend richt op jongeren (huisaanpassingen en hulpmiddelen zijn niet van toepassing bij deze deelpopulatie).

Uit figuur 1 komt naar voren dat respondenten onderling verschillen in hun inschatting van de effecten op zorggebruik. Bij slechts drie van de 13 items geeft een meerderheid van de respondenten hetzelfde antwoord, namelijk:

1. dat er soms of regelmatig sprake is van een daling van het gebruik van GGZ-zorg;
2. dat het gebruik van huisaanpassingen en/of hulpmiddelen *toeneemt* door WOR; en
3. dat WOR ervoor zorgt dat mantelzorgers het langer volhouden.

Bij dit laatste effect gaat het zowel om het ontlasten van de mantelzorger door de inzet van welzijnsactiviteiten voor de ontvanger van mantelzorg, als om het bieden van welzijnsactiviteiten aan de mantelzorger zelf. De citaten in de bijlage bevatten hiervan een aantal voorbeelden.

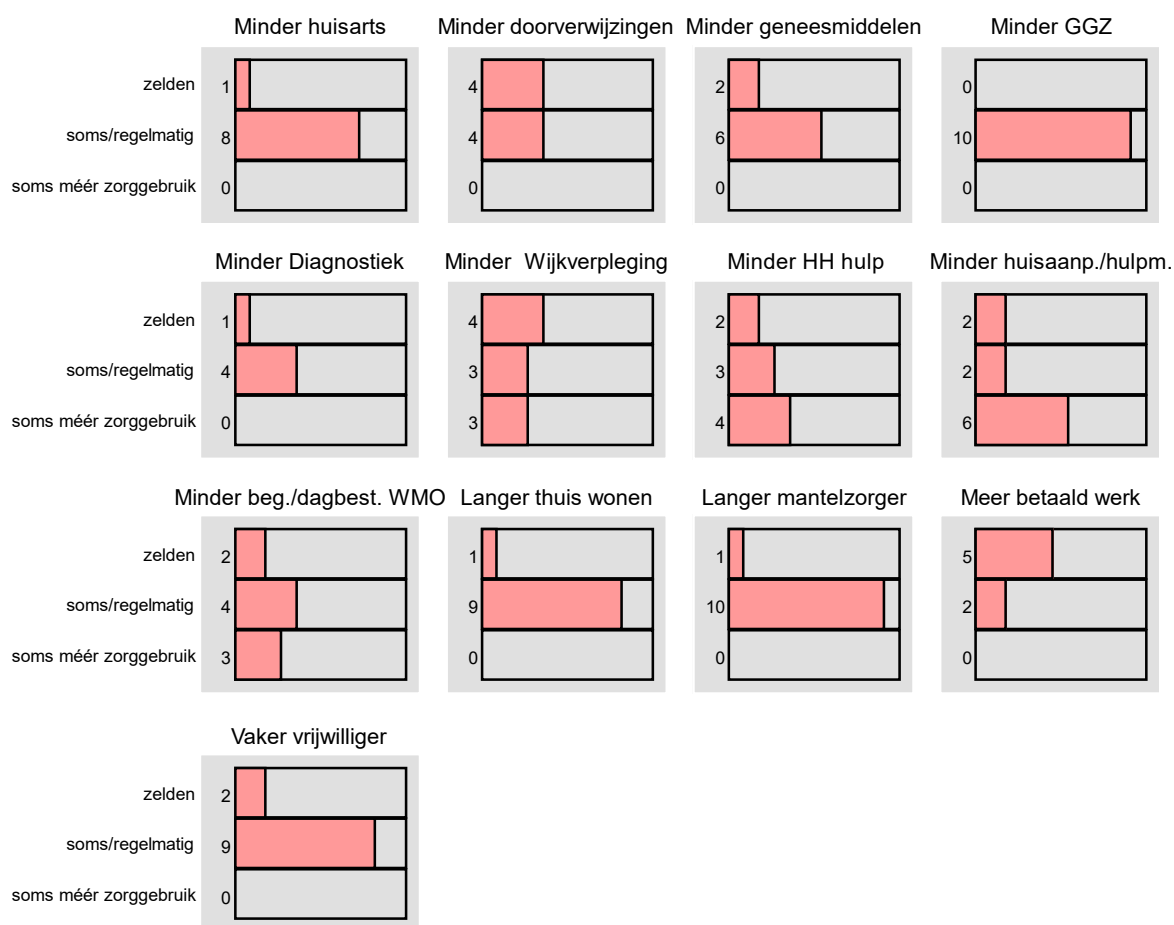
De heterogeniteit in antwoorden wordt deels verklaard door lokale verschillen in het zorgdomein. Zo gaf één van de respondenten aan dat de wijkverpleegkundige veel niet-medische zorg levert, zoals het uitzoeken van gemeentelijke aanvragen en ander papierwerk. Of dat de huishoudelijke hulp soms ook ‘gewoon een kopje koffie drinkt’ met bijv. een eenzame oudere. WOR maakt dit soort ‘sociale werkzaamheden’ minder vaak nodig. Andere respondenten gaven aan dat dit bij hen niet speelt, omdat de wijkverpleegkundige zorg en de huishoudelijke hulp al zo beperkt worden ingezet dat er geen tijd is voor ‘sociale werkzaamheden’. WOR kan in dat geval nauwelijks resulteren in een daling van dit soort zorggebruik.

