

## Welzijn op Recept (WOR): hoe werkt het?

Literatuuronderzoek naar de cruciale bestanddelen,  
hun werking en geschikte methoden voor het meten en  
monitoren van Welzijn op Recept (WOR)

Sander Ranke

Jolanda van Haren

Stef Groenewoud

## **Welzijn op Recept (WOR): hoe werkt het?**

Literatuuronderzoek naar de cruciale bestanddelen,  
hun werking en geschikte methoden voor het meten en monitoren  
van Welzijn op Recept (WOR)

*Nijmegen, 31 augustus 2018*

## Inhoud

<b>Managementsamenvatting.....</b>	<b>4</b>
<b>Uitgebreide samenvatting resultaten.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Probleemstelling .....	9
1.3 Doelstelling .....	9
1.4 Leeswijzer .....	9
<b>2. Methoden.....</b>	<b>11</b>
2.1 Design: realist review.....	11
2.2 Zoekstrategieën.....	11
2.3 Werkwijze en resultaten selectieproces .....	12
2.4 Het theoretisch kader.....	14
2.5 Data extractie .....	15
2.6 Feedbackrondes rapport.....	15
<b>3. Resultaten .....</b>	<b>16</b>
3.1 Uitgangspunten WOR.....	16
3.2 Doelen die met WOR worden nagestreefd.....	19
3.3 Indicatiestelling en verwijzing.....	22
3.4 De gespreksvoering en matching binnen welzijn door de welzijnscoach.....	26
3.5 WOR Activiteiten .....	32
3.6 Meten en monitoren.....	35
3.7 Randvoorwaarden, waaronder samenwerking .....	43
<b>4. Beschouwing.....</b>	<b>48</b>
4.1 Aandachtspunten en vervolg .....	50
4.2 Advies.....	52
<b>Referenties.....</b>	<b>57</b>

## **Managementsamenvatting**

### *Inleiding*

Welzijn op Recept (WOR) is een traject waarbij zorgverleners in de eerste lijn patiënten met psychosociale problematiek verwijzen naar welzijnsprofessionals. WOR komt steeds meer in de belangstelling te staan van zowel gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders als zorgverzekeraars.

Vanwege de veelheid en diversiteit aan WOR projecten in binnen- en buitenland ontstaat de vraag: Wat zijn de cruciale bestanddelen van WOR die worden beschreven in de Nederlandstalige en Engelstalige 'grijze' en wetenschappelijke literatuur en wat zijn hun doelen, en in welke context (onder welke randvoorwaarden en uitgangspunten) bereiken ze welke uitkomsten en hoe kunnen deze uitkomsten het beste worden gemeten?

### *Doelstelling*

Door middel van dit onderzoek wordt niet alleen een antwoord gezocht op deze vraag, maar ook input geleverd voor een toekomstige WOR-standaard, met daarin opgenomen de cruciale bestanddelen, hun werkzaamheid en de methoden voor meten en monitoren. Hiermee kan WOR in Nederland op een meer uniforme wijze verspreid en geïmplementeerd worden.

### *Methode*

Het literatuuronderzoek waar dit rapport verslag van doet, is een zogeheten 'realist review'. Er zijn vier strategieën toegepast: gesprekken met experts, raadplegen van websites en rapporten, uitzetten van een oproep binnen het kennisnetwerk en een systematische zoektocht in databases met wetenschappelijke literatuur.

### *Resultaten*

De literatuurstudie leverde enkele uitgangspunten op van waaruit WOR 'vertrekt', alsmede belangrijke randvoorwaarden voor succesvolle WOR programma's. De kern van de resultaten wordt gevormd door de cruciale bestanddelen van WOR, namelijk: de doelen van WOR, indicatiestelling en verwijzing, de welzijnscoach, de WOR activiteiten zelf en het meten en monitoren van de uitkomsten.

### *Conclusie*

Dit onderzoek geeft aan welke elementen van belang zijn om WOR succesvol te laten verlopen, onder andere het eenduidig uitdragen van de doelstelling, een duidelijke indicatiestelling, de rol van de huisarts, de rol van de welzijnscoach, het koppelen aan een geschikte activiteit, het monitoren van de voortgang en de terugkoppeling hiervan. Onduidelijk is nog wanneer een traject binnen WOR ophoudt. Om dit te bepalen is continue monitoring een aandachtspunt nodig. Een eerste stap is het maken van een keuze voor het te gebruiken meetinstrument(en). Hiervoor is verder onderzoek nodig. Tot slot vraagt WOR een omslag in het denken van eerstelijns professionals.

Voor het vervolg is van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan op welke wijze de huisarts het gesprek voert: wat zijn effectieve technieken, hoe spoort de huisarts patiënten op in zijn/haar populatie die in aanmerking komen voor WOR?

Er zullen keuzes gemaakt moeten worden hoe breed WOR ingezet gaat worden: welke indicaties zijn geschikt, welke activiteiten vallen onder WOR, wat zijn taken en verantwoordelijkheden van een welzijnscoach en wat is de duur van een WOR-traject. Volgens de literatuur is WOR een zinvol en veelbelovend traject, die kan bijdragen tot het verbeteren van het welbevinden.

Hierna volgt een meer uitgebreide samenvatting met een beknopte uiteenzetting van de belangrijkste resultaten in dit rapport.

## **Uitgebreide samenvatting resultaten**

- **Uitgangspunten**

Uitgangspunten komen een enkele keer aan de orde in Nederlandstalige rapporten. WOR initiatieven kunnen bij voorkeur ingericht worden volgens de zes principes van duurzaam geluk: positief en optimistisch denken, leven vanuit een betekenisvolle missie, bewust leven en genieten, interactie met anderen, gezonde leefstijl en geluk delen. Een ander denkkader is het concept van Positieve Gezondheid. Dit concept gaat uit van "een ander gesprek" door de huisarts. In de Engelstalige literatuur worden andere uitgangspunten beschreven.

- **Doelen**

WOR heeft als doel het verhogen van het welbevinden van mensen die bij de huisarts komen. Voor de eerstelijnszorgverleners is het doel om mensen uit de primaire doelgroep WOR door te verwijzen naar welzijnsprofessionals. In Nederlandstalige rapporten worden meer doelen geformuleerd in het kader van het versterken van de bewustwording tussen de eerstelijnszorg en welzijn. Als laatste slot zijn er meerdere Britse en Nederlandse rapporten die een doelstelling hebben opgenomen die te maken heeft met het verminderen van zorggebruik en zorgkosten.

- **Indicatiestelling en verwijzing**

Uit de literatuur komt een vrij duidelijk overzicht van mogelijke klachten en indicaties, waaraan de doelgroep die geschikt is voor WOR kan voldoen. Deelnemers aan WOR zijn vaak patiënten met psychische klachten of psychosociale problematiek of patiënten die gemiddeld een hoger aantal contacten met de huisarts hebben of een langdurig ziektebeloop. In Engeland is het hebben van een chronische ziekte ook een criterium. De huisarts is de belangrijkste verwijzer, soms is een andere hulpverlener in de eerste lijn de verwijzer. Het verwijzen gebeurt vaak via een verwijsbrief, het invullen van een formulier, het aanmaken van een verwijzing in het medisch dossier of telefonisch. In Nederland valt op dat het aantal verwijzingen nog beperkt is. Eén van de redenen kan zijn dat er niet er goede verwijzingen worden gedaan richting welzijn.

- **Welzijnscoach**

Bij een verwijzing van een patiënt komt de welzijnscoach in beeld. De taken van een welzijnscoach zijn contact opnemen met de patiënt, een gesprek voeren met de patiënt om te inventariseren welke activiteit het meest geschikt is en past bij deze patiënt. Gemiddeld is per patiënt 6 uur nodig om een deelnemer met gesprekken en ondersteuning aan een passende activiteit te laten deelnemen. Het is belangrijk dat de welzijnscoach sterk is in motiverende gespreksvoering en vasthoudend en positief overtuigend is. Ook het is essentieel dat de welzijnscoach een goed inzicht heeft in de sociale kaart van de buurt en een groot netwerk heeft.

- WOR-activiteiten

Om te inventariseren welke activiteiten aangeboden worden binnen WOR is gekeken in Nederlandse rapporten en is een vragenlijst rondgestuurd aan deelnemers binnen het kennisnetwerk. Eisen waaraan activiteiten moeten voldoen zijn het gericht zijn op sociale interactie, het is belangrijk dat er groepsidentificatie is en dat een activiteit snel ingezet kan worden, zodat een deelnemer niet hoeft te wachten op de start van een cursus. Mogelijkheden om te kijken naar een passend aanbod zijn samenwerking met specialistische voorzieningen, inzetten van bestaande initiatieven (maatjesprojecten) en gebruiken van aanbod binnen de wijk of in omliggende wijken.

- Meten en monitoren

Zowel in de Engelse als in de Nederlandse literatuur wordt veel geschreven over het meten en monitoren. Grofweg wordt gemeten in het kader van ontwerp van de interventie, implementatie, procesevaluatie, effectevaluatie en continue monitoring. De Nederlandstalige rapporten richten zich hoofdzakelijk op het meten of de interventie daadwerkelijk 'geland' is. Hierbij worden indicatoren gemeten als: aantal verwijzingen naar welzijnscoach, percentage verwijzingen door eerstelijns hulpverleners, aantal deelnemers, percentage deelnemers dat na 3 of 6 maanden nog deelneemt aan welzijnsactiviteiten. Het meten van de effectiviteit richt zich vooral op de volgende uitkomstgebieden: welzijn, welbevinden, kwaliteit van leven, duurzaam geluk, sociale participatie, zorggebruik, kosten en maatschappelijk rendement. In de literatuur wordt zeer weinig post-implementatie onderzoek vermeld.

- Randvoorwaarden

Als randvoorwaarden zijn belangrijk de samenwerking tussen verwijzer, welzijnscoach en/of vrijwilligers- en dienstverleningsorganisaties. Samenwerking vraagt om goede onderlinge communicatie en terugkoppeling van de resultaten van een traject aan de verwijzer. Ook is het belangrijk dat de financiering goed geregeld is, zodat er voldoende budget is om de gesprekstrajecten (minstens 5 gesprekken per traject) te kunnen bekostigen.

## 1. Inleiding

Welzijn op Recept (WOR) is een traject waarbij zorgverleners in de eerste lijn patiënten met lichte psychosociale problematiek verwijzen naar een welzijnsorganisatie [1]. WOR komt steeds meer in de belangstelling te staan van zowel gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders als zorgverzekeraars. Dit komt doordat de transsectorale aanpak van WOR aansluit bij, en zelfs een vliegwieleffect heeft op een aantal recente maatschappelijke bewegingen:

- De drie decentralisaties in het sociale domein
  - De verantwoordelijkheid voor *langdurige en/of intensieve zorg* verschuift van AWBZ naar WOZ (gemeenten) en ZVW (zorgverzekeraars);
  - De inwerkingtreding van de *Participatiewet*, die beoogt om meer mensen, ook diegenen met een arbeidsbeperking, aan het werk te krijgen;
  - De *jeugdhulpplicht* van gemeenten voor kinderen tot 18 jaar met psychische problematiek en/of verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen.
- Een toenemende druk op de zorgvoorzieningen in met name de eerstelijnszorg, waarbij een groot deel van de zorgvraag bestaat uit psychosociale problematiek
- Hiermee samenhangend: de oplopende kosten van de zorg, die maar moeilijk af te remmen zijn.

### 1.1 Aanleiding

#### WOR: duizend bloemen bloeien

In diverse gemeenten in Nederland is de afgelopen jaren ervaring opgedaan met Welzijn op Recept. In de regio Nieuwegein hebben sinds 2011 de Eerstelijns Gezondheidscentra en de welzijnsorganisatie MOvector met het Trimbos instituut gewerkt aan een pilot, een verdere uitrol, onderzoek, borging en verdere verbetering van WOR. In het kader hiervan is in 2016 geïnterviewd welke WOR projecten in Nederland zoal lopen. Hieruit blijkt dat er veel overeenkomsten, maar ook veel verschillen bestaan tussen WOR projecten in Nederland. De landelijke kennisnetwerkdag WOR, die op 18 februari 2017 werd georganiseerd in Nieuwegein, bevestigde dit beeld.

#### Naar een kennisnetwerk en een standaard voor WOR

Door de Gemeente Nieuwegein, gezondheidscentra in Nieuwegein en de welzijnsorganisatie MOvector is vervolgens een plan van aanpak opgesteld voor de doorontwikkeling van WOR via een landelijk kennisnetwerk [2].

De opstellers van dat plan van aanpak beschrijven in hun actieplan diverse activiteiten, die o.a. moeten leiden tot een goed functionerend *kennisnetwerk* met een learning community van ca. 5 WOR koploperprojecten en twee ROS-sen, maar ook een *WOR-standaard*, met daarin de werkzame bestanddelen van WOR.



## Literatuuronderzoek als opstap naar WOR standaard

Belangrijke input voor die standaard vormt een (inter)nationale literatuurstudie naar

- de cruciale bestanddelen van WOR;
- hun doelen, resultaten en de context waarin deze uitkomsten bereikt worden;
- de manieren waarop impact (diverse typen effecten) het beste gemeten wordt.

De initiatiefnemers van het kennisnetwerk en de beoogde WOR-standaard hebben IQ healthcare gevraagd dit literatuuronderzoek uit te voeren en daarvoor een voorstel te doen voor een plan van aanpak.

### **1.2. Probleemstelling**

Vanwege de veelheid en diversiteit aan WOR projecten in binnen- en buitenland ontstaat de vraag: *Wat zijn de cruciale bestanddelen van WOR, die worden beschreven in de Nederlandstalige en Engelstalige 'grijze' en wetenschappelijke literatuur en wat zijn hun doelen, en in welke context (onder welke randvoorwaarden en uitgangspunten) bereiken ze welke uitkomsten en hoe kunnen deze uitkomsten het beste worden gemeten?* Daarnaast zijn subvragen: Wat is er bekend over de bestanddelen: Wat werkt wel en wat werkt niet? En welke keuzes zijn er gemaakt er gemaakt?

### **1.3. Doelstelling**

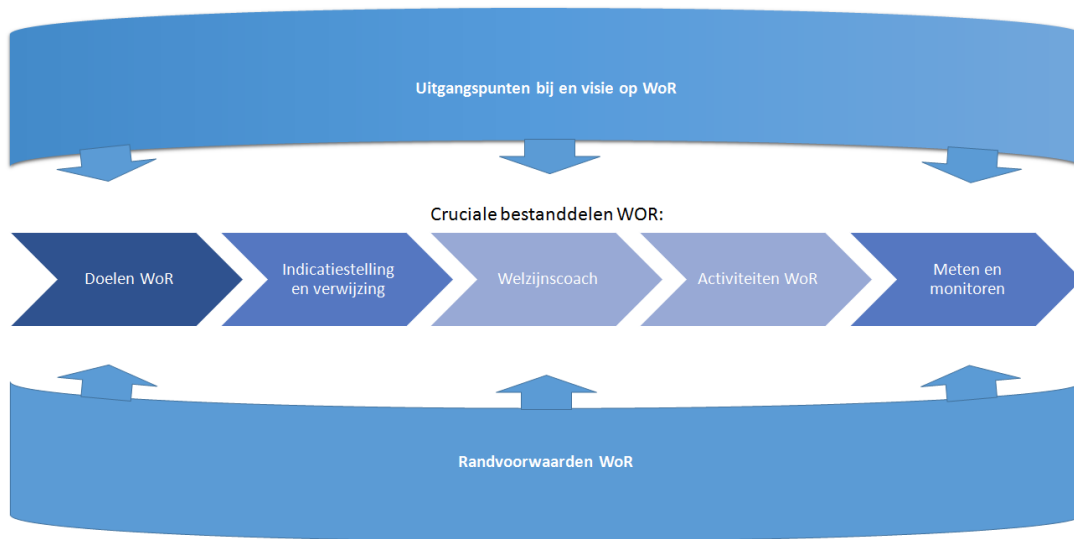
Een literatuurstudie moet antwoord geven op deze vraag en zodoende input geven voor een WOR-standaard, met daarin opgenomen de cruciale bestanddelen, hun werkzaamheid en de methoden voor meten en monitoren. Hiermee kan WOR in Nederland op een meer uniforme wijze verspreid en geïmplementeerd worden.

### **1.4. Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de methodiek. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de bestanddelen van WOR beschreven: uitgangspunten, doelen, indicatiestelling en verwijzing, de welzijnscoach, de aangeboden activiteiten, de wijze van meten, monitoren en feedback bij WOR-projecten en randvoorwaarden. Hoofdstuk 4 is de beschouwing, waarin wordt besproken wat de meest opvallende bevindingen waren. Daarnaast wordt ook besproken welke vragen nog zijn blijven liggen om WOR zo optimaal mogelijk te organiseren en in te zetten.

De kern van het rapport (hoofdstuk 3) is opgebouwd volgens een model dat ontstond tijdens één van de eerste workshops over de cruciale bestanddelen van WOR. Het toont de cruciale bestanddelen, de uitgangspunten bij WOR en de randvoorwaarden, die nodig zijn voor het realiseren en welslagen van WOR:

*Figuur 1: Conceptueel model WOR: cruciale bestanddelen, randvoorwaarden en uitgangspunten*



## 2. Methoden

De onderzoeksvraag kan het beste beantwoord worden met een literatuuronderzoek. Een klassieke systematische review volstaat om twee redenen echter niet. Ten eerste is het fenomeen ‘welzijn op recept’ nog zo ‘jong’, dat er nog niet veel beschreven evidence zal zijn. Ten tweede is de onderzoeksvraag niet zozeer een vraag naar ‘bewezen effectiviteit’, maar wat er bekend is over welke keuzes er gemaakt zijn in het veld en welke lessen hieruit getrokken kunnen worden.

### 2.1. Design: realist review

Wij kiezen daarom in dit onderzoek voor het design van een *realist review*. Ten opzichte van een klassieke systematic review heeft een realist review een aantal voordelen in het kader van onderhavig onderzoek [3]:

- Zowel wetenschappelijke literatuur als grijze literatuur kan worden betrokken, en er wordt geen ‘optelsom’ gemaakt van evidence.
- Het stelt de onderzoekers in staat om niet zozeer een dichotoom antwoord te vinden op de vraag: “werkt het of niet?”, maar juist op zoek te gaan naar elementen die werkzaam zijn, in bepaalde contexten, voor bepaalde doelgroepen en onder bepaalde beïnvloedende factoren.

### 2.2. Zoekstrategieën

Er zijn vier strategieën toegepast om aan de benodigde literatuur te komen:

#### Gesprekken met experts

Gesprekken hebben plaatsgevonden met enkele experts op het gebied van welzijn op recept. Hen is gevraagd naar relevante literatuur (artikelen, rapporten, wetenschappelijk, grijs), websites, databanken, concepten en thematiek.

Expert	Rol	Organisatie
<b>M. Heijnders (2x) (MH)</b>	Coördinator	Kennisnetwerk WOR
<b>J.J. Meijs</b>	Voorzitter	Kennisnetwerk WOR
<b>I. Jonkers</b>	Senior onderzoeker	Impuls, Krachtwerk
<b>div. projectleiders</b>	Projectleden en/of –leiders	WOR projecten in den lande

#### Raadplegen websites

Een aantal websites is onderzocht op relevant materiaal voor de literatuurstudie. Hier is met zoekfuncties gezocht naar relevante documenten, gebruikmakend van de trefwoorden:

“welzijn op recept”:

- Loketgezondleven.nl
- Movisie
- Trimbos instituut
- Google Scholar

### Uitvraag Nederlandse rapporten

In december 2017 is een oproep geplaatst richting alle projecten die zijn aangesloten binnen kennisnetwerk Welzijn op Recept. Er is gevraagd om alle relevante Nederlandstalige evaluatierapporten te verzamelen en aan te leveren naar het onderzoeksteam.