De mate van overeenstemming tussen de antwoorden van de 11 respondenten neemt sterk toe als we de antwoordcategorieën ‘soms’ en ‘regelmatig’ samenvoegen, zie figuur 2. Soms/regelmatig staat dan voor: bij tenminste 1 op de 40 ontvangers van een welzijnsrecept. Na deze samenvoeging geeft een meerderheid van de respondenten hetzelfde antwoord bij 8 van de 13 items. Bij slechts 4 van de 13 items lopen ook na deze indikking de antwoorden nog sterk uiteen. Het betreft de items Wijkverpleegkundige, Huishoudelijke hulp, Huisaanpassingen/hulpmiddelen en Ambulante begeleiding/ dagbesteding lopen de antwoorden nog sterke uiteen. Dit zijn precies de zorgsoorten waarvan een aantal respondenten aangaf dat WOR leidt tot méér gebruik, maar dat hiertegenover staat dat de

ontvanger van deze zorg langer thuis kan blijven wonen.

Interessant is dat respondenten vrijwel unaniem constateren dat WOR soms of regelmatig bijdraagt aan een afname van het gebruik van huisartsenzorg en GGZ, langer thuis kunnen blijven wonen, langer mantelzorg kunnen leveren en het doen van vrijwilligerswerk.

Figuur 2. Effecten op zorggebruik: antwoorden uit 11 interviews, antwoordcategorieën 'soms' en 'regelmatig' samengevoegd



5. Vertaling in effecten op zorguitgaven

De interviews geven inzicht in de effecten van WOR op zorggebruik maar niet op zorguitgaven. Om hier toch een beeld van te krijgen zijn de effecten op zorggebruik uit de interviews vertaald in drie profielen van veranderingen in zorggebruik als gevolg van WOR (zie tabel 3). De drie profielen zijn gekozen op basis van de meest genoemde antwoorden in de

interviews.⁵

Tabel 3. Drie WOR-profielen

	1. Van huisarts naar welzijn	2. Sociale activering voorkomt GGZ	3. Uitstel verpleeghuis
Omschrijving	Gedurende 1 jaar in plaats van 1 x per week 1 x per maand bezoek aan de huisarts/POH	Traject basis- of specialistische GGZ (elk voor 50% meegewogen) wordt vervangen door welzijnsactiviteiten	WOR, aangevuld met huishoudelijke hulp en dagbesteding, resulteert in uitstel van opname in het verpleeghuis met 3 maanden
Kostenposten	Welzijnscoach + welzijnsactiviteiten	Welzijnscoach + welzijnsactiviteiten	Welzijnscoach + welzijnsactiviteiten + huishoudelijke hulp + dagbesteding + vervoer

Voor elk WOR-profiel zijn de kosten en besparingen berekend vanuit vier verschillende perspectieven: de gemeente, de ZVW-zorgverzekeraar, de WLZ-zorgverzekeraar en de maatschappelijk als geheel. De perspectieven verschillen in welke kosten en besparingen zijn meegenomen. De eerste drie perspectieven kunnen worden gezien als business case vanuit het perspectief van de betreffende stakeholder, het laatste perspectief als een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA).

De normbedragen waarmee is gerekend staan in tabel 4. Voor de kosten van de welzijnsactiviteit is een bedrag opgenomen van €120, gebaseerd op data van een geconsulteerde welzijnsorganisatie die aangaf dat de kosten van een welzijnsactiviteit gemiddeld €150 - €200 bedragen. Omdat ongeveer 40% van de WOR-ontvangers gebruik maakt van informele (niet betaalde) activiteiten zoals wandelclubs, is gerekend met 60% van €200.

Tabel 4. Normbedragen

⁵ Er zijn geen profielen gemaakt voor 'langer mantelzorg kunnen leveren' en 'vaker werken als vrijwilliger': hoewel er een grote mate van overeenstemming bestaat onder de geïnterviewde huisartsen en welzijnscoaches dat WOR op deze terreinen ook positieve effecten heeft, laten die effecten zich nog niet vertalen in effecten op de zorguitgaven. Wel maakt de grote mate van overeenstemming over 'langer mantelzorg kunnen leveren' het extra aannemelijk dat WOR leidt tot uitstel van opname in het verpleeghuis.