### Literatuuronderzoek databases

Met de bibliothecaris van het Radboudumc is een “search string” samengesteld, waarmee zo veel mogelijk relevante databases zijn onderzocht op relevante en bruikbare literatuur. We gebruikten de volgende search string, waarmee we dus trefwoorden zochten in de titels en de samenvattingen van artikelen, rapporten en andere documenten, zoals dissertaties<sup>1</sup>:

*social prescrib\*[tiab] OR social prescrip\*[tiab] OR social referr\*[tiab] OR community referr\*[tiab] OR non-medical referr\*[tiab] OR “well being program”[tiab] OR “well being programs”[tiab] OR “well being programme”[tiab] OR “well being programmes”[tiab] OR “wellbeing program”[tiab] OR “wellbeing programs”[tiab] OR “wellbeing programme”[tiab] OR “wellbeing programmes”[tiab]*

De definitieve zoekactie vond plaats op 18 januari 2018. We bakenden af op Engelstalige literatuur en op jaartal: 2000-2018. Met de search string zochten wij in de volgende databases:

- Embase
- PubMed / Medline
- PsycINFO
- CINAHL
- Web of Science
- PROQuest (IBSS, Sociological Abstracts, dissertations)

### **2.3. Werkwijze en resultaten selectieproces**

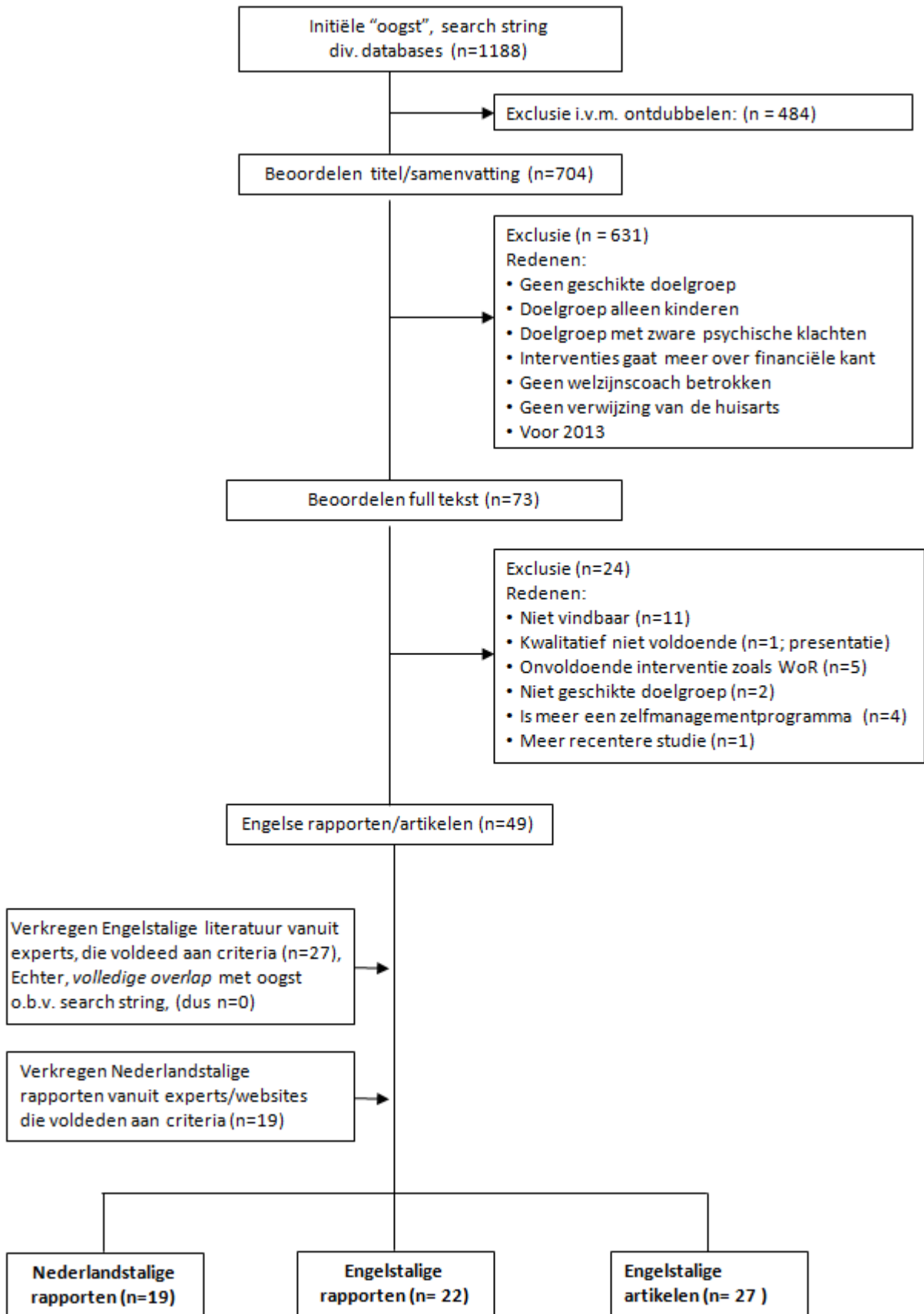
De initiële search leverde 1188 ‘treffers’ op. Na ontdebbling bleven 704 rapporten en artikelen over (zie figuur 2). Deze artikelen en rapporten werden gescreend op titel en samenvatting: de eerste 50 door de twee onderzoekers (SG en SR) en één van de experts (MH). Bespreking hiervan leverde een set criteria op, waarmee de andere 654 artikelen op titel en samenvatting werden gescreend. Dit gebeurde door twee onderzoekers (SG en SR), waarna twijfelgevallen werden besproken met de expert (MH). De criteria waren:

- Doelgroep moest niet te specifiek zijn (geen kinderen, zware psychische problematiek);
- Het moest niet alleen maar gaan over zelfmanagementprogramma’s
- Het abstract moest wel vindbaar zijn
- Artikelen moesten na 2012 zijn gepubliceerd (dus 2013 e.v.)
- Er moest een welzijnscoach/ linkworker betrokken zijn
- De huisarts moest betrokken zijn bij de verwijzing
- Interventies/activiteiten moesten niet (alleen maar) gaan over:
  - Schuldhulpverlening
  - Arbeidsreïntegratie

*Figuur 2: Prisma diagram literatuuronderzoek en nadere selectie*

---

<sup>1</sup> We geven de search string weer voor PubMed. Voor de diverse databases is de precieze codering soms enigszins anders.



Op basis van deze titel/samenvatting beoordeling, bleven 73 rapporten en artikelen over, die we vervolgens full text hebben beoordeeld. Opnieuw werd gebruik gemaakt van de

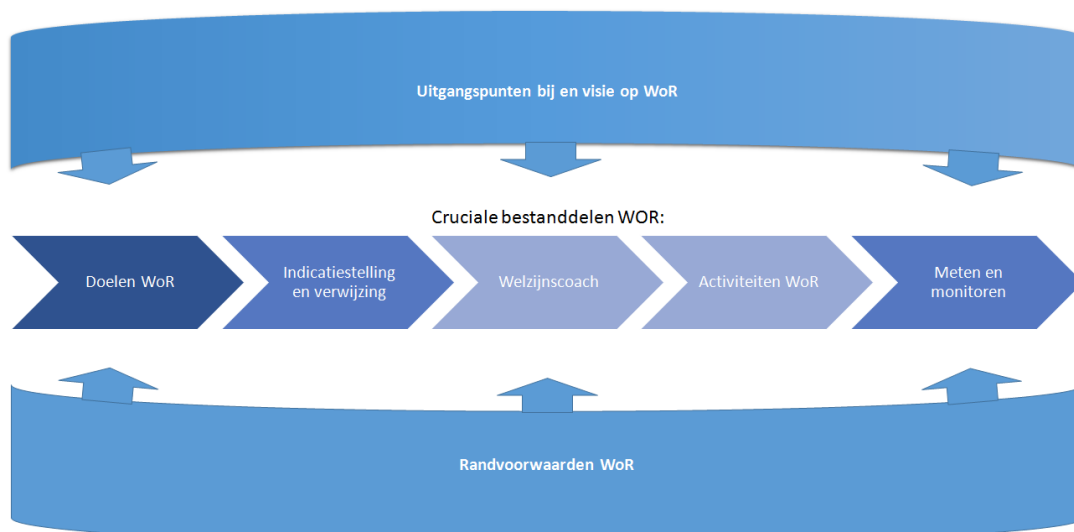
genoemde criteria. Zodoende konden nog eens 24 artikelen worden geëxcludeerd. Via experts en een uitvraag werden eveneens artikelen en rapporten ontvangen. De ontvangen Engelstalige artikelen en rapporten overlaptten volledig met de door ons gevonden artikelen en rapporten. Met andere woorden; dit leverde geen nieuwe Engelstalige artikelen en rapporten op. Wel werden 19 Nederlandstalige rapporten ontvangen via experts, die strookten met genoemde criteria. Uiteindelijk werden 68 artikelen en rapporten geïnccludeerd.

#### 2.4. Het theoretisch kader

Tijdens de startbijeenkomst op 17 november 2017 met adviserende groepsleden uit heel Nederland, vertegenwoordigers van gemeenten en ook van een verzekeraar, verkenden wij de bestanddelen die door de deelnemers als 'cruciaal' werden bestempeld. Na de brainstormsessie werden gevonden bestanddelen geclusterd en gerangschikt, waarna een conceptueel model ontstond, dat wij gebruikten voor de verdere uitvoering, analyse en rapportage van het literatuuronderzoek. Gedurende de literatuurstudie hebben we voortdurend verkend of we o.b.v. gevonden literatuur het conceptueel model moesten bijstellen. Een thema als 'samenwerking' bijvoorbeeld, kwam als belangrijk naar voren, maar is in dit rapport ondergebracht in het hoofdstuk 'randvoorwaarden'. Uiteindelijk bleef het conceptueel model in stand.

Het model, dat veel weg heeft van een 'broodje hamburger', bestaat uit een kern ('de hamburger') met de cruciale bestanddelen van WOR, een aantal uitgangspunten ('de bovenzijde van het broodje') en de randvoorwaarden van WOR ('de onderkant van het broodje'). De kern bestaat uit onderdelen die ook de leidraad vormen van dit rapport: de doelen die met WOR worden nagestreefd, het patiëntprofiel, gespreksvoering en matching door welzijnscoach, de WOR activiteiten, en de wijze van meten en monitoren.

*Figuur 3: Het 'broodje hamburger model' van WOR: uitgangspunten, cruciale bestanddelen en randvoorwaarden*



## **2.5. Data extractie**

Mede op basis van het conceptueel model is een data-extractie formulier gemaakt, dat door de onderzoekers is gebruikt voor het destilleren van relevant materiaal uit de geïncludeerde artikelen en rapporten. Bijlage 1 bevat een voorbeeld van dit data-extractie formulier.

## **2.6. Feedbackrondes rapport**

Tenslotte hebben we een aantal feedbackrondes georganiseerd rondom concept-versies van dit rapport. Met name expert M. Heijnders heeft in deze rondes verbetervoorstellen aangedragen ten aanzien van opbouw en ook inhoud.

### 3. Resultaten

We beschrijven in dit hoofdstuk de bevindingen van het literatuuronderzoek aan de hand van het genoemde conceptuele model (figuur 3). Het model, dat veel weg heeft van een ‘broodje hamburger’, bestaat uit een kern (de hamburger) met de cruciale bestanddelen van WOR, een aantal uitgangspunten (de bovenzijde van het broodje) en de randvoorwaarden van WOR (de onderkant van het broodje). Conform dit model gaan we nu achtereenvolgens in op: de uitgangspunten van WOR, zoals bijvoorbeeld de visie op gezondheid en welzijn (3.1), de doelen die met WOR nagestreefd worden (3.2), indicatiestelling en verwijzing (3.3), de gespreksvoering en matching door de welzijnscoach (3.4), de verschillende activiteiten die aangeboden worden (3.5), de wijze van meten, monitoren en feedback bij WOR projecten (3.6) en tenslotte cruciale randvoorwaarden, zoals samenwerking en financiering (3.7).

#### 3.1. Uitgangspunten WOR

In de Nederlandstalige rapporten komt een enkele keer heel nadrukkelijk de achterliggende visie, of de uitgangspunten aan de orde. Zo beschrijft één van de rapporten dat WOR bij voorkeur actief ingericht wordt volgens de zes principes van duurzaam geluk gebaseerde op de gedachte van positieve psychologie van Jan Walburg [4]. Deze werkwijze gaat uit van een positieve benadering naar patiënten en bestaat uit de volgende elementen:

- Positief en optimistisch denken;
- Leven vanuit een betekenisvolle missie;
- Bewust leven en genieten;
- Interactie met anderen;
- Gezonde leefstijl en
- Geluk delen

Figuur 4: Radargrafiek Positieve Gezondheid Bron: [www.iph.nl](http://www.iph.nl)



Een ander denkkader dat wordt gebruikt bij het opzetten en evalueren van WOR initiatieven, is het concept van positieve gezondheid [5]. Het Instituut voor Positieve Gezondheid (IPH) gaat -geheel in de geest van Welzijn op Recept- uit van “het andere gesprek” door de huisarts, waardoor de focus meer ligt op de vermogens van patiënten om te gaan met uitdagingen op lichamelijk, psychosociaal en emotioneel vlak, in plaats van op de beperkingen [6]. Inmiddels heeft ook het IPH een spinnenweb ontwikkeld, waarop op alle onderdelen van positieve gezondheid gescoord kan worden (figuur 4). Deze gebieden sluiten erg goed aan bij de uitkomstgebieden van WOR.

De Engelstalige literatuur beschrijft diverse andere uitgangspunten, visies en veronderstellingen, die ten grondslag liggen aan WOR.



- Een algemeen uitgangspunt, of basisidee is dat deelname aan voor hen *betekenisvolle activiteiten* zorgt voor een *betere ervaren gezondheid* en dat het beter toegankelijk maken van dergelijke activiteiten kan leiden tot gezondheidswinst en een beter welbevinden [7].
- In sommige rapporten en artikelen wordt dit geframed als het 'bio-psycho-sociaal-model', of het 'sociale-determinanten-van-gezondheid-model', dat er van uit gaat dat er meer meespeelt bij de gezondheid, het welbevinden en het geluk van mensen, dan alleen biologische en medische aspecten [8-10].
- WOR wordt in veel van de artikelen en rapporten gezien als een antwoord op de steeds verder toenemende zorgkosten; het zou de zorg duurzamer en houdbaarder maken [11, 12]. Ook zou het helpen bij het terugdringen van de grote verschillen in toegang tot zorg en gezondheidsstatus van mensen [13]. Fuller beschrijft eveneens deze ontwikkelingen, maar plaatst WOR in de hoek van de Patient-Empowerment, activiteiten[14]. In dit verband beschrijft Whitelaw het belang van 'linken' en 'partnerschap' tussen patiënten, zorgprofessionals en het sociale domein [15].
- Bertotti [16] beschrijft dat *WOR langs drie routes leidt tot een beter psychisch en fysiek welbevinden*: ten eerste via het andere gesprek met de verwijzer (de huisarts) en het daarop volgende één op één contact tussen patiënt en welzijnscoach; ten tweede door de sociale contacten van de patiënt met de andere deelnemers aan de WOR activiteit en ten derde doordat patiënten ook horen over en contacten opdoen binnen andere WOR activiteiten, dan diegene waar ze in eerste instantie zelf aan deelnemen.
- Anderen benadrukken het *belang van sociale relaties* bij WOR projecten. Zo bestuderen White, Comish & Kerr WOR in West-Schotland door de theoretische bril van de 'Sociaal Kapitaal'. Het gaat daarbij om de kracht van sociale (werk)relaties tussen burgers, patiënten en (informele) hulpverleners, die als het ware fungeert als het cement, of de lijm van de samenleving [17].

### *Social prescribing*

De Engelse variant van Welzijn op Recept is *social prescribing (SP)* en bestaat al langer in Engeland. Er is geen echt duidelijke definitie voor *social prescribing* maar wordt meer gezien als een fenomeen. Kenmerkend aan dit traject is dat het een gestructureerde route is van het linken van patiënten, met een niet medische behoefte, naar activiteiten of ondersteuning in de maatschappij.

Doel van *social prescribing* is om mensen te identificeren in de eerste lijns zorg, die geen medische behoefte hebben of beter gemanaged kunnen worden én die een voordeel kunnen hebben aan het deelnemen aan vrijwilligerswerk of lokale activiteiten die reeds beschikbaar zijn[18]. Vanuit de 400 verschillende projecten die er aanwezig zijn in Engeland zijn er zes mogelijk verwijsroutes terug te vinden [19]. De meest voorkomende route is dat een huisarts doorverwijst naar een *link worker*.

In een review over *social prescribing* wordt het duidelijk dat er een gradatie is in de ondersteuning van een *link worker* die wordt geboden tijdens het linken, van doorverwezen patiënt, naar een activiteit. Kimberlee [20] beschrijft de volgende categorieën te

onderscheiden zijn: '*signposting*', '*light*', '*medium*', en 'holistisch'. In wezen heeft elke vorm van *social prescribing* een vorm van '*signposting*'. Het is namelijk het direct doorverwijzen van een verwijzer naar een activiteit of iemand meld zich uit zichzelf al bij een activiteit. Er is slechts sprake van weinig follow-up en terugkoppeling. De '*light*' versie van *social prescribing* is de meest gebruikelijk variant. Hierin worden meer kwetsbare groepen patiënten verwezen met het doel een bepaalde behoefte op te lossen. Hierin moeten de patiënten ook meer aangemoedigd worden om het doel te bereiken. Medium: Gaat vaker om een groep patiënten die meer gemotiveerd moet worden door een welzijnscoach. Daarnaast moet de welzijnscoach meer gebruik maken van instrumenten om de behoefte van de patiënt boven tafel te krijgen. Er is ook wat meer follow-up in de loop der tijd. De laatste variant is de Holistische benadering. Doel is om alle behoefte van de patiënt holistisch te benaderen (dit gaat van eenzaamheid tot huiselijk geweld). Er is geen maximum aan het aantal contact momenten met de patiënt.

Welzijn op Recept onderscheid zich van *social prescribing* doordat er geen zelfmanagement programma's in zijn opgenomen en de rol van de *link worker* is wat anders dan de welzijnscoach. De *link worker* in Engeland heeft daar ook nog wel eens de rol van een POH-GGZ en beschikt daardoor over andere kwalificaties. Daarnaast hoeft de *link worker* dus niet altijd betrokken te zijn om onder de noemer *social prescribing*. Dit is in het geval van de welzijnscoach bij WOR wel zo.

### 3.2. Doelen die met WOR worden nagestreefd

Welzijn op Recept heeft volgens de beschrijving op de interventiedatabase het volgende doel [21]:

- Het verminderen van psychosociale klachten van mensen die bij de huisarts komen. Zij hebben hun mentale gezondheid en veerkracht zelf actief verhoogd. Doel voor de eerstelijnszorgverleners is dat ze mensen uit de primaire doelgroep met 'Welzijn op recept' doorverwijzen naar welzijnsprofessionals.

In gesprekken met experts kwam naar voren dat het belangrijkste doel van Welzijn op Recept het verbeteren van het welbevinden van mensen met psychosociale klachten die bij de huisarts komen. Vervolgens hebben we in de geïnccludeerde literatuur gekeken in hoeverre de doelstelling, volgens de interventie beschrijving van de databronnen, overeenkomt als centraal uitgangspunt. Er is gekeken of er mogelijk andere, afwijkende of aanvullende doelstellingen worden genoemd. Op basis van die zoektocht kunnen we concluderen of het bovengenoemde centrale doel van 'Welzijn op Recept' een aanscherping dan wel aanvulling nodig heeft.