Item	Normbedrag (€)	Bron
Consult huisarts	52	iMTA kostencalculator
Consult POH	26	iMTA kostencalculator
Welzijnscoach 5 à 10 uur	650	ContourdeTwern (Dordrecht)
Welzijnsactiviteit	120	Zie tekst
Traject GGZ ⁶	1.825	Nza/Psynib
Huishoudelijke hulp (uur)	29	Verwey Jonker
Dagbesteding (dagdeel)	58	Verwey Jonker(dagbesteding Wmo – zwaar) ⁷
Vervoer dagbesteding (retourrit)	16	NZa
Verpleeghuis (maand)	5.460	iMTA, dagtarief x 30

Resultaten van de berekeningen staan in tabel 5. Bij elk van de drie profielen is de MKBA positief: de totale maatschappelijk baten zijn (veel) groter dan de totale maatschappelijke kosten. De kosten en baten slaan echter neer bij verschillende stakeholders: uitgaven aan welzijn en WMO-voorzieningen komen voor rekening van de gemeente, terwijl baten terechtkomen bij de zorgverzekeraar (Zvw of WLZ).

Verreweg de grootste besparingen worden gerealiseerd bij profiel 3 (uitstel van opname in het verpleeghuis). Dit is het gevolg van de aanname dat met een vrij beperkte inzet van huishoudelijke hulp en dagbesteding opname in het verpleeghuis met drie maanden kan worden uitgesteld. Als patiënten alleen thuis kunnen blijven met een veel grotere inzet van huishoudelijke hulp en/of dagbesteding ziet het beeld er uiteraard anders uit. Maar ook dan is het onwaarschijnlijk dat de MKBA negatief uitpakt: recent onderzoek laat zien dat de patiënten die in aanmerking komen voor opname in het verpleeghuis óf intensieve zorg thuis, in beide scenario's ongeveer even hoge zorgkosten genereren (Bakx et al. 2020).

Aan de hand van de drie profielen in tabel 5 is verkend wat de totale kosten en besparingen zijn voor een groep van 1000 WOR-ontvangers. Dit hangt uiteraard af van de frequentie waarmee de drie profielen optreden. Figuur 3 laat resultaten zien voor twee scenario's die

⁶ Voor een traject basis GGZ is gerekend met een kostprijs van €850, voor een traject specialistische GGZ met een kostprijs van €2800. Bronnen: basis GGZ: <https://www.psynip.nl>, specialistische GGZ: NZa, Tariefbeschikking TB/REG-21620-01 (2021), categorie 800-1799 minuten.

⁷ Bedrag kan lager uitpakken als een deel van de dagbesteding wordt gedaan door vrijwilligers.

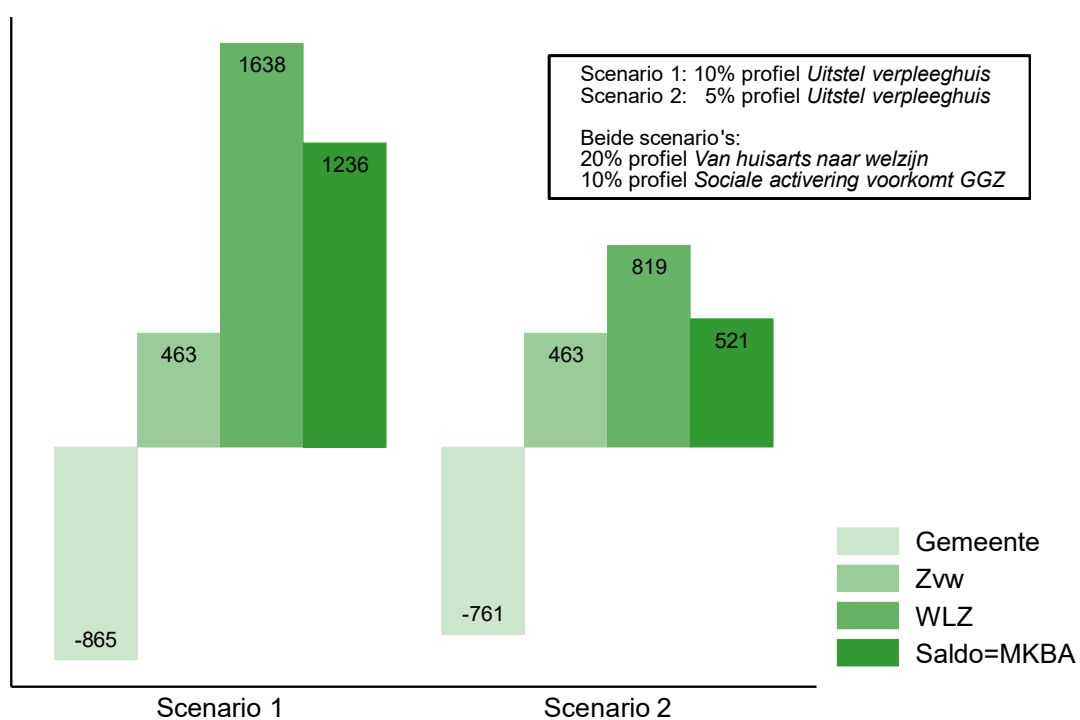
alleen verschillen wat betreft de aanname over de frequentie van het profiel uitstel verpleeghuis (10% vs 5%).

Tabel 5. Kosten en besparingen, € per WOR-ontvanger in drie profielen

Profiel 1: Van Huisarts naar Welzijn gedurende 1 Jaar				
<i>Besparingen</i>	<i>Gemeente</i>	<i>Zvw</i>	<i>WLZ</i>	<i>MKBA</i>
18 consulten huisarts	0	933	0	933
18 consulten POH	0	467	0	467
<i>Kosten</i>				
Inzet welzijnscoach 5 à10 uur	650	0	0	650
Welzijnsactiviteit	120	0	0	120
<i>Totaal netto</i>	-770	1.400	0	630
Profiel 2: Sociale Activering voorkomt GGZ gedurende 1 Jaar				
<i>Besparingen</i>	<i>Gemeente</i>	<i>Zvw</i>	<i>WLZ</i>	<i>MKBA</i>
1 traject GGZ	0	1.825	0	1.825
<i>Kosten</i>				
Inzet welzijnscoach 5 à10 uur	650	0	0	650
Welzijnsactiviteit	120	0	0	120
<i>Totaal netto</i>	-770	1.825	0	1.055
Profiel 3: Uitstel Verpleeghuis met drie maanden				
<i>Besparingen</i>	<i>Gemeente</i>	<i>Zvw</i>	<i>WLZ</i>	<i>MKBA</i>
3 maanden minder verpleeghuiszorg	0	0	16.380	16.380
<i>Kosten</i>				
Inzet welzijnscoach 5 à10 uur	650	0	0	650
Welzijnsactiviteit	120	0	0	120
Inzet huishoudelijk hulp: 2 uur per week, gedurende 3 maanden	754	0	0	754
Dagbesteding (zwaar), 2 maal per week	1.508	0	0	1.508
Vervoer van en naar dagbesteding	208	0	0	208
<i>Totaal netto</i>	-3.240	0	16.380	13.140

In het eerste scenario zijn de totale netto besparingen ruim € 1,2 miljoen, het saldo van € 0,9 mln kosten bij de gemeente waar € 0,5 mln besparingen in de Zvw en € 1,6 mln besparingen in de WLZ tegenover staan. In het tweede scenario zijn de besparingen in de WLZ de helft lager, waardoor het MKBA-saldo daalt tot € 0,5 mln. Definitieve conclusies over het besparingspotentieel van WOR zijn op basis van deze scenario's nog niet te trekken. Nader empirisch onderzoek op basis van declaratiegegevens naar de effecten van WOR op de zorguitgaven is gepland voor 2023/24.

Figuur 3. Kosten (-) en besparingen (+) per 1000 WOR-ontvangers, × € 1000*



* MKBA: Maatschappelijke Kosten-batenanalyse.

Referenties

Bakx, Pieter, Bram Wouterse, Eddy van Doorslaer, Albert Wong, Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival, Journal of Health Economics, Volume 73, 2020, 102354, ISSN 0167-6296, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102354>.

Kimberlee R, Bertotti M, Dayson C, Asthana S, Polley M, Burns L, Tierney S, Husk K. [On behalf of the NASP Academic Partners Collaborative]. (2022). *'The economic impact of social prescribing'*. London: National Academy for Social Prescribing.

Mercer SW, Fitzpatrick B, Grant L, Chng NR, McConnachie A, Bakhshi A, et al. Effectiveness of Community-Links Practitioners in Areas of High Socioeconomic Deprivation. Annals of Family Medicine. 2019; 17(6): 518–525. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2429>.

Mesman R, Hesselink G, Groenewoud G. Verzilveren met ontschotting. Onderzoek naar succes- en faalfactoren, opschaling, maatschappelijke kosten en baten. Nijmegen: IQ Healthcare, 2019.

Napierala, H., Krüger, K., Kuschick, D., Heintze, C., Herrmann, W.J. and Holzinger, F., 2022. Social Prescribing: Systematic Review of the Effectiveness of Psychosocial Community Referral Interventions in Primary Care. International Journal of Integrated Care, 22(3), <http://doi.org/10.5334/ijic.6472>.

Suijkerbuijk, A. W. M., et al. (Kosten) effectiviteit van twee interventies: Welzijn op recept en Gecombineerde Leefstijlinterventie bij Kinderen. 2019.

Verwey-Jonker Instituut, Verkenning Maatschappelijke Prijslijst, november 2022, <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/maatschappelijke-prijslijst/>.

Bijlage: Citaten uit interviews

Deze bijlage bevat citaten uit de interviews, gegroepeerd op basis van de items in tabel 2 in de hoofdttekst. De citaten bevatten toelichtingen op de genoemde effecten, voorbeelden van de ingezette welzijnsactiviteiten, nuanceringen en aanvullingen. De citaten geven een beeld van de diversiteit van de effecten van WOR in de praktijk. Paragraaf B1 bevat citaten uit de interviews met huisartsen, paragraaf B2 citaten uit de interviews met welzijnscoaches.