Als ordeningskader voor de doelen die we tegenkomen in de Nederlandstalige rapporten, nemen we een Britse literatuurstudie van Rempel [9]. De literatuurzoektocht die is gedaan in deze studie is vergelijkbaar met de door ons uitgevoerde zoektocht. Zij hebben als uiterste zoekdatum november 2016 gehanteerd. Het gevolg is dat Rempel studies heeft beschreven die wij ook hebben geselecteerd als zijnde relevant voor dit review. Daarnaast heeft Rempel ook studies beschreven die wel relevant zijn maar voor 2013 zijn verschenen, één van onze exclusiecriteria. Ter aanvulling van Rempel zijn we alle literatuur doorgegaan die door ons is geselecteerd en na november 2016 is verschenen.

Rempel [9] heeft verschillende onderzoeken geïnccludeerd waarbij zij keken welke doelen de projecten beoogden te bereiken. Zij hebben een onderscheid gemaakt in kerndoelen, waarbij ze onderscheiden op welk niveau deze zijn geformuleerd:

- doelen die betrekking hebben op het individu en;
- doelen die betrekking hebben op het systeem.

Wanneer we de in Nederlandse rapporten geformuleerde doelen (tabel 1) vergelijken met de geïncventariseerde WOR-doelen in het rapport van Rempel (2017), zien we dat veel doelen overeenkomen. Het lijkt echter wel zo te zijn dat er in Nederland meer diversiteit in doelen wordt benoemd; vooral in het kader van samenwerking tussen de eerstelijns professionals en het welzijnsaanbod. Dat projecten in Nederland hier meer doelen over formuleren is niet vreemd. Dit sluit namelijk aan bij de Nederlandse handleiding Welzijn op Recept [22] die beschrijft dat het secundaire doel van WOR is: bewustwording bij de eerstelijns professionals van een welzijnsaanbod om onterecht verwijzen naar medische of psychologische zorg te voorkomen wanneer deze niet geïndiceerd is. Echter, dit is een punt dat minder in de Britse literatuur naar voren komt.

Tabel 1. Overzicht van de genoemde doelen in de Nederlandse evaluaties

Type doel	Niveau doel	Beschreven doel	Referenties
Hoofd	Individueel	Het welbevinden van mensen die met psychosociale klachten en/of onbegrepen lichamelijke klachten bij de huisarts komen te verhogen.	[4, 23-28]
Project	Individueel	Verbetering van kwaliteit van leven en welbevinden van de betreffende patiënten.	[26, 29]
Project	Systeem	Het verminderen van zorggebruik van patiënten met psychosociale klachten	[26-28]
Project	Systeem	Beoogt het aanbod voor patiënten te verbeteren die met psychosociale problemen bij de huisarts op het spreekuur komen.	[4, 26]
Operationeel	Systeem	De professionals van de eerstelijnsvoorziening kennen het welzijnsaanbod waarnaar verwezen kan worden.	[4, 30, 31]
Operationeel	Individueel	Deelnemers hebben hun mentale gezondheid en veerkracht zelf actief verhoogd.	[4, 27, 31]
Operationeel	Systeem	Professionals van de eerstelijnsvoorziening en van de welzijnsorganisatie benaderen elkaar en verwijzen naar elkaar op basis van een samenwerkingsovereenkomst met daarin onder andere een standaardprocedure voor verwijzing, terugkoppeling en resultaatafspraken.	[4, 26-28, 30, 31]
Operationeel	Systeem	Er is een interventieaanbod ontwikkeld op basis van de zes Principes van duurzaam geluk, waar mogelijk evidence based.	[4, 30, 31]
Operationeel	Systeem	Het is duidelijk welke interventies binnen het interventieaanbod bij welke problemen horen.	[4, 24, 28]
Operationeel	Systeem	Er is voldoende vertrouwen bij de zorgverlener om te verwijzen naar de welzijnsorganisatie.	[4, 24]
Operationeel	Systeem	Tenminste 50 cliënten krijgen een verwijzing naar een voor hen geschikte welzijnsinterventie.	[30]
Operationeel	Systeem	Bij 30 cliënten wordt een voor- en nameting gedaan om het welbevinden en zorggebruik te meten.	[30]
Operationeel	Systeem	De inrichting, ontwikkeling en formulering van de functie van welzijnscoach.	[30]

In de meest recente literatuur uit het Verenigd Koninkrijk wordt veelal verwezen naar een andere belangrijke en toonaangevende doelstelling genoemd door het Social Prescribing Network [16, 32-34]: “enabling healthcare professionals to refer patients to a link worker, to co-design a nonclinical social prescription to improve their health and wellbeing [35].” Een belangrijke component in deze doelstelling is dat er expliciet staat benoemd dat zorgprofessionals verwijzen naar een welzijnscoach. Dit komt overeen met de Nederlandse interventiebeschrijving waaruit blijkt dat de welzijnscoach als één van de cruciale bestanddelen wordt beschouwd (zie paragraaf 3.5).

Echter, de variëteit in de geformuleerde doelen is iets waar men in Engeland ook mee worstelt. Zo concludeert Rempel (2017) dat ze grote variëteit hebben gevonden in de doelen van de geïnccludeerde projecten ter verbetering van het welbevinden, psychische gezondheid, sociale participatie en kostenbesparing [9]. Daarnaast vonden ze ook verschillen in de wijze hoe de geformuleerde doelen gemeten werden (zie paragraaf 3.6).

Belangrijke verschillen met de in Nederland gehanteerde doelstelling en de Engelstalige rapporten en literatuur, waaronder de studie van Rempel (2017), zijn de elementen zorggebruik en kostenbesparing. Mogelijk is hier in het Verenigd Koninkrijk meer aandacht aan besteed vanwege het Commissioning systeem, waarbij commissioning groups zelf verantwoordelijk zijn voor inkopen van voldoende, kwalitatief hoogwaardige zorg, voor een vast budget. Rempel vindt ook veel studies die een doelstelling hebben geformuleerd om gezondheidsdiensten te optimaliseren en tegelijkertijd de kosten van zorg te verminderen. Dit past ook goed bij de Nederlandse gedachte om kosten die worden gemaakt die vallen binnen de ZVW te verplaatsen naar plekken die goedkoper zijn, bijv. in dit geval de WMO (zie paragraaf 3.6).

#### Lessen uit Nederlandse en Engelse Literatuur

Kort samengevat, zowel Nederlandse als Engelse literatuur leveren op dat er een variatie bestaat in de genoemde doelstellingen. De variëteit in de genoemde doelstellingen van Britse en Nederlandse projecten gaan over vergelijkbare thema's. Zowel in de meest recent geformuleerde doelstelling in het Verenigd Koninkrijk als in Nederland staat vermeld dat een verwijzing naar de welzijnscoach een onderdeel is van de doelstelling, dit is echter niet terug te zien in de projectdoelstellingen en vraagt om een aanscherping. Toch blijkt uit het opnemen van deze rol dat dit een cruciaal bestanddeel is. Verder blijkt dat Nederlandse projecten vaak doelstellingen opnemen in het kader van het versterken van de bewustwording tussen de eerstelijnszorg en welzijn, wat één van de doelstellingen is van de handleiding Welzijn op Recept uit 2014. Dit is er op gericht om de samenwerking tussen eerstelijnszorg en welzijn te versterken. Tot slot zijn er meerdere Britse en Nederlandse rapporten die een doelstelling hebben opgenomen die te maken heeft met het verminderen van zorggebruik en zorgkosten. Mogelijk heeft dit te maken met het verkrijgen van meer draagkracht voor de interventie en is dit een extra manier om uit te drukken dat dit een "goedwerkende" interventie is.

*Advies:* In deze review zijn we op zoek naar antwoorden op de vraag welke bestanddelen cruciaal zijn voor een uniforme uitwerking en het proces van WOR. Een belangrijk onderdeel hiervoor is het eenduidig en compleet uitdragen van het doel dat WOR dient te bereiken. In de gevonden literatuur zien we enerzijds veel overeenkomsten, anderzijds is er ook nog een variëteit zichtbaar in gestelde doelen. Het is te overwegen om de doelstelling op de interventiedatabase van Welzijn op Recept aan te passen door meer focus te leggen op het verbeteren van het welbevinden van deelnemers. Daarnaast op de doelstelling aan te vullen met een doelstelling die gaat over het verminderen van zorggebruik en zorgkosten.

### 3.3. Indicatiestelling en verwijzing

Om een patiënt te identificeren die geschikt is voor Welzijn op Recept heeft de huisarts een belangrijke rol. Het is hiervoor belangrijk dat hij of zij een beeld heeft welke doelgroep geschikt is voor een verwijzing naar Welzijn op Recept. In de rapporten is nagegaan welke klachten en indicaties passen bij de doelgroep die verwezen wordt naar Welzijn op Recept. Daarnaast wat de karakteristieken van de doelgroep zijn en wie de verwijzers waren.

De deelnemers aan Welzijn op Recept zijn vaak voor het merendeel vrouwen, waarbij de gemiddelde leeftijd ligt rond de eind 50. Uit de rapporten blijkt dat er een behoorlijke spreiding bestaat in de leeftijd, tussen de 30 en 94 jaar, toch is de grootste groep tussen de 50-65 jaar [23, 24, 27, 30]. Daarnaast heeft één studie gevonden dat een behoorlijke groep deelnemers allochtoon is en het aantal hoog opgeleiden met een HBO/WO relatief laag is [30].

*Tabel 2. Overzicht van klachten en indicaties doelgroep WOR uit NL en EN literatuur*

Categorie	Omschrijving klacht/indicatie	Referenties NL	Referenties EN
Psychische klachten	Somber gevoel	[24, 30, 36]	[12, 35, 37-39]
	Licht tot matige depressie	[23, 40-42]	[14-16, 34, 35, 37, 39, 43-48]
	Angst/veel piekeren	[23, 24, 30, 42]	[12, 14, 15, 34, 43-45, 48]
	Stress/overspannen	[26, 30, 42]	[12, 43, 46]
	Slaapproblemen	[24, 30, 40, 41]	[44]
	Zingevingproblemen	[26, 27, 30, 36, 49]	[12, 38, 39, 43]
Psychosociale problematiek	Eenzaamheid	[23, 24, 26, 27, 30, 41]	[10, 14-16, 34, 35, 44, 50, 51]
	Dreiging sociaal isolement	[26, 27, 30, 42]	[10, 14-16, 34, 35, 38, 45, 50-52]
	Beperkt netwerk	[24, 30]	[48, 51]
	Onveilig gevoel	[21]	
Overige	Lichamelijke onvoldoende verklaarde klachten	[24, 30, 36]	[38, 51, 52]
	Matige tot ernstige pijn/klachten	[23, 41]	[48]
	Ernstige problemen met mobiliteit en dagelijkse activiteiten	[23, 30]	
	Werksituatie	[23]	[12, 45, 46, 53]
	Ongezonde leefstijl	[24, 30]	[37, 51]
Zorggebruik gerelateerd	Hoger gebruik antidepressiva- en benzodiazepinegebruik	[23, 40, 41]	[34]
	Gemiddeld hoger aantal contacten met de huisarts	[23, 24]	[10, 16, 34, 38, 45, 52, 54]
	Meer ziekenhuis verwijzing		[51]
	Chronische ziekte		[35, 37, 39, 44-48]

Uit tabel 2 blijkt dat de doelgroep die verwezen wordt patiënten zijn die gemiddeld een hoger aantal contacten met de huisarts hebben, langdurig ziektebeloop (al dan niet met lichamelijke onvoldoende verklaarde klachten) en vaak met psychosociale klachten. Dit is onder te

brengen in de volgende ICPC codes [23, 30]: Psychische klachten (P01,P02,P03,P29,P74), chronische psychische klachten (P73,P76,P78,P79), vastlopen in het leven (P5, P25), werksituatie (Z05, Z06), relatieproblemen (Z12), burn-out (Z29), chronische lichamelijke ziekte, ziekte familie/mantelzorgen (Z14,Z15,Z18,Z21,Z22,Z23,P22), eenzaamheid (Z04.03), SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten), slaapproblemen (P06), ongezonde leefstijl (P17), niet naar de zin in de wijk/onveilig voelen. Uit de gesprekken met experts blijkt dat het altijd gaat om een combinatie van 2 of meer p en z codes, nooit één van deze codes alleen. Opvallend is dat we in de literatuur ook een aantal (stabiele) chronisch psychische klachten hebben gevonden. Anderzijds vinden we ook dat welzijnscoaches soms met te zware problematiek worden geconfronteerd (zie paragraaf 3.4). De vraag is of deze indicatie geschikt is voor Welzijn op Recept.

Meer nog dan in Nederland lijkt in Engeland één van de criteria voor het in aanmerking komen voor *social prescribing*: het hebben van een chronische ziekte. Mogelijk dat zelfmanagementprogramma's en *social prescribing* in Engeland dicht bij elkaar liggen. Daarnaast valt het op dat de klachten uit de Britse literatuur verder veel overlap vertonen met de klachten die behoren bij de doelgroep die geschikt is voor Welzijn op Recept zoals in Nederland.

Bij het verwijzen van een potentiële deelnemer naar een welzijnscoach zien we in tabel 3 dat de huisarts eigenlijk de belangrijkste verwijzer is binnen Welzijn op Recept. Uit de Nederlandse rapporten blijkt dat de POH-GGZ ook nog een vaak genoemde verwijzer is. Dit verschilt met de Engelse literatuur maar dat lijkt meer te maken te hebben met de organisatie van de Nederlandse huisartspraktijk. Verder valt uit de Engelse literatuur op te maken dat ze bijna allemaal de huisarts als belangrijkste verwijzer noemen maar dat er ook vaak staat benoemd dat andere zorgverleners binnen de eerstelijns zorg en sociale domein een verwijzing kunnen doen. Hieruit valt ook wel op te maken dat wanneer een patiënt door een andere verwijzer wordt verwezen naar de welzijnscoach, de huisarts wel op de hoogte gesteld dient te worden. Deze zal uiteindelijk een formele verwijzing moeten maken voor de welzijnscoach.

*Tabel 3. Overzicht van de verwijzers naar Welzijn op Recept*

Verwijzer	Referentie NL	Referenties EN
Huisarts	[5, 23-27, 36, 40-42, 49, 55]	[16, 17, 19, 20, 32-35, 37-39, 44-48, 52-54, 56-60]
Praktijk ondersteuner huisarts (POH)	[23-27, 36, 40-42, 55]	
Psycholoog	[23]	[43]
Fysiotherapeut	[23, 26]	
Wijkverpleegkundige	[26]	[38, 47]
Apothekers		[47]
Praktijkverpleegkundige		[33, 52]

### Wat is de rol van huisarts?

De toepassing van Welzijn op Recept vraagt een omslag in denken van eerstelijns professionals. In plaats van denken in ziekte en zorg, vraagt Welzijn op Recept een denken in gezondheid en gedrag [30]. Ook het feit dat het een nieuwe vorm van zorgverlening is, vraagt om continue aandacht. Het vraagt van de huisarts om Welzijn op Recept en dus een verwijzing naar welzijn eerder op het netvlies te hebben [24, 30]. Welke gesprekstechniek en gesprekinstrumenten hiervoor gebruikt kunnen worden en hoe dit gesprek er vervolgens uitziet is moeilijk uit de literatuur te halen. Wel kunnen we uit de literatuur halen dat het moet gaan om een holistische benadering door de huisarts en dat het gebruik van de gesprekstool positieve gezondheid kan ondersteunen bij een gesprek [5, 35, 46].

Daarnaast kan de huisarts ook een proactieve en screenende rol hebben door in zijn of haar patiëntenbestand mogelijk geschikte patiënten te identificeren voor WOR. Dit zou de huisarts kunnen doen aan de hand van de ICPC codes die passen bij deelnemers van Welzijn op Recept. Door af te pellen kan een huisarts tot een mogelijk selecte groep patiënten komen die geschikt is voor Welzijn op Recept. De huisarts kan daarna met de patiënt contact opnemen en informeren over Welzijn op Recept. Bij toestemming verwijst de huisarts de patiënt door naar een welzijnscoach [5, 25].

Anderzijds ligt de rol van de huisarts meer in het informeren van mogelijke deelnemers over Welzijn op Recept en het motiveren van patiënten. De huisarts heeft een zekere autoriteit en als hij of zij tegen de patiënt zegt dat het is goed om naar die welzijnscoach te gaan dan is iemand, volgens welzijnscoaches en hulpverleners, meer gemotiveerd. Het stimuleert patiënten wanneer de huisarts bij een vervolgspraak informeert of de patiënt al contact opgenomen heeft met de welzijnscoach [42].

### De verwijzing

In zowel Nederlandse als Engelse literatuur wordt beschreven dat de verwijzing van huisarts naar welzijnscoach via een officieel kanaal moet verlopen. Dit kan variëren van het opstellen van een verwijsbrief, het invullen van een formulier, het aanmaken van een verwijzing in verwijssysteem als ook telefonisch [19, 20, 23, 34-36, 39, 42, 46, 53, 55, 59, 61]. In de studie van Polley (2017) wordt beschreven dat de meeste verwijzingen via het digitale verwijssysteem gaan [35]. Dit verschilt met de Nederlandse literatuur, waarin is gevonden dat een telefonische verwijzing de voorkeur heeft [59].

Vervolgens is de vraag wanneer een huisarts een patiënt geschikt acht voor een verwijzing naar welzijn en hoe dit dan het beste gedaan kan worden. Er is maar een zeer beperkte hoeveelheid literatuur die ingaat op de vraag: Wat maakt een goede verwijzing?

Polley (2017) geeft belangrijke randvoorwaarden voor een goede verwijzing, namelijk [35]:

- Duidelijk toestemming van de patiënt die wordt verwezen;
- Duidelijk waarom de patiënt is verwezen en wat deze nodig heeft. In de praktijk zal de taak om dit scherper te krijgen vooral bij de welzijnscoach liggen;
- De patiënt heeft een idee wat hij of zij wil en nodig heeft, dus motivatie bij de patiënt;
- Enige communicatievaardigheden van de patiënt;



- Risico-inschatting. Wanneer het om complexe gevallen gaat, moet de verwijzer ervoor zorgen dat de welzijnscoach alle relevante informatie heeft voor de eigen veiligheid;
- Duidelijkheid over hoe en op welke wijze de verwijzer feedback verwacht;
- Duidelijkheid over voor welke taken de welzijnscoach nu verantwoordelijk is;
- Duidelijkheid over wat wel en niet onder Welzijn op Recept valt.

### Lessen uit Nederlandse en Engelse Literatuur

Wat opvalt is dat qua klachten en mogelijke indicaties uit de literatuur een vrij duidelijk overzicht komt waaraan de doelgroep van WOR kan voldoen. Zowel in de Nederlandse als Engelse literatuur vinden we dezelfde klachten en indicaties. Opvallend is dat we in de literatuur ook een aantal (stabiele) chronisch psychische klachten hebben gevonden. De vraag is of deze indicatie geschikt is voor Welzijn op Recept.

Daarnaast valt op dat in Nederland het aantal verwijzingen, zeker in vergelijking met Engeland, nog relatief beperkt is. Mogelijk komt dit omdat in Engeland social prescribing een breder begrip is, al langer bestaat en geïnitieerd is vanuit de zorg.