B1. Huisartsen

Huisartsenzorg

- “Bij ‘zorgzoekers’ [=veelgebruikers] daalt het bezoek van 1 x per week naar 1x per maand; ook minder verwijzingen naar de 2^e lijn.”
- “Ik zie mensen minder snel terug; meestal betreft dit oudere mensen of met chronische aandoeningen”
- “Ik zeg soms: “je komt heel vaak met dezelfde dingen bij me, ik kan daarbij weinig voor je betekenen, maar misschien kunnen we via WOR op andere gebieden iets voor je betekenen”;
- “WOR resulteert ook in minder gebruik POH-GGZ, die verwijst namelijk ook naar WOR als het geen GGZ-klacht betreft maar eenzaamheid en/of onvoldoende inbedding in de maatschappij.”
- “Ik zie soms een daling van 2x week tot 1 x per maand, als het niet medische vraag betreft waarvoor de oplossing ligt op het sociale vlak; beter op te lossen met welzijnsroute.”
- “Soms lever ik in eerste instantie meer zorg, maar hierdoor kom ik er achter waar het probleem ligt. Dit is uiteindelijk doelmatiger. Als welzijn er niet zou zijn, zouden we niet weten wat we met al die vragen moeten, dankzij welzijn kennen we de sociale kaart (de beschikbare welzijnsvoorzieningen in de wijk of gemeente).”

Doorverwijzingen naar de 2e lijn

- “Indien je meer tijd neemt om uit te leggen dat bijvoorbeeld hoofdpijn niet veroorzaakt wordt door een vaatprobleem in het hoofd en meer tijd neemt om vervolgens uit te leggen dat de oorzaak op een ander vlak ligt, is er een kans om de patient de andere kant op te bewegen: dus niet naar de neuroloog maar naar WOR om activiteiten te doen,

mensen te ontmoeten waardoor iemand minder piekert, meer kans heeft om nieuwe vaardigheden aan te leren wat weer effect heeft voor het algehele gevoel van welzijn. Bij mensen met een migratie-achtergrond moet je soms wat extra onderzoek doen omdat mensen dat gewend zijn in het land van herkomst. Het geeft vertrouwen als je met aandacht luistert en lichamelijk onderzoekt en ook bijvoorbeeld bloedonderzoek doet of zelfs een rugfoto maakt (waarvan de waarde, bewezen, zeer beperkt is)."

- "Veel mensen 'lopen over' op sociaal gebied. Dit uit zich in somatische klachten. Inzicht geven in het feit dat dit een sociaal probleem is + de mogelijkheid bieden om hier via welzijn iets aan probleem te doen, voorkomt doorverwijzingen naar de 2^e lijn, vooral cardioloog en neuroloog (want de meest voorkomende psychosomatische klachten zijn hartkloppingen / hoofdpijn), maar ook slaapcentrum, longarts en reumatoloog. Welzijn helpt bijvoorbeeld met hulp bij schulden, boodschappen, huishouden, allerlei praktische zaken, administratief. In het Laakkwartier speelt het multiculturele aspect mee: taal is een hindernis om zelf op zoek te gaan naar info over dit soort klachten."
- "Zie ik niet zo; misschien zelden/soms, de "geruststellende verwijzing" naar internist."
- "Komt zelden voor, patiënt is óf al in beeld bij 2^e lijn óf ik weet al dat doorverwijzing geen zin heeft en verwijs dan ook niet door."

Geneesmiddelengebruik (antidepressiva, slaapmiddelen)

- "POH GGZ kan doorverwijzen naar welzijn in plaats van een slaapmiddel voor te schrijven, bijvoorbeeld 'vitamine G': 2x per week activiteiten; geschikt voor veel mensen met stress door uiteenlopende oorzaken".
- "Patienten vragen vaak om slaapmiddelen, want doordat ze piekeren kampen ze met slaapproblemen. Door via welzijn de oorzaak van het piekeren weg te nemen, voorkom je het gebruik van slaapmiddelen. Piekeren begint vaak met iets kleins, mensen kunnen niet alle ballen in de lucht houden, maar uiteindelijk resulteert dit in echte klachten: denk bijvoorbeeld aan chronische stress die kan leiden tot een hartinfarct."

Gebruik van GGZ

- "Komt voor, in ieder geval soms, misschien eerder *beter* gebruik van GGZ-zorg: duidelijker afgebakend: korter, eerder basis GGZ dan specialistische GGZ; er is veel winst te halen als

de GGZ meedoet aan WOR, psychologen verwijzen ook al, specialistische GGZ begint ook mee te doen; POH GGZ heeft veel contact met de welzijnscoach.”

- “Soms juist méér gebruik; wel is soms een korter traject bij de GGZ afdoende.”
- “Voorbeeld: hyperactief kind gaat naar schilderklasje in plaats van GGZ.”

Diagnostiek

- “Diagnostiek bieden we laagdrempelig aan: patienten willen/eisen soms een foto, daar gaan we soms in mee, maar kiezen dan goedkoopste variant, om gerust te stellen. Als patient tijdig bij welzijn komt, zijn onderzoeken soms niet nodig.”