Een andere reden voor het beperkt verwijzen kan zijn het niet hanteren van een goede verwijzing. Er is echter maar beperkte literatuur beschikbaar over bevorderende en belemmerende factoren rondom de verwijzing. Eén van de belangrijke voorwaarden voor een goede verwijzing is dat de patiënt gemotiveerd is. Verder leren we vanuit Engelse literatuur dat het helpt wanneer de verwijzing voldoet aan de volgende randvoorwaarden:

- Toestemming van de patiënt
- Duidelijk wat de reden is van verwijzen en wat de patiënt nodig heeft
- Patiënt een idee heeft wat hij of zij wil en nodig heeft
- Patiënt heeft enige communicatieve vaardigheden
- Verwijzer zorgt er voor dat alle relevante informatie bij de welzijnscoach terecht komt
- Procesafspraken tussen de verwijzer en de welzijnscoach.

Anderzijds, factoren die voor een belemmering zorgen bij het verwijzen naar wor zijn:

- Het voeren van het verkeerde gesprek in de spreekkamer van de huisarts.
- Het niet aanwezig zijn van gespreksinstrumenten
- Onduidelijkheid over wat wel en niet verwezen kan worden naar wor

*Advies:* Welzijn op recept vraagt om in plaats van te denken in ziekte en zorg, te denken in gezondheid en gedrag. Er wordt vooral verwezen naar een holistische benadering en het gebruik van de gesprekstool positieve gezondheid. Om een antwoord te vinden op de vraag wat de beste gesprekstechniek is zal hier gericht onderzoek naar gedaan moeten worden. Ook het feit dat Welzijn op Recept een nieuwe vorm van zorgverlening is vraagt om continue aandacht.

### 3.4. De gespreksvoering en matching binnen welzijn door de welzijnscoach

De welzijnscoach komt in beeld nadat een verwijzer heeft vastgesteld dat een patiënt geschikt is om deel te nemen aan WOR. De welzijnscoach voert een gesprek dat erop gericht is de deelnemer te motiveren en een goede match qua activiteit te vinden. Het doel van de welzijnscoach is om een patiënt te motiveren en te begeleiden naar een bij haar of hem passende activiteit.

Bij het doornemen van relevante rapporten zijn verschillende benamingen gevonden voor de functie van welzijnscoach. Dit waren namelijk: welzijnscoach, welzijnsconsulent, functionaris Welzijn op Recept en gelukscoach. Ook in Engeland worden verschillende namen gegeven voor de rol van welzijnscoach [62], waarvan de meest voorkomende 'link worker' is. Voor de leesbaarheid van het stuk is gekozen om één term aan te houden: "welzijnscoach".

Uit de Nederlandse literatuur blijkt dat de meeste deelnemers gemiddeld 5,4 (4 tot 6) contactmomenten (zoals telefoongesprekken en begeleiding naar activiteit) nodig hebben, met de welzijnscoach, om aan een passende activiteit of vrijwilligerswerk te laten deelnemen [23, 27, 35]. De duur van een matchingtraject is deels ook afhankelijk van de zwaarte van de indicatie van de deelnemer, maar met name ook met de variatie van de aanmeldingen [25]. Kimberlee [20] beschrijft dat in Engeland voor *social prescribing* hiervoor een aantal categorisering aangebracht zijn namelijk: 'signposting', 'light', 'medium', en 'holistisch'. Met name in de laatste twee categorieën is het nodig om meerdere gesprekken te voeren [16].

#### Trajectbeschrijving welzijnscoach

De standaardprocedure voor Welzijn op Recept en daarbij de rol voor de welzijnscoach is afhankelijk van de lokale situatie. Echter in de verschillende rapporten is niet expliciet benoemd hoe deze procedure precies in elkaar zit. Wel wordt in de verschillende rapporten aangegeven dat Welzijn op Recept is geïmplementeerd volgens de implementatiehandleiding uit 2014. Op welke punten de verschillende projecten uiteindelijk afwijken is zelden gerapporteerd. Er is daarom gekeken welke lessen uit de verschillende projecten zijn geleerd en in hoeverre deze overeenkomen met literatuur in het buitenland.

In de literatuur is gevonden dat de welzijnscoach een nieuwe speler is binnen het sociale domein [22]. Dat betekent zowel nieuwsgierigheid als scepsis bij medewerkers van andere instellingen en organisaties [5]. Ook blijkt dat over het algemeen de samenwerking constructief is wanneer de welzijnscoach van begin af aan duidelijk heeft gemaakt dat het om een aanvulling op het bestaande zorgaanbod gaat, en niet om het overnemen van taken en functies. Daarnaast is gevonden dat wanneer het persoonlijke contact tussen verwijzers en de welzijnscoach nog niet is gelegd of waar dit niet zo intensief is, de motivatie tot verwijzen naar de welzijnscoach minder groot is [24].

Vanuit de literatuur leren we dat na de verwijzing van de huisarts de welzijnscoach een intakegesprek voert met de patiënt. De welzijnscoach legt in het eerste gesprek de deelnemer uit waarom de verwijzer het belangrijk vond om met elkaar in gesprek te gaan.

Ook wordt in het eerste gesprek een beeld verkregen van de zelfredzaamheid en de gemiddelde dagbesteding van de deelnemer [25].

Daarna bespreekt de welzijnscoach tijdens follow-up gesprekken de mogelijkheden van het deelnemen aan een activiteit en checkt of de deelnemer al een keuze heeft gemaakt of nog twijfels heeft over deelname aan de te volgen interventie. Wanneer de patiënt een keuze heeft gemaakt voor een activiteit zorgt de welzijnscoach voor de begeleiding naar de activiteit. Zodra de deelnemer de keuze gemaakt heeft laat de welzijnscoach de deelnemer weten wanneer deze kan starten en stemt de komst van de deelnemer af met de begeleider die de interventie aanbiedt.

Vervolgens houdt de welzijnscoach door middel van evaluatiegesprekken in de gaten of een activiteit geschikt is voor een deelnemer en hoe de deelnemer zich voelt. Wanneer een activiteit niet geschikt blijkt te zijn of dat een deelnemer een andere activiteit wil uitproberen zal de welzijnscoach opnieuw met de deelnemer op zoek gaan naar een geschikte activiteit. WOR eindigt als iemand zijn / haar levenspad weer meer in balans heeft (dus met minder klachten) en dit kan voortzetten [5, 25, 46]. Het is echter onduidelijk op welk moment dit dan precies is en hoe daar in de praktijk mee wordt omgegaan.

Het hebben van een evaluatiegesprek met de welzijnscoach na de eerste deelname aan een activiteit werd door deelnemers als positief ervaren. Het missen van dit vervolggelofte kon een reden zijn om af te haken [44, 59]. Voor deelnemers is ondersteuning van anderen in hun nabije omgeving belangrijk. Uit de rapporten leren we dat de verwijzing, de intake en zeker de follow-up gesprekken als een stimulans worden ervaren om iets aan hun situatie te (blijven) veranderen. Daarnaast blijkt uit verschillende evaluaties dat de welzijnscoach met de cliënt meegaat naar een eerste ontmoeting bij een activiteit of mogelijke match en zorgt dat de cliënt aankomt [24, 59]. Dat is een grote meerwaarde bij moeilijke stappen/drempels.

#### Procesbeschrijving Welzijnscoach

Om een traject zo optimaal mogelijk te laten verlopen is het belangrijk dat het proces ook goed verloopt. Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is dat er snel contact wordt gelegd door de welzijnscoach. Voor een adequate start van het gesprekstraject is het belangrijk dat de welzijnscoach binnen 7 dagen, in sommige gevallen 14 dagen, na de verwijzing contact opneemt met een deelnemer [51]. Bij voorkeur gebeurt dit telefonisch [59]. Vanuit experts is ook nog een andere mogelijke toegangsrouten benoemd, dat is wanneer de cliënt zich zelf meldt bij een welzijnscoach.

Uit verschillende rapporten blijkt dat er behoefte is aan het structureren van de intake door de welzijnscoach [24, 25, 42]. Een reden hiervoor kan zijn dat de achtergrond of opleiding van welzijnscoaches kan verschillen (veelal gaat het hierbij om een sociaal agoog). Het invoeren van een gespreksmethodiek met de zes principes van duurzaam geluk als uitgangspunt en de vragen die gesteld worden om een passende interventie voor de deelnemer te vinden is één van de meest genoemde redenen. Door middel van het concept positieve gezondheid kunnen deelnemers hun eigen gezondheid scoren en in een gesprek

met de welzijnscoach aangeven wat zij zelf belangrijk vinden als het gaat om het bevorderen van hun gezondheid, vitaliteit of veerkracht [24, 25, 27]. Echter in een aantal rapporten wordt aangegeven dat er als gesprekstool gebruik wordt gemaakt van de zelfredzaamheidmatrix [36].

Verder geven enkele rapporten aan dat het goed zou zijn als de welzijnscoaches de deelnemers aan Welzijn op Recept volgen en deelname aan Welzijn op Recept registreren. Taken waar aan gedacht kan worden zijn het afnemen van meetinstrumenten tijdens de intake en gebruik maken van vragenlijsten gedurende het traject en ter evaluatie (zie paragraaf 3.6) [2, 23-25, 42]. Essentieel is dat de welzijnscoach ervoor zorgt dat de deelnemer aan Welzijn op Recept de vragenlijst samen met de welzijnscoach invult [23, 30]. Expliciet wordt benoemd dat wanneer een deelnemer wordt terugverwezen naar de welzijnscoach omdat een activiteit niet bevalt, het evaluatieformulier invult [30].

#### Gesprektraject tussen welzijnscoach en deelnemer

De welzijnscoach moedigt de patiënt zo veel mogelijk aan om zelf actie te ondernemen. Veelal is het nodig om meerdere keren contact te hebben met een cliënt voordat een geschikte activiteit gevonden kan worden. Het werkt over het algemeen beter wanneer het tempo van de cliënt gevolgd wordt. Het gaat bij het activeren om het creëren van vertrouwen, dat is een heel proces [16]. Dat is de basis: de cliënt moet vertrouwen krijgen in de welzijnscoach [25]. Daarbij is het belangrijk dat de welzijnscoach afsprekt op een plek waar de cliënt wil en dient hij of zij er rekening mee te houden dat dit in de avond kan zijn. De welzijnscoaches lijken daartoe een betere uitgangspositie te hebben dan de verwijzers zelf [24].

De inzet en de houding van de welzijnscoach zijn medebepalend voor het al dan niet slagen van de match [24, 42]. Door de deelnemers hartelijk te benaderen zullen zij de deelnemers meer welkom laten voelen [42]. De sfeer is heel belangrijk. In het gesprek met de cliënt gaat de welzijnscoach zoeken naar 'een klikmoment' [42]. De welzijnscoach zoekt naar aansluiting bij de interesses: wat past bij die persoon. De verwezen patiënt krijgt de ruimte om zelf initiatief te tonen, maar tegelijkertijd is de welzijnscoach proactief en onderneemt actie wanneer een patiënt niet zelf contact legt. De patiënten van de doelgroep worden vaak kwetsbaar en vaak passief.

In verschillende rapporten is het belang van de warme overdracht onderstreept en die is belangrijk op de volgende momenten:

- De overdracht vanuit de verwijzende hulpverlener. Wanneer de POH meegaat naar de welzijnscoach, kan dat het matchingsproces vergemakkelijken [42].
- De welzijnscoach of een vrijwilliger kan de cliënt thuis ophalen om samen naar de activiteit te gaan en de cliënt vervolgens voorstellen aan de begeleider van de activiteit [42, 59, 63].

- Deelnemers waarderen dat de welzijnscoach ze bij een activiteit introduceert. De begeleiding zorgt ervoor dat sommige deelnemers de stap kunnen (of durven te) zetten [40, 42, 59].

#### Vaardigheden en competenties van de welzijnscoach

Voor de welzijnscoaches staan het proces van de begeleiding van de deelnemer en breed kijken naar verschillende levensgebieden voorop [42]. Deze holistische benadering door de welzijnscoach wordt ook benadrukt door wetenschappelijke literatuur [35, 64]. Kerncompetenties zijn kennis van de wijk en in staat zijn mensen met elkaar te verbinden, zie ook tabel 4. Ook kennis van *motivational interviewing* is belangrijk. De welzijnscoach biedt een luisterend oor zolang dat nodig is. De competenties van de welzijnscoach (vasthoudend, positief overtuigend en sterk in motiverende gespreksvoering) zijn belangrijke succesfactoren. Het is dus van belang dat de welzijnscoach zich flexibel opstelt, een voorbeeld hiervan is het aanbieden van huisbezoeken [42, 51].

Daarnaast heeft de welzijnscoach een goed inzicht in de sociale kaart van de buurt. Hij of zij weet welke activiteiten worden georganiseerd en heeft een groot netwerk. De lijnen met het netwerk (formeel en informeel) moeten goed zijn en kort gehouden worden. Vervolgens is het belangrijk dat de welzijnscoach de activiteit goed kent en bijvoorbeeld de dynamiek binnen de groep kent [30, 42].

*Tabel 4. Vaardigheden en competenties van de welzijnscoach uit NL en EN literatuur*

Vaardigheden/ Competenties	Beschrijving	Referenties NL [24, 30, 42]	Referenties EN [33, 35, 51, 64].
<b>Vaardigheden</b>	Holistische benadering	X	X
	Motivational interviewing	X	X
	Kennis van de wijk	X	
	Mensen kunnen verbinden	X	X
	Onderhouden van een meerdere casussen en accuraat vastleggen		X
	Effectieve communicatie		X
<b>Competenties</b>	Flexibel	X	X
	Vasthoudend	X	
	Positief overtuigend	X	
	Luisterend oor	X	
	Zelfstandig		X
	Samenwerken		X
	Eerlijk		X
	Integer		X

### Terugkoppeling en samenwerking met de huisarts

In de trajectbeschrijving van de handleiding worden zijn afspraken vastgelegd over de contactmomenten en terugkoppelingen tussen de verwijzers en welzijnscoaches [22].

Met name in de terugkoppeling worden problemen ervaren naar verwijzers toe [36]. Welzijnscoaches komen de afspraken niet na om de voortgang van de patiënt terug te koppelen naar de verwijzer, omdat dit bijvoorbeeld vergeten werd of niet op de juiste wijze. Daarentegen kwam er vanuit de verwijzers zelden een reactie indien de terugkoppeling wel volgens afspraak plaatsvond. Huisartsen en POH's geven aan dat het voor hen belangrijk is te weten dat het contact gelegd is en met welk resultaat, vooral ook omdat het gaat om een groep patiënten die veelvuldig de huisartsenpraktijk bezoekt. Ook wordt aangegeven dat door tijdige en consequente terugkoppeling de samenwerking met en het vertrouwen in de welzijnscoach zal toenemen.

Een vaste en vertrouwde welzijnscoach als aanspreekpunt voor de huisartsenpraktijk en rechtstreekse bereikbaarheid over en weer zijn de meestgenoemde (85%) voorwaarden om Welzijn op Recept goed te laten werken [36]. Daarnaast geven meerdere rapporten aan dat het een waardevolle aanvulling is om een periodiek overleg te plannen tussen welzijnscoaches en POH'ers voor casusbespreking [24, 42].

### Randvoorwaarde

Voor een goede uitvoering van de rol als welzijnscoach is voldoende tijd nodig naast de overige werkzaamheden [36]. Het is belangrijk dat de welzijnscoaches tijd investeren in het ontwikkelen en onderhouden van een relatie met verwijzers om op deze wijze succesvolle verwijzingen te bewerkstelligen [51]. Aangegeven wordt dat het goed zou zijn om afstemming te hebben over een vaststaand aantal uur per week dat de welzijnscoach kan inzetten voor WOR [24].

Welijnscoaches worden soms geconfronteerd met patiënten met zwaardere psychische problematiek [24, 42]. Door verschillende achtergronden tussen de welzijnscoaches zijn ze niet gewend te werken met mensen met zwaardere problematiek. Vanwege deze redenen ontstaat er steeds meer de wens in zowel Nederland als Engeland om een opleiding te hebben voor welzijnscoaches [32, 42]. Het afronden van de opleiding zorgt volgens de welzijnscoaches voor basisvertrouwen. Deze kwalificatie zou in ieder geval uit de volgende elementen moeten bestaan: training *motivational interviewing*, EHBO, toepassing van gesprekstool positieve gezondheid in gesprekken met deelnemers en het inzetten van meetinstrumenten [24, 35]. Daarnaast is het belangrijk dat er periodiek uitwisseling is van ervaringen en casussen tussen welzijnscoaches.

Tot slot geeft het merendeel van de rapporten aan dat het goed zou zijn dat de welzijnscoach een eigen spreekuur heeft op de huisartsenpraktijk [26, 30]. Een ander rapport bericht juist dat de aanwezigheid in de huisartsenpraktijk niet noodzakelijk is [27].

### Lessen uit Nederlandse en Engelse literatuur

Wanneer we een vergelijking maken tussen de Nederlandse en Engelse literatuur valt het op dat er veel overeenkomsten zijn tussen de taken, de vaardigheden en de competenties die gevraagd worden van de welzijnscoach. De rol en de persoon van de welzijnscoach zijn essentieel om de doelgroep te ondersteunen naar een passende activiteit. Een grote kennis van de sociale kaart en passende competenties van de welzijnscoach zijn onontbeerlijk voor het welslagen van Welzijn op Recept.

*Advies:* De welzijnscoach zou het schakelpunt voor de huisarts en welzijn kunnen worden, d.w.z. expert in het verbinden van formele en informele netwerken, formele en informele zorg. Laagdrempelige contact, een structurele terugkoppeling en korte lijnen worden door zowel de welzijnscoaches als de verwijzers gewaardeerd. Deze taak wordt ook in Engeland onderstreept als bijzonder belangrijk [51]. Bij voorkeur heeft de verwijzer één vast aanspreekpunt in de persoon van een welzijnscoach.

Om deze rol te kunnen vervullen en goede korte lijnen te leggen is het dus belangrijk om de welzijnscoaches in het begin ruimte te geven om fors te investeren in het persoonlijke contact en het maken van werkafspraken met huisartsenpraktijken, welzijn en vrijwilligers.

Daarnaast is het goed om duidelijkheid te creëren over de rol van de welzijnscoach in de begeleiding na het vinden van een geschikte welzijnsactiviteit. Het is nog onduidelijk per wanneer een WOR-traject is afgelopen en in hoeverre er nog begeleiding geboden moet worden door de welzijnscoach. Dient de begeleiding overdragen te worden aan de activiteitenbegeleider of is blijvende monitoring van een welzijnscoach noodzakelijk?

Tijdens het proces van activeren helpt het als de welzijnscoach in contact blijft met de verwijzer en de voortgang regelmatig terug te koppelen. De welzijnscoach zou hiervoor toestemming kunnen vragen aan de cliënt. In de terugkoppeling zou het goed zijn om bij te houden hoeveel procent van de deelnemers die contact heeft gehad met de welzijnscoach uiteindelijk is verwezen naar een activiteit en, hoeveel procent na 3 maanden nog steeds mee doet aan de activiteit. Hierbij zou het helpen om gebruik te maken van een registratiesysteem of cliëntvolgsysteem dat zowel door de huisarts als welzijnscoach gebruikt kan worden.

Om welzijnscoaches meer handvatten te geven, mede door de variëteit in achtergrond, is het aan te bevelen om een basiskwalificatie en intervisie voor welzijnscoaches op te zetten waarin deelnemers getraind worden in gesprekstechniek en toepassen van meetinstrumenten. Met name ook een periodiek overleg tussen welzijnscoaches en POH'ers voor casusbespreking zijn meerdere positieve verhalen gevonden.

### 3.5. WOR Activiteiten

De welzijnscoach begeleidt de patiënten naar een voor hen geschikte activiteit. Het doel van de activiteiten is om deelnemers sociale contacten te laten opbouwen, zinvol bezig te laten zijn en te activeren.

Voor het uitwerken is met name gekeken naar de Nederlandse rapporten, daarnaast zijn de websites van de bijbehorende initiatieven bij de Nederlandse rapporten nagegaan en tot slot is er een vragenlijst rondgestuurd naar de deelnemers binnen het kennisnetwerk. Deze vragenlijst is gebruikt om te inventariseren welke activiteiten de verschillende gemeenten aanbieden binnen Welzijn op Recept. Daarnaast is gekeken naar de Engelse literatuur in welke mate de activiteiten overeenkomen met Nederland en welke lessen er zijn geleerd.

Op basis van de resultaten uit de vragenlijst en de doorgenomen literatuur is een overzicht gevormd van de aangeboden activiteiten binnen Welzijn op Recept (zie bijlage 2). Het valt op dat de activiteiten vaak creatief zijn, te maken hebben met sport en beweging, vrijwilligerswerk of een combinatie hiervan zijn. Met name op het gebied van sport en beweging is veel vraag. Deze activiteiten zijn laagdrempelig: er worden geen eisen gesteld aan de deelnemers en ze kosten bijna geen geld [42]. Vergelijkbare activiteiten zien we ook terugkomen in Britse literatuur. Ook hier wordt aangegeven dat het vaak een combinatie is van een groepsactiviteit, sport en beweging of vrijwilligerswerk [11, 33, 39, 46, 48, 62].

Uit de Nederlandse literatuur blijkt dat deelnemers die gebruik maken van het welzijnsaanbod graag sociale contacten willen opbouwen, zinvol bezig zijn en actiever worden [24, 30]. Om dit te bereiken is het belangrijk dat een deelnemer een activiteit vindt die goed bij hem/haar past. Zoals ook te lezen in het stuk van de welzijnscoach (paragraaf 3.4) probeert een deelnemer verschillende activiteiten uit. Daarnaast maken deelnemers gebruik van één of meerdere activiteiten.

Hoewel het bij veel activiteiten niet expliciet om het in contact komen met andere mensen gaat, blijkt dat veel cliënten het bijvoorbeeld prettig vinden om lotgenoten te ontmoeten [24]. De combinatie van bij voorbeeld sporten en daarna gezamenlijk lunchen of koffie drinken wordt door deelnemers gewaardeerd. Er is regelmatig behoefte aan samen eten initiatieven en die zijn hier en daar ook beschikbaar [23].

Belangrijke eisen waaraan een activiteit moet voldoen is [23-25, 27]:

- Het is een activiteit dat gericht is op sociale interactie. Deelnemers moeten de mogelijkheid hebben om sociale contacten op te bouwen.
- Er is groepsidentificatie (met name <60 jaar).
- Activiteit kan snel ingezet worden. Iets wat dus het hele jaar door meerdere keren wordt georganiseerd. Deelnemers hoeven hierdoor niet te wachten op de start van een nieuwe cursus. Daarnaast is het niet noodzakelijk dat een deelnemer al ervaring heeft om mee te kunnen doen.



- Bij voorkeur activiteiten waarvan de effectiviteit is aangetoond om de kans te vergroten dat (psychosociale) klachten van deelnemers verminderen en het vertrouwen van verwijzers in de werkzaamheid toeneemt.

Op deze lijst kunnen we vanuit de Engelse literatuur nog een aantal aanvullingen doen, namelijk:

- De activiteit moet duidelijk omschreven zijn en ook makkelijk vindbaar. Dit geldt zowel voor de activiteit zelf als de samenstelling van de groep [39, 46].
- Moeten in de buurt gelokaliseerd zijn vanwege reisproblemen [32, 46]

Belangrijk voor het aanbod van de welzijnsactiviteiten is dat deze aansluiten bij de wijk. Een inventarisatie van de aard en omvang van psychosociale problemen in de wijk is een belangrijke stap in de voorbereiding. Zoals hiervoor aangegeven kan het voorkomen dat een activiteit die geschikt is voor een deelnemer past binnen het huidige welzijnsaanbod.

Mogelijkheden om verder te kijken naar passend aanbod van welzijnsactiviteiten voor de deelnemers zijn [24, 30]:

- Door goede samenwerking met specialistische voorzieningen bepaalde patiëntengroepen te matchen aan het aanbod
- Inzetten van bestaande initiatieven (bijv. maatjesprojecten)
- Gebruik maken van welzijnsaanbod in omliggende wijken

In paragraaf 3.4 van de welzijnscoach blijkt dat kennis van het activiteitenaanbod cruciaal is. Het is daarom zeer aan te bevelen om te investeren in de informatievoorziening over het welzijnsaanbod [23-25, 27, 42]. Concreet kan dit vertaald worden in een overzicht maken van het activiteitenaanbod met bijbehorende groep en dit ook bij te houden. De verwijzers moeten hier ook van op de hoogte gebracht worden [24, 25].

Daarnaast is het cruciaal dat er lokaal ontwikkeling is van activiteiten [23-25, 42]. Daarbij zou het goed zijn als er één of meerdere personen verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van deze activiteiten. We zien dan ook terug dat bij de start van Welzijn op Recept nog veel werd gesproken van arrangementen of dat aan cliënten een arrangement werd aangeboden. Echter, het blijkt dat cliënten regelmatig behoefte hebben aan een activiteit die niet in één van de arrangementen werd aangeboden en er is dus regelmatig een nieuw activiteit ontwikkeld. Op basis van de gevonden artikelen kan geconcludeerd worden dat gebruik maken van arrangementen niet volledig passend is. Zoals eerder benoemd zou het juist goed zijn om zoveel mogelijk activiteiten aan te bieden waarvan aangetoond is dat ze de (psychosociale) klachten kunnen verminderen. Echter bij het opnieuw ontwikkelen van passende activiteiten is dit niet altijd mogelijk.

Ook dit is een dilemma dat speelt in Engeland. Daarnaast rapporteert de studie van Bickerdike (2017) dat in de meeste evaluaties van social prescribing activiteiten op kleine schaal zijn uitgevoerd. Daarnaast hebben ze vaak een slecht design en minimaal gerapporteerd. Missende data maken het moeilijk om te achterhalen wie naar wat is verwezen, voor hoe lang, wat het effect is en wat de kosten zijn [32].

Het is dus aan te raden om onderzoek te doen naar de extra ontwikkelde activiteiten en de effecten goed bij te houden. Belangrijke indicatoren hiervoor zijn: Welke deelnemer naar

welke activiteit is verwezen, het behaalde effect op de meetinstrumenten (zie ook paragraaf 3.6) , de periode dat iemand heeft deelgenomen aan een activiteit en het effect op de kosten.

Als laatste valt op uit Bijlage 2 dat er veel gemeenten aangeven dat ze activiteiten aanbieden die meer in de andersoortige trajecten zitten. Hierbij valt te denken aan hulpverlening bij financiële problemen of mantelzorg ondersteuning. Dit zijn activiteiten die niet direct gericht zijn op het verbeteren van het welbevinden. Daarbij wordt aangegeven dat het oplossen van dergelijke problematiek belangrijk is voor het verdere traject. Het is echter goed mogelijk dat het volgen van een traject dat meer in de sfeer van hulpverlening zit gevolgd kan worden naast een activiteit om het welbevinden te verbeteren.

#### Lessen uit Nederlandse en Engelse Literatuur

Uit de Nederlandse en Engelse literatuur leren we dat het aanbod van WOR activiteiten heel breed is. Om een passende activiteit te vinden is vaak gezocht naar een geschikte activiteit buiten deze arrangementen en zijn er vaak nieuwe activiteiten ontwikkeld. Echter, in grote lijnen kunnen we zien dat activiteiten vaak creatief zijn, te maken hebben met sport en beweging, vrijwilligerswerk of een combinatie hiervan zijn. Daarnaast wordt regelmatig doorverwezen naar activiteiten die behoren bij een ander indicatietraject, zoals hulpverlening. Het lijkt erop dat deze activiteiten naast activiteiten aangeboden worden om het welbevinden te verbeteren.

Het is belangrijk dat een activiteit voldoet aan de volgende punten:

- De activiteit wordt gedaan in een groep
- De cliënt moet zicht kunnen identificeren met de groep (met name <60 jaar).
- De activiteit moet laagdrempelig zijn en snel ingezet kunnen worden.
- De activiteit moet duidelijk omschreven zijn en ook makkelijk vindbaar.
- De activiteit moet in de buurt worden aangeboden
- Bij voorkeur wordt een activiteit gekozen waarvan de effectiviteit is aangetoond om de kans te vergroten dat (psychosociale) klachten van deelnemers verminderen en het vertrouwen van verwijzers toeneemt.

Wil een welzijnscoach samen een passende activiteit zoeken voor een deelnemer dan kan deze aan de volgende punten denken:

- Inzetten van bestaande initiatieven (bijv. ook maatjesprojecten)
- Gebruik maken van welzijnsaanbod in omliggende wijken
- Door goede samenwerking met specialistische voorzieningen bepaalde patiëntengroepen matchen aan het aanbod
- Het lokaal ontwikkelen van nieuwe initiatieven.

Het is aan te bevelen dat er onderzoek gedaan wordt naar de nieuw ontwikkelde initiatieven. Belangrijke indicatoren om te onderzoeken zijn: Welke deelnemer naar welke activiteit is verwezen, het behaalde effect op de meetinstrumenten, de periode dat iemand heeft deelgenomen aan een activiteit, waarom iemand heeft afgehaakt en het effect op de kosten.

### 3.6. Meten en monitoren

In de geïncludeerde studies en rapporten wordt veel geschreven over het meten van uitkomsten en resultaten van WOR. In de Engelstalige rapporten en artikelen is hiervoor overigens meer aandacht dan in de Nederlandstalige rapporten. Grofweg wordt gemeten in het kader van [35]:

- Het ontwerp van de WOR interventie;
- De implementatie en procesevaluatie van WOR (projectniveau);
- De effectevaluatie van WOR;
- De continue monitoring (cliëntniveau).

Er is veel variatie, maar er zijn ook overeenkomsten in de studiedesigns en in de meetinstrumenten, die gebruikt worden. Hieronder beschrijven we de 'rode draad' die we halen uit bestudering van de geïncludeerde artikelen en rapporten.

#### Metten in het kader van het ontwerp van de WOR interventie

In de Nederlandstalige rapporten komen we geen metingen tegen in het kader van de opzet of het ontwerp van een WOR interventie. In de Engelstalige literatuur wordt wel (sporadisch) melding gemaakt van studies met interviews en/of focusgroepen met hulpverleners teneinde zicht te krijgen op de beoogde doelgroep, zodat er een zo goed mogelijke WOR interventie kan worden ontworpen [7] of om een gedeeld beeld te krijgen wat men onder WOR verstaat [11].

#### Metten in het kader van implementatie en procesevaluatie

- De Nederlandstalige rapporten, die aandacht besteden aan meten en monitoren, richten zich meestal op het meten of de interventie ook daadwerkelijk 'geland' is. Het gaat dan om indicatoren als [24-27, 30, 41, 65]:
  - Het aantal verwijzingen naar welzijn(scoaches)
  - Het percentage verwijzingen door de huisarts, POH, of andere disciplines
  - Het aantal deelnemers met verschillende indicaties
  - Percentage deelnemers dat 3 of 6 maanden na verwijzing nog deelneemt aan de welzijnsactiviteiten.
- Dergelijke eenvoudige maten die gebruikt worden in het kader van een procesevaluatie zien we ook terugkomen in de Engelstalige literatuur. Ze zeggen iets over de mate waarin een WOR initiatief ook daadwerkelijk 'voet aan de grond' krijgt. Het gaat dan bijvoorbeeld om het aantal verwijzingen naar WOR [9, 10, 53], de reden voor verwijzing [9, 53], de mate waarin patiënten ook daadwerkelijk deelnemen aan WOR activiteiten [32, 53], al dan niet bijgehouden in een dagboekje door betrokken WOR werkers [10].
- De literatuur, die aandacht besteedt aan *de wijze van implementeren* van WOR, is schaars. Whitelaw et al. [15], en ook Blickem et al. [7] besteden in hun studie volop aandacht aan de implementatie van WOR. Hierbij gaan zij uit van de zogeheten "*Normalisatieproces Theorie*". Deze theorie gaat er van uit dat een goede evaluatie van een (WOR) initiatief ook aandacht besteedt aan de processen en (f)actoren die maken

dat WOR ‘werkbaar’ is voor alle betrokkenen en goed geïntegreerd kan worden in de dagelijkse werkpatronen. We vonden ook een doorwrocht studieprotocol van Mercer en collega’s [13], die in hun procesevaluatie eveneens gebruik maken van de Normalisatieproces theorie. Zij stellen dat het succes van een (WOR) implementatie afhangt van a) *samenhang*: de mate waarin betrokkenen de bedoeling van het WOR project en de impact ervan op alle betrokkenen, goed begrijpen; b) *cognitieve participatie*: het werk dat individuen moeten doen om anderen te enthousiasmeren en te committeren aan het project; c) *collectieve actie*: het werk dat betrokkenen moeten verzetten om WOR ingebed te krijgen in de standaard werkwijze inclusief de economische en politieke barrières en facilitatoren; d) *reflexieve monitoring*: hoe betrokkenen met elkaar bepalen of een WOR interventie werkt of niet.

- Hetzelfde onderzoeksteam van Mercer hanteert nog een andere theorie om de implementatie van hun (Glasgow Deep End) WOR initiatief: beter te begrijpen: de “*Reach and Adoption Candidacy Theory*”. Deze manier van kijken naar een WOR project behelst: a) onderzoek naar de mate waarin betrokkenen (hulpverleners en patiënten) zichzelf zien als ‘kandidaten’ voor WOR; bijvoorbeeld als verwijzer, coach, deelnemer, etc. b) de mate waarin en de manier waarop individuen en groepen zich willen verhouden tot de betrokken sleutelpersonen; c) hoe verwijzers beslissen of een patiënt naar een WOR-activiteit verwezen moet worden; d) hoe deze patiënten vervolgens ‘onderhandelen’ met het systeem rond WOR en hoe vroegere ervaringen met het zorgsysteem hierin meespelen; e) eventuele beperkingen vanuit bijv. beleid t.a.v. de handelingsopties van betrokken patiënten en professionals.

#### Metten bij de effectevaluatie van WOR

De Nederlandstalige rapporten, die aandacht besteden aan de effectiviteit van WOR initiatieven, richten zich vooral op de volgende uitkomstgebieden: welzijn, welbevinden, kwaliteit van leven, duurzaam geluk, sociale participatie, zorggebruik, kosten en maatschappelijk rendement.

Tabel 5: Veelvoorkomende meetinstrumenten in de Nederlandstalige literatuur naar uitkomstendomein:

Uitkomstendomein	Meetinstrument / -methode	Studies waar dit voorkomt
<b>Welzijn / welbevinden</b>		
Welbevinden	Dutch Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)	[4, 30, 65]
Kwaliteit van leven	WHO-5	[25, 27]
	EQ-5D	[4]
Duurzaam geluk	6 principes duurzaam geluk	[4]
Zelfredzaamheid	SMAS-F	[65]
	Zelfredzaamheidsmatrix	[27]
<b>Sociale Participatie<sup>2</sup></b>		
Verbinding, grip op leven, regie, zelfvertrouwen, positieve ervaringen, toekomstperspectief, veerkracht	USER-participatie	[23, 66]
<b>Zorggebruik</b>		
Zorggebruik eerste lijn	Consulten huisarts	[23, 24, 26, 30]
	Medicatie (herhaalreceptuur en benzodiazepine, antidepressiva gebruik)	[23]
<b>Kosten(/baten)<sup>3</sup></b>		
Kosten per WOR patiënt	Aantal uren maal tarief welzijnscoach	[23]

De Engelstalige studies die de effectiviteit van WOR onderzoeken, richten zich vrijwel altijd op één of meer van de volgende uitkomstgebieden. Deze uitkomstgebieden kunnen we daarom met recht beschouwen als de hoofddomeinen waarop de impact of het effect van WOR gemeten wordt in het buitenland:

- Welzijn en welbevinden:
  - het mentale welzijn van patiënten;
  - het fysieke welzijn ;
  - sociaal functioneren;
  - kwaliteit van leven;
- Zorggebruik en kosten:
  - het zorggebruik in de eerste- en tweedelijnszorg
- Ervaringen van deelnemers aan WOR:
  - Ervaringen van patiënten
  - Ervaringen van betrokken (huis)artsen, welzijnscoaches e.a.
- Kosten-effectiviteit:
  - Kosten per (voor kwaliteit van leven gecorrigeerd) gewonnen levensjaar (QALY)
  - Social Return on Investment (SROI)

<sup>2</sup> We vonden een literatuurreview van IMPULS, waarin een 7-tal Nederlandstalige en een 13-tal Engelstalige instrumenten worden beschreven, waarmee de mate van sociale participatie kan worden gemeten (Wolf). We vermelden deze niet in deze tabel, omdat ze niet (allemaal) werden toegepast op WOR. We vermelden slechts die instrumenten die wel werden toegepast bij het meten van de effecten van WOR.

<sup>3</sup> Het maatschappelijk rendement, zoals Social Return on Investment, vonden we niet als uitkomst bij Nederlandse WOR evaluaties. Wel vonden we een rapport dat de instrumenten voor meten van Maatschappelijk Rendement inventariseert (Oort, 2013). Ook hier geldt dat deze niet in de tabel zijn opgenomen, omdat we geen toepassingen vonden in WOR evaluaties.

Er is een grote variëteit aan meetinstrumenten, maar toch kunnen we per hoofddomein wel een aantal veelvoorkomende instrumenten noemen (zie tabel 5 en 6).

*Tabel 6: Veelvoorkomende meetinstrumenten in de Engelstalige literatuur naar uitkomstendomein:*

Uitkomstendomein	Meetinstrument / -methode	Studies waar dit voorkomt
<b>Welzijn en welbevinden:</b>		
Mentaal welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)</li> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)</li> <li>PHQ-9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[11, 12, 32, 43, 48, 53, 67-69]</li> <li>[9-13, 32, 43, 51]</li> <li>[12, 32, 37, 46, 67]</li> <li>[12, 37, 46, 67]</li> </ul>
Fysiek welzijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dartmouth CO-OP/WONCA Functional Health Assessment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[11, 32, 51, 67]</li> </ul>
Sociaal functioneren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Work and Social Adjustment Scale (WSAS)</li> <li>(revised) UCLA-Loneliness and social isolation schaal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[9, 11, 13, 51]</li> <li>[51, 69]</li> </ul>
Kwaliteit van leven	<ul style="list-style-type: none"> <li>EQ-5D</li> <li>General Health Questionnaire-12</li> <li>Office for National Statistics (ONS) well being indicators</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[13, 14, 47, 53, 67]</li> <li>[9, 13, 32, 51]</li> <li>[14, 46, 47]</li> </ul>
<b>Zorggebruik</b>		
Zorggebruik eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantallen consulten, visites</li> <li>Medicatievoorschriften (w.o. polyfarmacie)</li> <li>Verwijzingen naar tweede lijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[8-11, 13, 14, 32, 51, 53]</li> <li>[8, 10, 11, 13, 34, 51]</li> <li>[9]</li> </ul>
Zorggebruik tweede lijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opnames in het ziekenhuis</li> <li>Bezoeken aan de SEH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[8, 9, 13, 32, 67]</li> <li>[8-10, 32, 53]</li> </ul>
<b>Ervaringen deelnemers</b>		
Patiënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Semigestructureerde) interviews</li> <li>Case studies rond patiënten</li> <li>Op maat gemaakte surveys</li> <li>Dagboekjes met ervaringen</li> <li>Focusgroepen (met familie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[9-11, 32, 44, 51, 53, 59]</li> <li>[9, 11]</li> <li>[11, 32, 51]</li> <li>[69]</li> <li>[9]</li> </ul>
Betrokken hulpverleners	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Semigestructureerde) interviews</li> <li>Cultuurmeting(en)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[11, 32]</li> <li>[13]</li> </ul>
<b>Kosten (-effectiviteit)</b>		
Kosten per patiënt	Kostendata o.b.v. verrichtingen data (bijv. HIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>[9, 32, 33, 51]</li> </ul>
Kosten per QALY		<ul style="list-style-type: none"> <li>[14, 47]</li> </ul>
Kosten baten analyse		<ul style="list-style-type: none"> <li>[8, 32, 37]</li> </ul>
SROI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stakeholder analyse;</li> <li>Focusgroepen met stakeholders ter identificatie uitkomsten</li> <li>Case studies</li> <li>Analyse verrichtingendata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[8, 9, 11, 37, 53]</li> </ul>

Enkele andere opvallende andere uitkomstmaten, die maar een enkele keer voorkwamen, maar toch het vermelden waard zijn:

*Sustainability* komt op twee manieren voor als maat voor het succes van WOR.