Wijkverpleegkundige hulp

- “Eerder méér: welzijn signaleert soms dat een patient hulp nodig heeft, bijvoorbeeld bij ADL of steunkousen. Dit voorkomt bijvoorbeeld dikke benen, en daarmee cellulitis, en uiteindelijk opname in het ziekenhuis vanwege een infectie.”
- “Door welzijnscoach kan duidelijk worden dat méér hulp nodig is, dit is waarschijnlijker dan dat er minder hulp wordt ingezet.”

Huisaanpassing/hulpmiddelen

- “Gemengd; als dit soort voorzieningen nodig zijn, leidt WOR eerder tot meer gebruik. Soms wordt de inzet van een duur hulpmiddel zoals een scootmobiel voorkomen. Voorbeeld: meneer wilde scootmobiel (kwam daarmee bij huisarts), is in plaats daarvan aangespoord om meer te gaan bewegen via welzijn. Daardoor had hij uiteindelijk geen scootmobiel nodig, want hij kan nu beter lopen.”

Langer thuis blijven wonen

- “Veel ouderen zijn door WOR beter ingebed, waardoor het langer duurt voordat opname nodig is”
- “Dit is het resultaat van de extra inzet van preventieve zorg”.
- “De partner van een man met Parkinson ging dankzij WOR naar een schilderclubje, waardoor haar man later (mogelijk een half jaar à 1 jaar) naar het verpleeghuis kon én waardoor zichzelf vriendschappen kon onderhouden; dit laatste vermijdt eenzaamheid, ook

op langere termijn, en daardoor betere sociale inbedding. Hierdoor was ze zelf ook beter voorbereid op de situatie waarin ze alleen verder moest (na het overlijden van haar man), en waardoor ze waarschijnlijk zelf minder zorg nodig heeft.”

- “Mogelijk kunnen mensen langer thuis blijven wonen, maar dit is moeilijk te kwantificeren. Ik kan me voorstellen dat als ik WOR op tijd inzet, iemand op termijn langer thuis kan blijven wonen.”
- “We hebben hier een demente dame die elke week naar het schilderklasje in de praktijk komt en daardoor bij ons in beeld is. Hierdoor is opname in een verpleeghuis nog niet nodig.”

Langer mantelzorg kunnen leveren

- “De POH-ouderen kijkt of er activiteiten zijn voor de mantelzorger zelf of voor de ontvanger van mantelzorg, waardoor er wellicht een bezoek af kan voor de mantelzorger.”
- “De huisarts denkt tegenwoordig snel aan welzijn als een overbelaste mantelzorger zich meldt; buurthuizen zetten sterk in op mantelzorgers en bieden ondersteuning waar nodig.”
- “Een veelvoorkomende verwijzing is naar het mantelzorgcafé, waar ervaringen worden gedeeld, voor ontspanning wordt gezorgd en wordt geholpen met regelgeving.”

Grotere kans op weer (betaald) werk

- “Dit komt wel eens voor maar vrij zelden. Welzijn maakt dan gebruik van het Haags Steunsysteem, waarbij meerdere werkgevers zijn aangesloten. Patienten kunnen bij hen in de keuken gaan kijken; vaak willen mensen wel werken, maar ervaren de druk als lastig; dan werkt het goed om eerst vrijwilligerswerk te doen bij het bedrijf en vervolgens door te stromen naar betaald werk (inpakken / administratie ... van alles). Welzijn zorgt ook voor contact met UWV, wat stress bij patient en vrees voor verlies uitkering vermindert.”
- “Voorbeeld: iemand via WOR vrijwilligerswerk (klusjes bij een wat groter bedrijf) en daarna betaalde baan bij hetzelfde bedrijf (en erg happy).”

Actiever zijn als vrijwilliger

- “Patienten ontdekken door WOR dat vrijwilligerswerk ook leuk is en dat je daardoor contacten krijgt; geeft meer zin en perspectief.”
- “Dit komt zeker voor, bijv eerst zelf deelnemen aan een schildercursus en daarna zelf ook aan de slag als vrijwilliger bij die cursus.”

Niet gerubriceerd

- “Er zou meer tijd moeten komen voor follow up na een welzijnsrecept: slechts 1/3 à de helft van de patiënten onderneemt actie na een welzijnsrecept.”
- “Fysiotherapeut en POH somatiek verwijzen bij ons ook naar WOR, wat kan leiden tot minder zorggebruik. De welzijnscoach en de huisarts stimuleren mensen bijvoorbeeld om deel te nemen aan een wandelchallenge. Hieruit zijn wandelclubjes zijn voortgekomen, met als gevolg dat patiënten meer gaan bewegen.”