*Impact van WOR op het milieu.* Hierbij werden voorgeschreven medicatie en bezoeken aan de huisarts en het ziekenhuis uitgedrukt in een ecologische voetafdruk [70].

*De toekomstbestendigheid van het WOR project zelf.* Hier gaat het om de mate waarin deelnemers en (informele) hulpverleners gedreven zijn om het WOR project ook op lange termijn te laten voortbestaan en sponsors en funding te werven [48].

*'No show' in de huisartsenpraktijk en het ziekenhuis.* Niet alleen het zorggebruik in de eerste en tweede lijn werd bekeken, maar ook het niet komen opdagen van patiënten, wat niet alleen een kostencomponent, maar ook een organisatorisch en stresselement bevat [14].

*Overleving:* dit wordt in veel gezondheidswetenschappelijk onderzoek beschouwd als de ultieme uitkomstmaat, maar kent ook problemen i.v.m. causaliteit (interventie staat vaak te ver weg van de uitkomst 'overleving'). Een Zweedse studie naar WOR liet echter wel positieve impact van WOR op overleving zien [57].

#### Metten in het kader van continue monitoring en feedback; patiëntniveau

Net als het pre-implementatie onderzoek, meldt de literatuur ook zeer weinig post-implementatie onderzoek in de vorm van continue of periodieke monitoring en feedback. De studies die dit doen gebruiken grofweg drie methoden:

- dagboekjes bijhouden door betrokken hulpverleners en deelnemers [11];
- interviews met deelnemers op gezette tijden (bijvoorbeeld 2 maanden, 3 maanden of een half jaar na start van deelname aan WOR), waarbij dan (verkorte versies van) de vragenlijsten uit de initiële evaluatie opnieuw gebruikt worden [69];

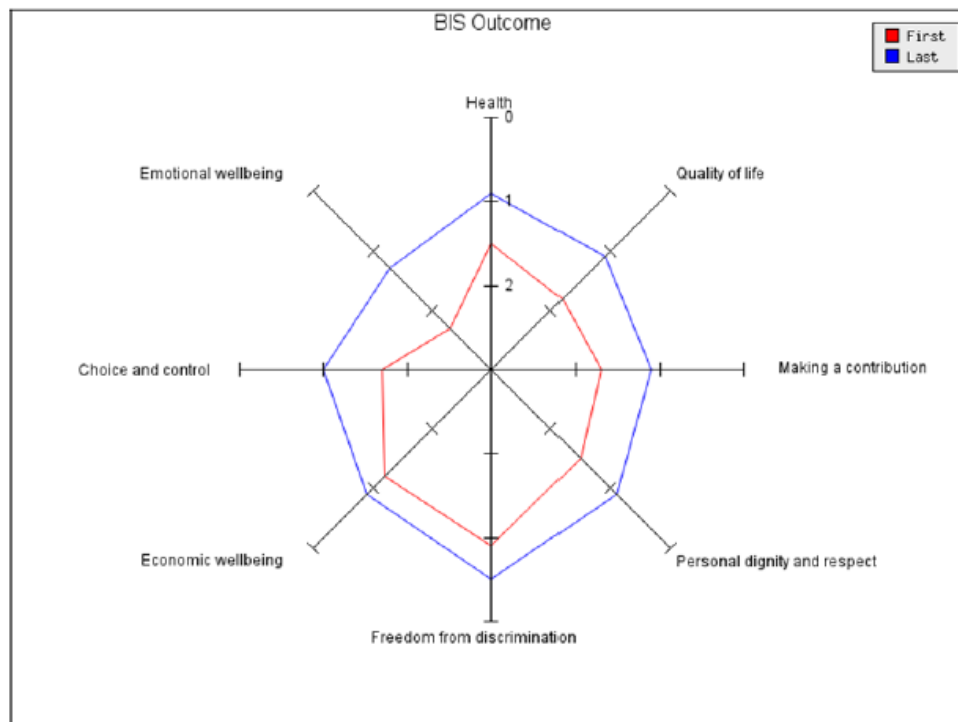
*De evaluatieperiode wordt in de literatuur niet gerelateerd aan "het einde van WOR". Daarover wordt in de literatuur niets gezegd en dit vraagt om meer duidelijkheid.*

- het 'tracken' en evalueren van telefonische contacten tussen WOR medewerkers en patiënten en het op basis daarvan geven van feedback [11].

Eén van de Engelstalige rapporten biedt overigens een toegankelijke en bruikbare checklist voor een goede evaluatie van een WOR initiatief [35].

Een bijzonder aandachtspunt in het kader van de continue monitoring en feedback is het op een toegankelijke manier **inzichtelijk maken van de WOR resultaten**. Dit komt een enkele keer voor in de literatuur en dan met name in de rapporten. Zo beschrijft Kimberlee in een evaluatie van WOR projecten in de omgeving van Bristol (UK), dat een aantal indicatoren wordt gerapporteerd in een zogeheten 'radark kaart', het *Inventory for Brokerage Service Outcomes Star (IBSO)* geheten [46] (figuur 5). Met zo'n radark kaart wordt in één oogopslag duidelijk hoe een project er voor staat op een beperkte set (uitkomst)indicatoren; in dit geval op het gebied van welbevinden, psychische en fysieke gezondheid en (sociaal)functioneren.

*Figuur 5: Een rapportage van een minimale dataset: Inventory for Brokerage Service Outcomes Star (IBSO) [46]*



Voor Nederlandse WOR projecten is een dergelijke visualisatie van voortgang en (tussen)resultaten goed voorstelbaar. De precieze invulling van de assen is afhankelijk van de te kiezen minimale dataset, de bijbehorende meetinstrumenten en indicatoren.

#### Vergelijking Engelstalige met Nederlandstalige literatuur

Wat opvalt, wanneer we de Engelstalige literatuur vergelijken met hetgeen ons in Nederlandstalige rapporten wordt aangereikt, is dat er slechts weinig goed en diepgaand Nederlands onderzoek is verricht naar de effecten van WOR. Verder valt op dat de

- Engelstalige literatuur
  - o een breder arsenaal aan uitkomstgebieden en instrumenten bevat;
  - o een meer verfijnd onderscheid maakt in sub-thema's van welzijn en welbevinden;
  - o bij zorggebruik ook kijkt naar zorggebruik in de tweede lijn
  - o meer aandacht besteedt aan ervaringen van deelnemers, bijv. d.m.v. dagboekjes
  - o meer systematische analyses bevat van kosten en baten, waaronder ook de maatschappelijke kosten en baten (bijv. SROI).
- Nederlandstalige literatuur
  - o meer aandacht besteedt aan sociale participatie in al zijn facetten
  - o "duurzaam geluk" als uitkomstgebied hanteert,
  - o zelfredzaamheid als uitkomstgebied hanteert,
  - o positieve gezondheid als uitkomstgebied voorstelt.



### Aanbevelingen t.a.v. monitoring en evaluatie

Op basis van het voorgaande is het niet eenvoudig om 'rechttoe-rechtaan' te adviseren over de beste meetinstrumenten.

- Advies 1: stel het doel van het meten en monitoren vast

Zoals gezegd, is de keuze voor uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten erg afhankelijk van het doel dat men nastreeft met het meten en monitoren. Dit kan meer gericht zijn op kwaliteitsverbetering (welke metertjes/knoppen moet ik in handen hebben om mijn WOR project te kunnen bijsturen?) of juist meer op externe transparantie (wat wil / moet ik laten zien over mijn WOR-project?). Een eerste aanbeveling is dan ook om dit doel zorgvuldig af te tasten en vervolgens vast te stellen met betrokkenen.

- Advies 2: stel een minimale dataset vast

Onze tweede aanbeveling is om voorafgaand aan een WOR project ook na te denken over een minimale set van indicatoren, variabelen en instrumenten om de effecten van WOR te meten en deze te kunnen bijsturen/presenteren. Dit is de *minimale dataset (MDS)*.

Belangrijke randvoorwaarden aan zo'n minimale dataset zijn:

- Eenvoudige methode van meten
- Zo veel mogelijk gebruik maken van bestaande data
- Validiteit van meetinstrumenten (meten ze wat ze zouden moeten meten?)
- Groeimodel: gedurende het eerste jaar moet een MDS 'op zijn plek kunnen vallen'

- Advies 3: voorlopige contouren MDS:

Tijdens een workshop over het meten en monitoren van WOR projecten in juni 2018 hebben we met de deelnemers (allen betrokkenen bij één of meer WOR projecten) nagedacht over hoe een minimale dataset voor het meten/monitoren van WOR projecten eruit zou kunnen zien. In onderstaand schema worden de voorlopige contouren van de MDS WOR weergegeven. Uiteraard moeten hierbij naar bevind van zaken de precieze meetinstrumenten en/of databronnen nog worden vastgesteld, maar de inventarisatie in deze studie bieden daartoe ruimschoots handvatten.

#### *Primaire Proces*

- Hoeveel huisartsen zijn er en hoeveel gebruiken WOR?
- Welke doelgroepen en hoe groot zijn deze?
- Aard/reden verwijzing
- Klant profiel van de Welzijn op Recept deelnemers
- Aantal verwijzingen per praktijk, per hulpverlener, per ICPC per doelgroep
- Door welke zorgverlener wordt door verwezen?
- Welke verwijzingen zijn niet gelukt en waarom niet?
- Naar welke activiteiten wordt verwezen?
- Analyse passend aanbod.

- % uitvallers en met welke redenen?
- Aantal succesvolle deelname
- Duurschema deelname 3,6 of 12 maanden (Verwijzingen per tijdsperiode)
- Activiteiten aanbod voldoende?
- Kan iedereen terecht?
- Patiënten dat aankomt
- Patiënten met terugkoppeling

### *Tevredenheid*

Tevredenheid van: Patiënt / omgeving ; Huisarts ; Welzijnscoach

- Patiënt/omgeving | Tevredenheid patiënt
- Patiënt/omgeving | Tevredenheid over samenwerking, begeleiding cliënt een aanbod activiteiten
- Huisarts | Tevredenheid
- Welzijnscoach | Tevredenheid coach over aanbod activiteiten
- Welzijnscoach | Tevredenheid over samenwerking met verwijzer
- Welzijnscoach | Tevredenheid cliënt over traject
- Welzijnscoach | Tevredenheid cliënt over aanbod activiteiten

### *Zorggebruik*

- Categorieën: Welzijn op Recept | Huisartsen | 2e lijn | Sociaal domein
- WOR | Een globale tijdsindicatie
- WOR | Wat mag de investering zijn
- WOR | tijdsinvestering per patiënt door welzijnscoach
- Huisarts | Aantal consulten
- Huisarts | Werkdruk huisarts, assistente, aantal telefoon, POH GGZ
- Huisarts | Aantal taken n.a.v. een consult
- Huisarts | minder burnout
- Huisarts | Aantal doorverwijzingen 1e en 2e lijn
- Huisarts | Medicatie
- Huisarts | Gebruik van WMO, Jeugd en participatie
- 2e lijn | Zorggebruik van patiënt (Huisarts, SEH en GGZ)
- 2e lijn | Voor en na interventie trendbreuk
- 2e lijn | Kosten per traject
- 2e lijn | geactiveerde burgers/patiënt/cliënt

### *QOL/welbevinden*

- Dagboekjes/dagverslagen deelnemers
- Welzijn patiënt
- Hoe is QOL bij aanmelding en na een jaar
- Vermindering consulten & medicijngebruik
- Zijn mensen langdurig geholpen?
- Wat is het effect van de verwijzing?
- Social return on investment
- Maatschappelijke effecten (neven activiteiten, vrijwilligers, uitkeringen, tevredenheid buurt, etc.)
- Cohesie in de wijk > minder schoolverlaters, criminaliteit en probleemjongeren

### 3.7. Randvoorwaarden, waaronder samenwerking

#### Samenwerking

Er is één kernartikel gevonden dat expliciet ingaat op de samenwerking tussen welzijn en de huisartspraktijk, namelijk Southby (2018) [56]. Dit artikel beschrijft factoren die effect hebben op de samenwerking van de huisartspraktijk met de vrijwilligers- en dienstverleningsorganisaties (VDO). Hoewel een VDO niet helemaal vergelijkbaar is met een welzijnsorganisatie in Nederland komt dit wel het meeste overeen.

Belangrijke factoren die zijn gevonden zijn: begrijpen van ieders rol, organisatorische capaciteit, bewustzijn van de capaciteiten van de partners, operationele procedures, vertrouwen, organisatorische (in)stabiliteit, evidence-based, status en gezag, politieke context, vaardigheden van het personeel, fysieke nabijheid, relaties tussen personen, en leiderschap. Een belangrijke factor is het tot stand brengen van een goede samenwerking en overeenstemming krijgen tussen medisch gedachtegoed door de huisarts en het sociale gedachtegoed van de VDOs.

#### **Bevorderen factoren voor samenwerking**

- Gelijkwaardigheid en wederzijds respect tussen de organisaties.
- De verschillende partijen erkennen en waarderen de rol van de andere.
- Gelijkwaardige relatie vereisten een herschikking van traditionele machtsrollen en voor medewerkers van huisartspraktijken om een socialer gezondheidsmodel te hanteren.
- Belangrijk is dat de huisartspraktijken en de VDOs dezelfde doelen hebben. Ze spreken “dezelfde taal” en “zitten op dezelfde golflengte”.
- Effectieve huisarts/VDO samenwerking vraagt duidelijke en regelmatige communicatie tussen partijen. Gelegenheden voor zowel formele (bijeenkomst) als informele interactie tussen huisarts en VDO-staf werden gezien als nuttig/bevorderlijk.
- Voorbeelden van waardevolle communicatie: houdt elkaar op de hoogte van wijzigingen in de organisatie (bijv. personeel), en terugkoppelen van resultaten van verwijzingen.
- Feedback via formele updates en informele interactie verschaft zekerheid dat de samenwerking productief is en dat er vertrouwen wordt opgebouwd in de relatie.
- Gedeeltelijk vanwege het gunstige effect bij het vergemakkelijken van de communicatie werd vaak benadrukt dat het bij elkaar in de buurt zijn (co-locatie) een belangrijke factor is.
- Succesvolle huisarts-VDO samenwerkingsverbanden waren gebaseerd op relaties tussen medewerkers van beide organisaties; de arts verwijst liever naar iemand die hij kent en vertrouwt binnen een organisatie.
- Er is wel een leider nodig “iemand die de kar trekt”.
- De samenwerking huisarts-VDO levert niet meteen iets op, maar het kost tijd om voldoende vertrouwen te ontwikkelen tussen de partners.

## **Belemmerende factoren voor samenwerking**

- Het ontbreken van steun en begeleiding van regionale en/of nationale autoriteiten werd genoemd als een barrière voor de samenwerking. Hiermee werd bedoeld dat de samenwerking geen echte structuur kende en afhankelijk was van de (good)will van individuen.
- Negatieve verwachtingen van VDOs en hun rol. Ze worden niet gezien als aanvulling op de mogelijkheden voor de huisarts maar als toevoeging
- Voor de samenwerking tussen huisarts en VDO is het nodig om twee verschillende werkculturen samen te voegen.
- Uitwisseling van vertrouwelijke patiëntgegevens tussen de huisarts en VDO. Huisartsen zijn bezorgd of de uitwisseling van patiëntgegevens wel veilig gaat.
- Beperkte capaciteit en middelen vormden een belemmering voor het plannen, implementeren en ontwikkelen van samenwerking tussen huisartsen en VDOs. Middelen zijn o.a. tijd om te investeren in samenwerking.
- Het was een uitdaging om resultaten van huisarts-VDO samenwerking te laten zien.
- Tenslotte leek de huisarts-VDO samenwerking te lijden aan een gebrek aan continuïteit (soms was dit een beveling maar soms ook een feitelijke constatering). Het kwam nog wel eens voor dat een project er op een gegeven moment mee ophield.

In de Nederlandse rapporten waarin geschreven is over samenwerking lezen we terug dat in de meeste gevallen de samenwerking als prettig en positief wordt ervaren [30] [25] [27]. Toch lezen we in enkele rapporten ook terug dat de samenwerking niet vanzelf is ontstaan. In de beginperiode werden problemen met: 1) De uitvoering van de procedure ervaren; verwijzingen vonden niet plaats volgens de procedure en welzijnscoaches koppelden niet volgens afspraak terug; 2) Er werd aangegeven dat het proces complex is. Er moet met verschillende partijen worden samengewerkt. Hierdoor is men af en toe afhankelijk van andere partijen of collega's die geen ruimte/tijd hebben om te overleggen of om samen te werken [41]. Dit komt mede doordat niet voor alle partijen middelen zijn vrijgemaakt. 3) Er blijken verschillende werkwijzen te zijn tussen de verschillende wijken/gemeenten [41].

In een later stadium blijkt in de meeste gevallen dat de samenwerking is verbeterd. In de rapporten lezen we terug dat een aantal punten belangrijk zijn voor een goede samenwerking, namelijk:

- duidelijke rol- en taakverdeling voor alle betrokken professionals waarin duidelijk de verschillende verantwoordelijkheden worden bepaald [25] [5].
- een intentieverklaring en/of samenwerkingsovereenkomst met betrokken partijen om de samenwerking te borgen [25] [5].
- laagdrempelig contact en korte lijnen met de welzijnscoaches [36] [27]
- persoonlijke samenwerking met een bekende en vertrouwde welzijnscoach [25] [36]
- tijdige en consequente terugkoppeling [25] [36]
- structureel overleg tussen welzijnscoaches met de POH'ers om op casusniveau de voortgang van deelnemers te bespreken.

Aanbevelingen die worden gedaan om de samenwerking te verbeteren:

- Regelmatig contact tussen met name welzijnscoaches en POH'ers om samenwerking te bevorderen [25].
- Regelmatig uitwisseling van informatie tussen verwijzers, welzijnscoaches en coördinatoren van welzijnsactiviteiten over ontwikkelingen en ervaringen [25].
- Afstemmen omtrent het informeren over het welzijnsaanbod en de mate van terugkoppeling. Dit kan onder andere met behulp van een beveiligde website [25].
- Organiseer een bijeenkomst om ervaringen te delen. Het is aan te raden om deelnemers en begeleiders iets te laten vertellen [27].

Uit het artikel van Southby en de Nederlandse rapporten zijn veel overeenkomsten te vinden. Hieruit blijkt dat een effectieve samenwerking tijd kost, een zekere mate van vertrouwen nodig heeft en een sterk leiderschap. De eerstelijns en welzijn hebben andere normen en waarden wat betreft hun benadering van het omgaan met de gezondheidszorg in de gemeenschap. Deze verschillen moeten doorbroken worden om een goede samenwerking tot stand te brengen.

Het is dan ook nodig dat er begrip is voor elkaars rollen, een 'holistische' benadering ingebed raakt in gemeenschappelijke doelen, het hebben van persoonlijke relaties tussen de eerstelijns en welzijn. Door formeel en informeel te overleggen kan dit gerealiseerd worden.

### Bekostiging

De deelnemers die in aanmerking komen voor Welzijn op Recept zijn vaak bekende veelgebruikers binnen de eerstelijnszorg. Zij bezoeken jaarlijks minimaal 15 maal de huisarts wat vaak resulteert in aanvullende onderzoeken of verwijzingen naar de tweede lijn [23]. De kosten die hiervoor worden gemaakt vallen onder de ZVW (Zorgverzekeringswet) en zijn vaak hoog. Het idee van Welzijn op Recept is dat deelnemers minder gebruik hoeven te maken van zorg doordat ze zich beter voelen en hun welbevinden hoger is. Om daar te komen is het gesprektraject met de welzijnscoach nodig om een patiënt naar een geschikte activiteit te begeleiden. Deze gesprekken met de welzijnscoach worden per gemeente ingekocht, waardoor het aantal ingekochte gesprekken per traject per gemeente wisselt. De kosten hiervan vallen onder de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (Wmo) en komen voor rekening van gemeenten. Het integrale uurtarief voor een welzijnscoach bedraagt op dit moment ongeveer 70 euro. Hieruit volgt dat de kosten van begeleiding door een welzijnscoach gemiddeld per ontvanger van een welzijnsrecept ongeveer 420 euro bedragen [23].

In Engeland worden langere tijd projecten uitgevoerd die vergelijkbaar zijn met WOR. In vier studies hebben een bredere berekening gemaakt van de *Social Return on Investment (SROI)*. In het coachingstraject wordt vervolgens veel breder gekeken naar de behoeften en mogelijke oplossingen. Dit kan betrekking hebben op verschillende terreinen, bijvoorbeeld

schulden, eenzaamheid en beweging. De studies verschilden in de combinatie van de betrokken en de voordelen van de inclusie voor de berekening van de SROI. Uiteindelijk hebben deze vier studies een gemiddelde SROI [71] van £2,30 per £1 geïnvesteerd in het eerste jaar [18]. Dit betekent dat elke geïnvesteerde Britse pond een sociale waarde van £2,30 oplevert. Daarnaast werd aangegeven in door de auteurs van één van de studies dat de *social return on investment* mogelijk hoger kan liggen omdat er alleen maar naar het eerste jaar is gekeken [37].

Het lijkt er op dat Welzijn op Recept kan resulteren in het reduceren van gemaakte kosten binnen de ZVW terwijl binnen de WMO de kosten juist hoger worden. Het komt er dus op neer dat zorgverzekeraars te maken krijgen met een besparing en gemeenten met een verhoging. Echter, doordat gemeenten vooral de lasten en niet zozeer de baten ervaren, ontbreekt er een financiële prikkel om WOR tot een succes te maken. Een oplossing hiervoor zou zijn een integrale bekostiging of ook wel populatie bekostiging. Het idee hiervan is dat één tarief wordt vastgesteld voor de doelgroep die geschikt is voor Welzijn op Recept, bijvoorbeeld zoals in onderstaande figuur 6. Dit tarief zou opgebouwd kunnen worden uit een stuk huisartsenzorg (HA), medisch specialistische zorg (MSZ) en gesprekstraject met de welzijnscoach (WC). Op deze manier zullen zowel gemeenten als zorgverzekeraars bijdragen aan de tariefstelling voor de doelgroep van Welzijn op Recept.

Figuur 6.



Belangrijk voor een dergelijke financieringsstructuur is een duidelijke indicatiestelling. De verwijzing en het vaststellen van geschiktheid door de huisarts is hiervoor essentieel. Daarnaast is het belangrijk dat er een hoofdaannemer is voor het beheer van deze integrale financiering. Iemand die het overzicht bewaart en op hoogte is waar de patiënt zich bevindt. Ook hiervoor lijkt de huisarts het beste uitgangspunt omdat deze vaker een breder beeld heeft van de patiënt. Een goede terugkoppeling en samenwerking met de welzijnscoach zijn essentieel.

Een tweede probleem rondom de financiering, dat duidelijk werd na gesprekken met experts, is dat gemeenten een aantal gesprekken met traject inkopen. Dit verschilt alleen wel per gemeente. Gemiddeld bleek al dat er 5,4 gesprekken per deelnemer nodig zijn. Echter met het gegeven dat een gesprekstraject bestaat uit een intakegesprek, gesprekken over het

kiezen van een geschikte activiteit terwijl deelnemers vaak meerdere activiteiten uitproberen en de laatste twee gesprekken in het teken staan van een evaluatie, is een aantal van 5 gesprekken erg krap. Toch zijn er gemeenten die hiervoor kiezen.

Een oplossing hiervoor zou zijn door Welzijn op Recept op maat in te kopen; afhankelijk van de behoefte van de deelnemer. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door onderscheid te maken zoals Kimberlee [20] doet met de categorieën: '*Signposting*', '*light*', '*medium*', en '*holistisch*'. Met name in de laatste twee categorieën is het nodig om meerdere gesprekken te voeren [16]. Op deze manier kunnen voor de lichtere vormen minder gesprekken worden ingekocht terwijl voor de zwaardere gevallen dit er juist meer kunnen worden.

## 4. Beschouwing

Het doel van deze *realist review* was om een antwoord te vinden op de vraag welke bestanddelen cruciaal zijn voor een uniforme uitwerking en proces van WOR. Om hier antwoord op te vinden zijn relevante Nederlandse en Engelse wetenschappelijke en grijze literatuur doorgenomen. Dit leverde de volgende bevindingen op:

Het is belangrijk voor WOR om het doel dat WOR dient te bereiken eenduidig en compleet uit te dragen. In de gevonden literatuur zien we enerzijds veel overeenkomsten, anderzijds is er ook nog een variëteit zichtbaar in gestelde doelen. In vergelijking met de omschrijving van Welzijn op Recept op de interventiedatabase hebben we ook gevonden dat een doel is het zorggebruik en zorgkosten te verminderen.

De indicatiestelling. Zowel in de Nederlandse als Engelse literatuur vinden veelal dezelfde problemen en indicaties voor WOR. Hierdoor is er een duidelijke lijst van problemen en indicaties op te stellen waaraan deelnemers kunnen voldoen die geschikt zijn voor WOR. Opvallend is dat we in de literatuur ook heb gevonden dat een aantal patiënten met (stabiele) chronisch psychische klachten zijn verwezen naar WOR. De vraag is of deze indicatie geschikt is, we vinden namelijk ook in de literatuur terug dat welzijnscoaches regelmatig worden geconfronteerd met te zware problematiek.

De verwijsprocedure: Het aantal verwijzingen in Nederland naar Welzijn op Recept is, zeker in vergelijking met Engeland, nog relatief beperkt. Hiervoor zijn een aantal verklaringen voor te geven: *social prescribing* is geïnitieerd vanuit de zorg, het begrip *social prescribing* is breder ingestoken, bestaat al langer dan WOR in Nederland doet en de financieringsstromen verlopen anders. Aan de andere kant kan het ook komen doordat WOR in Nederland nog relatief onbekend is. Daarnaast zou het ook kunnen dat het beperkt verwijzen komt doordat er niet goed wordt verwezen. Daar zijn vanuit Engelse literatuur enkele aandachtspunten voor gevonden.

Rol van de huisarts: Belangrijk bij het vaststellen van de problemen en indicaties en daarmee geschiktheid voor Welzijn op Recept is dat het juiste gesprek in de spreekkamer van de huisarts wordt gevoerd. In plaats van denken in ziekte en zorg, vraagt Welzijn op Recept een denken in gezondheid en gedrag. In de beperkte literatuur die hierover is gevonden wordt vooral verwezen naar een sociaal model waarbij de huisarts meer holistisch naar de patiënt dient te kijken.

Andere cruciale elementen zijn de rol en de persoon van de welzijnscoach. We zien dat de welzijnscoach een belangrijke schakel is voor de huisarts en activiteiten aanbieders. Zij hebben de schakelfunctie om deze terreinen met elkaar te verbinden en daarnaast te zorgen voor begeleiding en het vinden van een juiste activiteit voor een cliënt. Belangrijk hiervoor is het hebben van goede informele netwerken. Uit Engelse en Nederlandse literatuur valt op te maken dat er veel overeenkomsten zijn tussen de taken, de vaardigheden en de



competenties die gevraagd worden van de welzijnscoach. Het hebben van een grote kennis van de sociale kaart, *motivational interviewing*, het zoeken naar een 'klik' moment belangrijke vaardigheden van de welzijnscoach voor het invullen van deze rol.

Daarnaast zien we ook dat een grote variëteit zit in de achtergrond van de welzijnscoaches. Soms worden ze ook nog wel eens geconfronteerd met te zware psychische problematiek. Vanuit de Nederlandse en Engelse literatuur hebben we gevonden dat er daarom steeds meer interesse komt voor een basisopleiding/kwalificatie voor welzijnscoaches.

Uit de Nederlandse en Engelse literatuur leren we dat het aanbod van WOR activiteiten heel breed is. In grote lijnen kunnen we echter zien dat activiteiten vaak creatief zijn, te maken hebben met sport en beweging, vrijwilligerswerk of een combinatie hiervan zijn. Daarnaast blijkt dat er regelmatig individuele zijtrajecten worden aangeboden, al dan niet naast het aanbod om het welbevinden te verbeteren. Voor het vinden van een passende match is het belangrijk dat een activiteit voldoet aan een aantal punten: groepsidentificatie, laagdrempelig en snel inzetbaar, duidelijk omschreven en makkelijk vindbaar, in de buurt aangeboden en indien mogelijk een activiteit waarvan enige wetenschappelijk bewijs is voor het verminderen van (psysociale) klachten. Wil een welzijnscoach samen met een cliënt een passende activiteit zoeken kan deze denken aan het inzetten van bestaande initiatieven, het aanbod van omliggende wijken of lokaal een nieuw initiatief ontwikkelen.

Toch valt op dat het aantal in het begin van Welzijn op Recept het aantal verwijzingen goed is maar in de loop van tijd terug loopt. Een reden die hiervoor wordt gegeven is dat er geen goede terugkoppeling is naar de huisartsen [30]. Er is ook terug te vinden dat met name in de terugkoppeling problemen worden ervaren. Zo vinden welzijnscoaches het ingewikkeld om gegevens vast te leggen en te rapporteren en zijn ze bijvoorbeeld niet gewend om meetinstrumenten te gebruiken tijdens de gesprekken met patiënten. Huisartsen geven juist aan graag op de hoogte te willen blijven over de follow-up van de doorverwezen patiënt. Aan de andere kant is ook gevonden dat een oorzaak voor een terugloop in verwijzingen kan zijn dat WOR niet altijd meer op het netvlies van huisartsen staat. Blijvende aandacht voor WOR is dus nodig.

Als laatste valt op, wanneer we de Engelstalige literatuur vergelijken met hetgeen ons in Nederlandstalige rapporten wordt aangereikt, dat er slechts weinig goed en diepgaand Nederlands onderzoek is verricht naar de effecten van WOR.

Engelstalige literatuur bevat een breder arsenaal aan uitkomstgebieden en instrumenten bevat, ook kijkt naar zorggebruik in de tweede lijn, meer aandacht besteedt aan ervaringen van deelnemers en meer systematische analyses bevat van kosten en baten. Terwijl Nederlandstalige literatuur meer aandacht besteedt aan sociale participatie in al zijn facetten, "duurzaam geluk" als uitkomstgebied hanteert, zelfredzaamheid als uitkomstgebied hanteert en positieve gezondheid als uitkomstgebied voorstelt. Om het effect van WOR aan te tonen maar ook om een goede terugkoppeling te doen naar de huisarts is het belangrijk om eenduidige basisset aan indicatoren te monitoren.

Belangrijk en essentieel voor het laten slagen van Welzijn op Recept is een goede samenwerking tussen eerstelijnszorg en welzijn. Er moeten duidelijke procesafspraken zijn tussen huisarts, welzijnscoach, welzijnsorganisaties en activiteiten aanbieders. Vanuit de literatuur leren we dat een effectieve samenwerking tijd kost, een zekere mate van vertrouwen nodig heeft en een sterk leiderschap. De eerstelijns en welzijn hebben andere normen en waarden wat betreft hun benadering van het omgaan met de gezondheidszorg in de gemeenschap. Deze verschillen moeten doorbroken worden om een goede samenwerking tot stand te brengen.

Het is dan ook nodig dat er begrip is voor elkaars rollen, een 'holistische' benadering ingebed raakt in gemeenschappelijke doelen, het hebben van persoonlijke relaties tussen de eerstelijns en welzijn. Door formeel en informeel te overleggen kan dit gerealiseerd worden. Een randvoorwaarde is dat de welzijnscoach de tijd neemt en krijgt om te investeren in contactgroei met cliënten, andere zorgverleners en vrijwilligers (voor korte lijnen).

Tot slot is een andere belangrijke voorwaarde is dat er een passende financiering dient te komen. Momenteel ligt de druk van de kosten voornamelijk bij de gemeente en wisselt het per gemeente hoeveel contactmomenten met welzijnscoaches worden ingekocht. Een oplossing hiervoor is een integrale financiering en financiering op maat. Belangrijk hiervoor is dat de huisarts Welzijn op Recept meer op het netvlies houdt en bij verwijzing een duidelijke indicatie stelt.

#### **4.1. Aandachtspunten en vervolg**

Dit review geeft antwoord op de vraag welke onderdelen voor Welzijn op Recept van belang zijn om het traject succesvol te kunnen laten verlopen. Hiervoor is een eenduidige visie nodig die gericht is op het leveren van kwaliteit met bijbehorende uitgangspunten. Voor Welzijn op recept zit dit in het uitdragen van een uniforme doelstelling, een duidelijke indicatiestelling, de rol van de huisarts, de rol van de welzijnscoach, het koppelen aan een geschikte activiteit, het monitoren van de voortgang en de terugkoppeling hiervan. Daarnaast blijkt het belangrijk dat de huisarts goed bekend is met welzijn op recept. Op deze manier zal een huisarts eerder bedenken dat een patiënt mogelijk geschikt is voor WOR en dus ook eerder doorverwijzen. Het vraagt dus ook om goede formele maar in informele netwerken tussen de huisartsen en de welzijnscoaches. Zeer belangrijk in dit geheel is een goede samenwerking tussen de huisartsen, welzijnscoaches, welzijn en activiteiten aanbieders.

Er zijn echter nog een aantal onduidelijkheden. Een belangrijke vraag is en blijft wanneer een traject binnen Welzijn op Recept ophoudt. Het is niet duidelijk geworden of dit na een bepaalde tijdsperiode is, bijvoorbeeld 6 maanden, of dat er bepaalde verbetering in de effectiviteit zichtbaar is. Bij dit laatste zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar verbetering op duurzaam geluk, zelfredzaamheid of sociale participatie. Voor het organiseren van continue monitoring zullen er eerste een aantal vragen beantwoord moeten worden:

1. Welke effecten van Welzijn op Recept zijn het belangrijkste om gemeten te worden?
2. Hoe gaan de effecten van Welzijn op Recept gemeten worden?

3. Welke instrumenten ga je hier voor gebruiken?
4. Bij welke effecten kan besloten worden dat Welzijn op Recept klaar is?

Om hier een goed antwoord op te kunnen geven zal er verder onderzoek naar gedaan moeten worden.

Daarnaast vraagt het toepassen van Welzijn op Recept een omslag in denken van eerstelijns professionals. In plaats van denken in ziekte en zorg, vraagt Welzijn op Recept een denken in gezondheid en gedrag. Van de huisarts wordt gevraagd om welzijn eerder op het netvlies te hebben en de juiste doelgroep te verwijzen. Daarnaast vraagt het ook een proactieve houding van de huisarts en waar mogelijk te screenen naar geschikte patiënten. Om vervolgens te komen tot het 'juiste gesprek' en welke gesprekstechniek hiervoor gebruikt kan worden is moeilijk uit de literatuur te halen. Hier zal dan ook meer onderzoek naar gedaan moeten worden.

In de literatuur en ook op basis van gesprekken die zijn gevoerd met experts blijkt dat er nog wel wat vragen liggen hoe de verschillende cruciale elementen binnen de kaders van Welzijn op Recept liggen. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden hoe breed Welzijn op Recept ingezet zal gaan worden. Zo is in de literatuur ook opgevallen dat een aantal patiënten met (stabiele) chronisch psychische klachten zijn verwezen naar WOR. De vraag is of deze indicatie geschikt is, we vinden namelijk ook in de literatuur terug dat welzijnscoaches regelmatig worden geconfronteerd met te zware problematiek.

Daarnaast zagen we ook dat er regelmatig zijtrajecten worden benoemd als activiteiten die onder welzijn op recept zijn. Het is dus goed om duidelijkheid te krijgen wat wel en niet onder WOR valt. Daarnaast zullen er keuzes gemaakt moeten worden in de taken en verantwoordelijkheden liggen bij de welzijnscoach. Zo vonden in veel Nederlandse rapporten terug dat er geprobeerd is om met meetinstrumenten te werken door welzijnscoaches. Met name om dat de welzijnscoach dicht bij de patiënt zit en een korte ingang heeft. Aan de andere kant is er ook een risico dat, door het invullen van een instrument, er te weinig aandacht is voor het echte gesprek dat plaats moet vinden. Het zoeken naar het 'klikmoment' met de patiënt en daarmee vertrouwen op te bouwen. Tot slot zullen er ook keuzes gemaakt moeten worden in de duur van een WOR-traject en hoe wordt effectiviteit aangetoond. Met name om de effectiviteit te gaan aantonen is het belangrijk om bepaalde indicatoren vast te gaan leggen. In dit stuk is al een voorzet gedaan voor een basisset aan gegevens die gemeten kunnen worden. Daarnaast zullen ook hier keuzes in gemaakt moeten worden. Met het maken van dergelijke keuzes zal Welzijn op Recept een strakkere en beter te organiseren interventie worden wat kan zorgen voor modelgetrouwheid.

In de literatuur is vaak te lezen dat Welzijn op Recept een zinvolle en veelbelovende interventie is, kan bijdragen aan het verbeteren van het welbevinden en een goede samenwerking kan vormen tussen zorg en welzijn. Om dit te bereiken zal er op verschillende niveaus gewerkt moeten worden. In eerste instantie zijn er stappen nodig in het verbeteren

en uniformeren van het proces van WOR. Dit zou kunnen door een standaard Welzijn op Recept te ontwikkelen waarin de gemeenschappelijke doelen worden vastgesteld, welke gesprekstechniek het beste gehanteerd kan worden, welke taken en verantwoordelijkheden liggen bij de verschillende betrokken partijen (huisarts en welzijnscoach). Daarna op bepalen op patiëntniveau welke indicatoren de betrokkenen tijdens een WoR-traject het beste kunnen monitoren en in een later stadium hoe de gegevens het beste vastgelegd kunnen worden om de effectiviteit aan te tonen.