B2. Welzijnscoaches

Huisartsenzorg

- “Bij patienten die met lichte psychosociale klachten bij de huisarts komen en een welzijnsrecept krijgen neemt het zorggebruik bij de huisarts duidelijk af; dit blijkt ook uit feit dat de huisarts soms vraagt: ‘hoe gaat het met patient x want die heb ik een tijd niet meer gezien.’”
- “Mevrouw belde bijna dagelijks h.a. met duizeligheidsklachten, onderzocht, geen aanleiding gevonden; na doorverwijzing naar WOR ontdekte ze dat duizeligheid vooral ontstond als ze niets te doen had, voortaan belde ze mij (06 nummer, belt altijd terug); plannetje: wat vind je leuk, wat geeft afleiding: vriendin bellen/puzzel/etc.; ze leerde om dat zelf in gaan zetten.”
- “Soms nodigt POH uit om iedere maand te komen; door WOR hoeft dat dan niet meer; kopje koffie bij de POH niet meer nodig.”

Geneesmiddelengebruik (antidepressiva, slaapmiddelen)

- “Denk dat WOR daar zeker meehelpt, hoor je van POH: op moment dat mensen beter in hun vel zitten neemt gebruik medicatie af .”

- “Met name slaapmiddelen; huisarts schrijft die minder vaak voor, zegt ‘ga eerst maar eens naar WOR’; als slaapmiddelen dan toch nodig zijn, slechts voor paar dagen. Zou goed zijn als huisartsen zich vaker realiseren dat WOR een mogelijk alternatief en zeker vaak past als aanvulling.”
- “Geen effect: als mensen eenmaal deze middelen gebruiken blijven ze die gebruiken; benzo’s worden al veel minder voorgeschreven.”

Gebruik van GGZ

- “We krijgen veel aanmeldingen via de POH GGZ en proberen dan samen te werken om GGZ-hulp te voorkomen. We bieden op dit moment gericht meer activiteiten aan voor deze groep, en zien dat mensen minder worden doorverwezen. Wel noodzakelijk is een passend welzijnsaanbod. Voor mannen van 50-65/alleenstaand/weinig netwerk/werkloos is er nu specifiek aanbod en dat werkt; bijv., 2x per week met zijn allen lunchen; yoga, meditatie; locatie buurthuis, aparte ruimte voor deze groep; huisarts weet dat, heeft welzijnscoach nodig als ‘verbindingsofficier’: ook: attenderen op bijv. energietoeslag; maandthema financiën.”
- “Mogelijk dat jongeren nu soms eerder naar welzijn gaan dan naar de psycholoog en ik hoor echt wel dat POH GGZ gaat afsluiten met patiënt nadat die is doorverwezen naar welzijn. Als wij er niet waren geweest was hij/zij wellicht uitgekomen bij de langdurige specialistische GGZ; Welzijn is vaak geen volledige vervanging voor ggz, maar we zouden wel veel vaker moeten samenwerken, wij kennen immers de sociale kaart.”
- “WOR wordt zeker ingezet om wachtlijsten te overbruggen; zeer regelmatig komt het voor dat mensen dan niet meer een GGZ traject ingaan; is nog wel vrij nieuw voor huisartsen om WOR als alternatief aan te kunnen bieden voor GGZ; daarom is terugkoppeling aan h.a. belangrijk, of h.a. die een dag meeloopt. Speelt bij alle leeftijden, vanaf 30, ook jonge gezinnen (ook daar komt eenzaamheid voor, naast relatieproblemen, problemen op het werk), kijken naar het hele gezin; Moeder kan bijv. worden begeleid naar moeders voor moeders, of adviseren bijv. picknicken (kan ook als er geen geld is); hoeven niet altijd georganiseerde activiteiten te zijn; gidsend bezig, mensen zelf ook laten ontdekken.”
- “Door WOR tijdig in te zetten voorkom je dat mensen verder achteruit gaan; iedere week

activiteit -> je bed uit, aankleden etc. “

Wijkverpleegkundige hulp

- “Netwerk inzetten door welzijnscoach voorkomt soms wijkverpleegkundige hulp (waarvoor vaak trouwens wachttijden bestaan) ; de welzijnscoach cq door hem/haar ingezette vrijwilliger maakt mensen bovendien digitaal vaardiger waardoor beeldzorg makkelijker kan.”
- “Denk niet minder, wél zorgt WOR voor meer samenwerking tussen welzijn en wijkverpleging: verpleegkundige kent situatie en kan welzijn inschakelen om mee te denken.”

Huishoudelijke hulp en ondersteuning

- “We zoeken soms naar meer passend particulier alternatief voor WMO-huishoudelijke hulp. Reden is dat de WMO-hulp niet alles mag (takenpakket is nauw omschreven). En ook is de WMO-hulp soms niet zo’n geweldige hulp.”
- “Niet minder, regelmatig juist meer: mantelzorgers doen soms huishoudelijke klussen waardoor ze overbelast raken, welzijnscoach stelt soms voor om huishoudelijke hulp aan te vragen om te voorkomen dat mantelzorger omvalt.”
- “We zijn bewust bezig met ontwikkelen van activiteiten, juist om te voorkomen dat mensen naar dagbesteding moeten.; we zetten bijv. vrijwilligers in die vroeger in de zorg hebben gewerkt. Soms zou je wel een paar uur professionals willen inzetten. Bijv. bij beginnende dementie.”