#### **4.2. Advies**

Op basis van alle bevinden zijn we tot een aantal adviezen gekomen ten aanzien van Welzijn op Recept:

- Ter aanpassing op de doelstelling die staat beschreven op de interventiedatabase over Welzijn op Recept is het te overwegen om de doelstelling meer te richten op het verbeteren van het welbevinden van deelnemers. Daarnaast een doelstelling op te nemen over het verminderen van zorggebruik en zorgkosten.
- Helaas blijkt uit de literatuur niet duidelijk welke gesprekstechniek het meest effectief is. Om een antwoord hierop te vinden zal gericht onderzoek gedaan moeten worden.
- Het is aan te bevelen om een basiskwalificatie en intervisie op te zetten voor de rol van welzijnscoach. Om zo ook meer vertrouwen en handvatten te bieden voor de welzijnscoach. Daarnaast om ook de welzijnscoach te trainen in het gebruik van meetinstrumenten.
- Zorg voor een goede samenwerking waarin duidelijke afspraken zijn gemaakt over de terugkoppeling. In de terugkoppeling naar de huisarts is het aan te raden om de volgende punten mee te nemen:
  - welke verwijzer een patiënt heeft doorverwezen naar de welzijnscoach;
  - het aantal verwezen patiënten naar de welzijnscoach;
  - het aantal verwezen patiënten dat begeleid is naar een activiteit;
  - aantal patiënten dat na 3 en 6 maanden nog een activiteit volgt;
  - aantal consulten met de welzijnscoach per deelnemer;
  - de duur van de consulten met de welzijnscoach per deelnemer.
- Een basisset van voor continue monitoring die relevantie zijn voor WOR bestaande uit indicatoren op de volgende gebieden:
  - Primaire Proces
  - Tevredenheid
  - Zorggebruik
  - QOL/welbevinden
- Het is aan te bevelen dat er onderzoek gedaan wordt naar de nieuw ontwikkelde initiatieven. Belangrijke indicatoren om te onderzoeken zijn: Welke deelnemer naar welke activiteit is verwezen, het behaalde effect op de meetinstrumenten, de periode dat iemand heeft deelgenomen aan een activiteit en het effect op de kosten.

## **IQ healthcare**

Scientific Center for Quality of Healthcare



### **Missie**

*Waardevolle zorg voor iedereen.*

Onze missie is het met kennis en kunde ondersteunen van beleid en praktijk bij het streven naar goede, veilige en verantwoorde gezondheid(szorg).

### **Organisatie**

IQ healthcare is één van de 50 afdelingen binnen het Radboudumc en onderdeel van het Radboud Institute for Health Sciences. De leiding van IQ healthcare is in handen van Prof. dr. Gert P. Westert (directeur) en dr. Mariëlle Ouwens, MBA (bedrijfsleider).

IQ healthcare is een projectenorganisatie waarbinnen de projecten leidend zijn. Deze projecten hebben betrekking op onze drie kerntaken Onderzoek, Onderwijs en Dienstverlening. Alle projecten staan in onderlinge verbinding binnen de kennisgebieden van de thema's en de leerstoelen.

### **Thema's**

Persoonsgerichte zorg  
Professionele ontwikkeling en samenwerking  
Duurzame organisatie van zorgsystemen  
Ethiek van de Gezondheidszorg  
Implementeren & evalueren van verbeteringen en innovaties

### **Leerstoelen**

Gezondheidszorgonderzoek  
Betaalbaarheid en doelmatigheid  
Kwaliteit van zorg voor infectie- en ontstekingsziekten  
Integrale zorg voor kwetsbare ouderen  
Patiëntgerichte innovatie  
Paramedische zorg  
Verplegingswetenschap  
Ethiek van zorg  
Farmaceutische zorg in de eerstelijnszorg

### **Contact**

IQ healthcare  
Postbus 9101, huispost 114  
6500 HB Nijmegen  
Telefoon: +31 (0)24 3615305  
website: [ighealthcare@radboudumc.nl](mailto:ighealthcare@radboudumc.nl)

Bezoekadres  
Geert Groteplein 21, looproute 114  
6525 EZ Nijmegen  
[www.ighealthcare.nl](http://www.ighealthcare.nl)

## Bijlage 1: Data-extractie formulier

Extraction grid project WOR			
Reviewer			
	Naam		
	Datum		
Algemene informatie	Kenmerk	Informatie uit artikel	opmerkingen (optioneel)
	Document nummer		
	Bron		
	Auteurs /organisatie		
	Jaartal		
	Type publicatie (kruis aan)	*Wetenschappelijk artikel *Rapport *Anders, namelijk...	
	Taal (kruis aan)	*Nederlands *Engels *Anders..	
	Omschrijving "patiënten in aanmerking voor WOR"	NR	
	Andere relevante definities		
	Omschrijving studie populatie		
	Specifieke kenmerken studie populatie of setting, indien relevant (e.g. cultuur, geografie)		
	Gehanteerde onderzoeksmethoden (kruis aan)	*interviews *focus groups *survey *trial (randomized/non randomized/controlled etc) *literatuuronderzoek *dossier/registratie onderzoek *niet gerapporteerd *anders, namelijk...	
Doelen en resultaten	kenmerk	opmerkingen	
	Niveau doelen	*Landelijke *Regionaal *Lokaal	
	Kerdoelen (omschrijving)		
	Operationele doelen (omschrijving)		
	Wat zijn uitkomsten?		
	Genoemde meetinstrumenten	...	
		*	
		...	
mechanisme	Kenmerk	opmerkingen	
Rol van de Huisarts	Visie op gesprek Indentifieren/indicatiestelling Kwaliteitsindicatoren		
Rol van de welzijnscoach	Taken en verantwoordelijkheden organisatorische ondersteuning Vaardigheden en competenties Kwaliteitsindicatoren		
Samenwerking	Betrokken Partijen Samenwerkingsproces binnen WOR Succesvolle elementen kritische factoren/uitdagingen	...	
Activiteiten/welzijnsaanbod	aanbod Welke zijn nieuw? Welke komen overeen?	...	
Monitoren/feedback	Welke instrumenten kun je het beste inzetten? Wanneer inzetten? Door wie? Tussen wie en op welke wijze terugkoppeling		
Context	kenmerk	opmerkingen	
	Uitgangspunten	...	
		*	
		...	
	Randvoorwaarden	...	
		*	
		...	
	Aanbeveling uit literatuur & lessons learned	...	
		*	

## Bijlage 2. INVENTARISATIE ACTIVITEITEN WELZIJN OP RECEPT

Activiteit	N	Activiteit	N
<b>Bewegen en sporten</b>			
Bewegen op muziek	4	Tai Chi	5
Wandelen	5	Gymnastiek	3
Zwemmen	4	Valpreventie	4
Fitness	5	(Groot)ouder-peutergym	1
Dans	5	Biljart	2
Koersbal	4	Stijldansen met rollator	1
Fietsclub	5	Nordic walking	1
Gym 50+	6	Zelfverdediging	1
<b>Natuur</b>			
Wandelen of fietsen in de natuur	5	Tuinactiviteiten voor kinderen begeleiden	2
Moestuinen	5	Imkerkursus	1
Basisschool groenonderhoud	1	Ambassadeur stukje bloemenlint	1
Fleur-op actie	1	Zorgboerderij	1
Vogels kijken	1	Gids vrijwilliger in polder	1
Wijk/ zwerfvuil in natuur opruimen	2		
<b>Ontspannen en zingeving</b>			
Yoga en qiong	5	Cursus ontspannen	2
Mediteren/mindfulness	4	Activiteiten opvoedingsondersteuning	4
Rouwbegeleiding	4	Lotgenotencontact	4
Training omgaan met stress	4	Gesprek consulent levensvragen	3
Gezamenlijk een boodschap doen	5	Gesprek ervaringsdeskundige psychiatisch inloophuis	3
Assertiviteitstraining	3	Verwendag kapsalon met manicure	1
<b>Contacten met / anderen ontmoeten</b>			
Spelen en ontmoeten	4	Groepen voor allochtone vrouwen	6
Koffie-inloop	5	Roze Salon (55+)	2
Gezamenlijk een boodschap doen	4	Vrouwencentrum	2
In gesprek met een ander	5	Maatjes worden/ maatjesproject	5
Begeleiden van kinderen bij vieringen	1	Netwerkcoach via Humanitas	1
Huiskamers voor kwetsbare groepen	6	Vrijwilligers voedselbank	1
Leun- en steungroep	2	Vrijwilligers kledingbank	1
<b>Groepsactiviteiten</b>			
Computerinloop	7	Individuele computerbegeleiding	1
Taal, lezen&schrijven	5	i-pad cirkel	1

Activiteit	N	Activiteit	N
Geheugentraining	3	Wijkbus	1
Boekbespreking	3	Bingo	1
(Nieuwe) Talen leren	4	Kaarten	1
Samen lees en voorleesclubs	3		
<b>Koken en samen eten</b>			
Lunchcafé	4	Als vrijwilliger helpen bij een kookmoment	5
Leren koken/kookcursus	2	Gezond eten voor weinig geld	5
Gezamenlijk eten	6	Taarten bakken	1
Wijkbuffet	2	Soep inloop	1
Marsepein figuren maken	1	Eet-date bij je thuis	1
<b>Culturele activiteiten</b>			
Creatief aan de slag	3	Ouderen/Vrouwenkoor	4
Uitje naar kunst	5	Fotograferen	3
Uitje naar Theater of muziek	5	Bloemschikken	5
Burendag/straatspeeldag/NL doet dag organiseren	3	Ondersteunen praktische zaken wijkvereniging	1
Naaiclub 50+	7	Quilten	1
Keramiekcursus	1	Scootmobiel kunstroutes	1
Schildercursus	5	Breien/haken	2
Afrikaans dansen	2		
<b>Crisis of hulpverlening</b>			
Mantelzorgondersteuning	7	Mantelkring	1
Afspraak met POH of GGZ	6	Telefooncirkel	1
AMW	1	Budgetkring	1



## Referenties

1. Heijnders, M.L., J.J. Meijs, and C.M.d. Groot, *Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten. Kwalitatief deelonderzoek. Bijblijven*, 2015(31): p. 926–934.
2. Meijs, J.J., et al., *Notitie door ontwikkeling Welzijn op Recept door landelijk kennisnetwerk. Welzijn op Recept als brug tussen zorg en sociaal domein en motor voor de gemeentelijke transitie*. 2017.
3. Pawson, R., et al., *Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions*. J Health Serv Res Policy, 2005. **10 Suppl 1**: p. 21-34.
4. Ploegmakers, M., *Welzijn op recept. Interventiebeschrijving*. november 2014, herzien mei 2015, Movisie: Utrecht.
5. Becker, U., *Evaluatieverslag pilot 'Welzijn op Recept gemeente Bergen'*. 2015, RMC Radius: Cuijk.
6. Huber, M., et al., *How should we define health?* BMJ, 2011. **343**: p. d4163.
7. Blickem, C., et al., *Linking people with long-term health conditions to healthy community activities: development of Patient-Led Assessment for Network Support (PLANS)*. Health Expectations, 2013. **16**(3): p. E48-E59.
8. Polley, M.B., M.; Kimberlee, R.; Pilkington, K.; Refsum, C., *A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications*. 2017.
9. Rempel, E.S., et al., *Preparing the prescription: a review of the aim and measurement of social referral programmes*. BMJ Open, 2017. **7**(10): p. e017734.
10. Carnes, D., et al., *The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation*. BMC Health Serv Res, 2017. **17**(1): p. 835.
11. Booth, A.B., L.; Wilson, P., *Evidence to inform the commissioning of social prescribing*. 2015.
12. Chatterjee, H.J., et al., *Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes*. Arts & Health, 2017: p. 1-27.
13. Mercer, S.W., et al., *The Glasgow 'Deep End' Links Worker Study Protocol: a quasi-experimental evaluation of a social prescribing intervention for patients with complex needs in areas of high socioeconomic deprivation*. J Comorb, 2017. **7**(1): p. 1-10.
14. Fuller, M., *Patient empowerment: a prescription for success*. Trends in Urology & Mens Health, 2017. **8**(6): p. 32-33.
15. Whitelaw, S., et al., *Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study*. Primary Health Care Research and Development, 2017. **18**(2): p. 112-121.
16. Bertotti, M., et al., *A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector*. Prim Health Care Res Dev, 2017: p. 1-14.
17. White, J.C., F.; Kerr, S., *Frontline perspectives on "joined-up" working relationships: a qualitative study of social prescribing in the West of Scotland*. Health and Social Care in the Community, 2017. **25**(1): p. 194-203.
18. Kimberlee, R., *Gloucestershire clinical commissioning groups social prescribing service: Evaluation report*. 2016.

19. Dixon, M.P., M., *Report of the annual social prescribing network conference*. 2016, University of Westminster.
20. Kimberlee, R., *What is social prescribing?* Advances in Social Sciences Research Journal, 2015. **2**(1).
21. Roerdomp, G.d. *Welzijn op recept*. 2015 2017; Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1500221>.
22. Sinnema, H., et al., *Welzijn op recept*. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept–Trimbos Instituut Utrecht, Herziene uitgave februari, 2014.
23. Pomp, M.V., I.; Smiesing, J.; de Groot, K.; Heijnders, M., *Effectstudie Welzijn op Recept. Studie naar zorggebruik, sociale participatie en kosten*. 2015: Nieuwegein.
24. Reijnen, L., *Evaluatierapport pilot Welzijn op recept. Mors en Stevenshof*. 2017, GGD Hollands Midden: Leiden.
25. Reijnen, L., *Evaluatierapport pilot Welzijn op recept Zoeterwoude*. 2017, GGD Hollands Midden: Zoeterwoude.
26. Rijcken, R., *Jaar rapport Welzijn op recept*. 2017, Stichting Welzijn Vianen: Vianen.
27. van Steekelenburg, E.v.D., A., *Welzijn op Recept in Noordwijk. Evaluatie van de pilot*. 2017, GGD Hollands Midden: Noordwijk.
28. Dijkstra, M., *Tussenevaluatie project Welzijn op Recept periode september 2015-juli 2016 Schiedam*. 2016.
29. Huiden, S., *Welzijn voor Elkaar*. 2017.
30. Vissers, D., *Eindrapport Welzijn op Recept Delft. Pilot in twee huisartsenpraktijken in Delft 2013-2015*. 2015, Zorgorganisatie Eerste Lijn: Delft.
31. Rodriguez, A.C., et al., *Capsule Studies Performed in a Tertiary Care Center Versus Community Referrals Prior to Single-Balloon Enteroscopy: Does It Matter?* Dig Dis Sci, 2015. **60**(12): p. 3716-20.
32. Bickerdike, L., et al., *Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence*. BMJ Open, 2017. **7**(4): p. e013384.
33. Moffatt, S., et al., *Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions*. Bmj Open, 2017. **7**(7).
34. Loftus, A.M., F. McCauley, and M.O. McCarron, *Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy*. Public Health, 2017. **148**: p. 96-101.
35. Polley, M., et al., *Making sense of social prescribing*. 2017.
36. Annegam, A., *Evaluatie Welzijn op Recept onder huisartsenpraktijken in Amsterdam*. 2016, Unknown: Unknown.
37. Kimberlee, R., et al., *Proving our value: measuring the economic impact of wellspring healthy living Centre's social prescribing wellbeing programme for low level mental health issues encountered by GP services*. Bristol: University of the West of England, 2014.
38. Langford, K., P. Baek, and M. Hampson, *More than medicine: new services for people powered health*. People powered health. London: Nesta: Innovation Unit, 2013.
39. Gray, C.C., M., *Bristol Health & Wellbeing Board. Developing a Social Prescribing approach for Bristol*. 2013, NHS/ Bristol City Council: Bristol.

40. Anonymous, *Project evaluatie WoR*. 2016: Sluisoordlaan.
41. Kamphuis, G., *Rapportage Welzijn op Recept (WoR) 4e kwartaal 2015*. 2016, Unknown: Unknown.
42. Meije, D.P., A.; Sinnema, H., *De match tussen bewoner en welzijnsactiviteit*. 2017, Trimbos instituut: Utrecht.
43. Morton, L., M. Ferguson, and F. Baty, *Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription*. *Public Health*, 2015. **129**(3): p. 286-289.
44. Heijnders, M.L. and J.J. Meijs, '*Welzijn op Recept*' (*Social Prescribing*): *a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study*. *Prim Health Care Res Dev*, 2017: p. 1-9.
45. Friedli, L., M. Themessl-Huber, and M. Butchart, *Evaluation of Dundee Equally Well Sources of Support: Social prescribing in Maryfield Evaluation report four*. Dundee: Equally Well Dundee, 2012.
46. Kimberlee, R., *Developing a social prescribing approach for Bristol. Project Report*. 2013, Bristol Health & Wellbeing Board, UK.: Bristol.
47. Dayson, C.B., E., *Evaluation of Doncaster Social Prescribing Service: understanding outcomes and impact*. 2016, Sheffield Hallam University: Sheffield.
48. Baker, C.L., E.A.; Ellis, E.; Crone, D., *Artlift Wiltshire Move On Groups Final Report*. 2017, University of Gloucestershire: Gloucester.
49. Annegam, A., *Evaluatie wijkzorg huisartsenpraktijken*. 2017, 1ste Lijn Amsterdam: Amsterdam.
50. Thomson, L.J., et al., *Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults*. *Perspectives in Public Health*, 2018. **138**(1): p. 28-38.
51. Mossabir, R., et al., *A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions*. *Health Soc Care Community*, 2015. **23**(5): p. 467-84.
52. Bragg, R. and C. Leck, *Good practice in social prescribing for mental health: The role of nature-based interventions*. 2017, Natural England Commissioned Reports.
53. Bertotti, M., et al., *The Social Prescribing service in the London Borough of Waltham Forest final evaluation report*. 2017.
54. Hutt, D.P., *Social prescribing: A new medicine?* *InnovAiT*, 2016. **10**(2): p. 90-95.
55. *Telefonisch interview*. 2016: Amsterdam.
56. Southby, K. and M. Gamsu, *Factors affecting general practice collaboration with voluntary and community sector organisations*. *Health Soc Care Community*, 2018.
57. Jensen, A., et al., *Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities*. *Perspectives in Public Health*, 2017. **137**(5): p. 268-274.
58. Carnes, D., et al., *The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation*. *Bmc Health Services Research*, 2017. **17**.
59. Heijnders, M.L.M., J.J.; de Groot, C.M., *Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale cotacten*. *Bijblijven*, 2015. **31**: p. 926-934.

60. Dayson, C., *Social prescribing 'plus': a model of asset-based collaborative innovation?* People, Place and Policy, 2017. **11**(2): p. 90-104.
61. Wood, S., et al., *At the heart of health: realising the value of people and communities*. London: Health Foundation and Nesta, 2016.
62. Bickerdike, L., et al., *Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence*. BMJ Open, 2017. **7** (4) (no pagination)(e013384).
63. Jung, M., *Exploring Social Quality and Community Health Outcomes: An Ecological Model*. Health Care Manag (Frederick), 2015. **34**(3): p. 234-45.
64. Dayson, C., *Evaluating social innovations and their contribution to social value: the benefits of a 'blended value' approach*. Policy and Politics, 2017. **45**(3): p. 395-411.
65. Roseboom, Y.K., K., *Factsheet Welzijn op Recept Lewenborg*. 2016, PROMPT Interim Management & Consultancy en ONderzoek en Statistiek Groningen: Groningen.
66. Wolf, J., *Instrumenten voor meten van maatschappelijke participatie van kwetsbare ouderen*. unknown, Radboudumc: Nijmegen.
67. Chatterjee, H., M. Polley, and G. Clayton, *Social prescribing: community-based referral in public health*. Perspectives in Public Health, 2018. **138**(1): p. 18-19.
68. Jones, M., et al., *The Role of Community Centre-based Arts, Leisure and Social Activities in Promoting Adult Well-being and Healthy Lifestyles*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2013. **10**(5): p. 1948-1962.
69. Willcocks, J., *Creative solutions: What can art and design pedagogy bring to social prescribing programmes?* Spark: UAL Creative Teaching and Learning Journal, 2017. **2**(1): p. 39-44.
70. Maughan, D.L., et al., *Primary-care-based social prescribing for mental health: an analysis of financial and environmental sustainability*. Prim Health Care Res Dev, 2016. **17**(2): p. 114-21.
71. Weld, S., Kimberlee, R., Biggs, O., Blackburn, K., Clifford, Z. and Jones, M., *For All Healthy Living Centre's Healthy Connections Project. Final evaluation report and Social Return on Investment (SROI) Analysis*. 2015.