Huisaanpassing/hulpmiddelen

- “Gebruik neemt regelmatig juist toe door inzet van de welzijnscoach, bijv. scootmobiel aanvragen en weer de deur uit kunnen”
- “Via WOR wordt soms voorlichting gegeven over de mogelijkheden en dan kunnen mensen juist langer thuis blijven wonen. Bijvoorbeeld via valpreventie, of inzet ergotherapeut die vaak praktische tips en suggesties geeft voor hulpmiddelen; maakt/houdt mensen mobieler.”

Ambulante begeleiding / dagbesteding WMO;

- “Bij beginnende cognitieve problematiek is welzijn vervangend voor dagbesteding WMO (half jaar gemiddeld).”
- “Mensen met GGZ-problemen en niet- aangeboren hersenletsel krijgen vaak ambulante begeleiding. WOR kan ervoor zorgen dat een vrijwilliger dat doet, het gaat er soms ook gewoon om dat ervaringen kunnen worden gedeeld (“er stond een vreemde man aan de deur, wat moet ik dan doen?”)”
- “De indicatievoorwaarden dagbesteding zijn vrij strikt; ik haal regelmatig mensen over om juist JA te zeggen tegen dagbesteding; er is meer behoefte aan veilige dagbesteding zónder indicatie; mogelijkheden voor welzijn om dat te regelen zijn er niet altijd, want dorps/buurthuizen worden volledig gerund door vrijwilligers, zonder professional, hierdoor blijven deze mensen bij ons hangen; wij gaan dan toch op zoek naar goede vrijwilligers, maar dit is geen structurele oplossing.”

Langer thuis blijven wonen

- “We zien dat mantelzorgers vaak te ver door gaan, en dan plotseling crashed (fysiek/psychisch), met als gevolg een crisissituatie die dan opgelost moet worden. Door WOR kunnen we crisisopname soms voorkomen (ook door mantelzorger erop te wijzen dat hij/zij ook goed voor zichzelf moet zorgen).”
- “Denk dat dit wel gebeurt, niet alleen bij ouderen maar ook bij licht verstandelijk beperkten. Met betere structuur/planning dag kunnen ook zij het beter en langer zelfstandig volhouden; als deze mensen in een huis komen met vooral ouderen voelen ze zich ongelukkig.”
- “Je versterkt door WOR verschillende leefgebieden, waardoor mensen langer thuis kunnen blijven wonen, soms wel 6 maanden tot 1 jaar. We voeren ook vaak de discussie onderling: kunnen we de zaak zo regelen dat mevrouw/meneer nog thuis kan blijven wonen op een goede en veilige manier?”

Langer mantelzorg kunnen leveren

- “Ik heb veel te maken met overbelaste mantelzorger, soms via huisarts soms via mantelzorgvrager die verwezen is naar WOR; bij mensen die terminaal zijn is soms de

vraag: hoe krijg je voor elkaar dan iemand thuis kan blijven? Welzijnscoach let er dan op dat de mantelzorger ook voor zichzelf zorgt. Bijv. door inschakelen vrijwilliger die tijdelijk taken zoals nachtzorg overneemt.”

Grotere kans op weer (betaald) werk

- “Komt zeker voor, maar zelden; wat vaker gebeurt: iemand aan het werk houden: bijv. bij burn out of arbeidsconflict, we gaan dan samen kijken: hoe kun je aan het werk blijven? Bijvoorbeeld door contact op te nemen met arbo-arts / arbeidsdeskundige; soms heeft welzijnscoach ook zelf contact met werkgever, bijv. sociale werkplaats (client komt dan bijv. bij ons via de huisarts vanwege niet goed kunnen slapen): dit komt regelmatig voor, we zijn goed in beeld bij de sociale werkplaats.”

Actiever zijn als vrijwilliger

- “Komt voor, maar minder vaak dan ik aan het begin zou hebben gedacht; plekken waar vrijwilligers gevraagd worden stellen nogal wat eisen en die zijn soms te hoog; mensen die wel aan die eisen voldoen kunnen vaak ook betaald werk doen. Maar: als maatje zijn van iemand ook vrijwilligerswerk is, dan gebeurt dat wel heel veel.”

Niet gerubriceerd

- “Fysiotherapie werd voorkomen door wandelmaatje.”
- “Administratie: post allerlei, regelzaken allerlei, bijv. kan geen tandarts betalen, bijzondere bijstand aanvragen door coach; voorkomt dat gas/elektra worden afgesloten en vervolgkosten (incasso/kwijtschelden); speelt relatief vaak bij vrouwen met migratieachtergrond.”
- “Als administratieve of schuldenproblematiek wordt gesignaleerd via WOR dan heeft dat een groot effect. Mensen zoeken zelf pas na heel lange tijd hulp bij schulden.”