

Essentiële bestanddelen van Welzijn op Recept

Roos Mesman, Sander Ranke, Stef Groenewoud, Miriam Heijnders

Welzijn op Recept (WOR) is een interventie waarbij eerstelijnszorgverleners patiënten met psychosociale problematiek naar welzijnscoaches verwijzen. De doelgroep van WOR komt overeen met ongeveer de helft van de patiënten in huisartsenpraktijken. Het gaat om patiënten met gemiddeld een hoger aantal contacten met de huisarts, een langduriger ziektebeloop en vaak psychosociale klachten. WOR richt zich op het verhogen van het welbevinden, het optimaliseren van het zorggebruik en het verlagen van de zorgkosten.

Welzijn op Recept (WOR) is een traject waarbij eerstelijnszorgverleners patiënten met psychosociale problematiek naar welzijnscoaches verwijzen.¹ De doelen van WOR zijn als volgt omschreven: ‘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.’¹ Op dit moment is WOR in 83 Nederlandse gemeenten geïmplementeerd.² Sinds juli 2019 is WOR een van de aandachtspunten binnen het preventieve gezondheidsbeleid van VWS.³ In de praktijk is er echter geen uniformiteit in de uitvoering van de interventie en daarom is het lastig om inzicht te krijgen in wat WOR inhoudt en welke elementen wel en niet bijdragen aan het behalen van de doelen van de deelnemers. Wij beschrijven de resultaten van een literatuuronderzoek dat antwoord moest geven op de volgende vraag: wat is bekend over de essentiële bestanddelen van WOR? Om een beeld te schetsen van de kenmerkende problematiek beschrijven we eerst 2 casussen.

METHODE

Onderzoeksontwerp

We kozen voor het onderzoeksontwerp van een *realist review*.⁵ Een klassieke systematische review volstaat niet, omdat het fenomeen WOR nog relatief ‘jong’ is en de beschreven bewijslast schaars. In een realist review nemen we zowel wetenschappelijke literatuur als grijze literatuur mee en raadplegen we experts. Daarnaast is de onderzoeksvraag niet gericht op bewezen effectiviteit,

Casus 1: vrouw met vage klachten

Een 88-jarige vrouw komt geregeld met vage klachten op het spreekuur van de huisarts. Ze zit veel thuis met niets om handen. Een aantal jaren geleden is ze vanwege haar leeftijd en teruglopende gezondheid gestopt met zwemmen. Daardoor zijn ook de sociale contacten verdwenen. Na verwijzing naar Welzijn op Recept komt ze via de welzijnscoach bij het buurthuis terecht. Mevrouw vertelt de huisarts enthousiast dat ze daar meedoet met spelletjesactiviteiten en ook regelmatig mee-eet. Ze voelt zich weer gezien en gewaardeerd.

Casus 2: vrouw met hartinfarct

Een vrouw heeft een halfjaar geleden een hartinfarct gehad, waar ze zonder restschade van is hersteld. In een daaropvolgende moeilijke periode heeft ze een aantal gesprekken met de poh-ggz gehad. Bij regelmatige bezoeken aan de huisarts blijkt dat ze nog wat angstig is en haar gewicht toeneemt. Na verwijzing naar Welzijn op Recept en gesprekken met de welzijnscoach sluit mevrouw zich aan bij de plaatselijke wandelclub en een kookclub. De huisarts ziet dat het langzaamaan steeds beter met haar gaat.⁴⁴

maar betreft deze een verkenning van de keuzen en lessen vanuit het veld.

Zoekstrategieën

We verzochten alle projecten die zijn aangesloten bij het Landelijk kennisnetwerk WOR om relevante evaluatierapporten aan te leveren. Daarnaast deden we literatuuronderzoek en raadpleegden diverse websites (Loketgezondleven.nl, Movisie, Trimbos Instituut, Google Scholar). Voor het literatuuronderzoek gingen we te rade op Embase, PubMed/Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, PROQuest (IBSS, Sociological Abstracts, dissertations). We hanteerden de volgende termen: social efeript*[tiab] OR social efeript*[tiab] OR social efer*[-

WAT IS BEKEND?

- Welzijn op Recept (WOR) is een interventie waarbij eerstelijnszorgverleners patiënten met psychosociale problematiek naar welzijnscoaches verwijzen.
- De welzijnscoach zoekt samen met de verwezen patiënt naar passende activiteiten, met als doel de patiënt te stimuleren om weer sociale contacten aan te gaan, om het welbevinden te vergroten.
- Inmiddels is WOR in 83 Nederlandse gemeenten geïmplementeerd.

WAT IS NIEUW?

- In het Verenigd Koninkrijk en Nederland is inmiddels veel kennis opgebouwd over de essentiële bestanddelen van WOR.
- Het ontbreekt nog aan robuuste kennis over de effecten van WOR.
- Meer aandacht is nodig voor systematisch onderzoek naar de werking van deze bestanddelen: wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden?

tiab] OR community efer*[tiab] OR non-medical efer*[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 'well-being programmes'[tiab]. We beperkten ons tot onderzoeken tussen 2000 en 2018.

Het literatuuronderzoek leverde 1188 resultaten op. Van de 704 publicaties die na ontdebellen overbleven, hebben we de eerste 50 gescreend op titel en samenvatting. Bespreking hiervan leverde criteria op voor de screening van de titel/samenvatting van de overgebleven publicaties en beoordeling van de volledige tekst [**kader 1**]. Uiteindelijk werden 68 artikelen en rapporten geïncludeerd [**figuur**].

KADER 1

CRITERIA VOOR DE SCREENING VAN DE LITERATUUR

- Volwassenen met psychosociale problematiek (geen psychiatrie)
- Interventies/activiteiten moeten niet beperkt zijn tot:
 - zelfmanagementprogramma's
 - schuldhulpverlening
 - arbeidsre-integratie
- Het abstract moet beschikbaar zijn voor de onderzoekers
- Publicatie vanaf 2013
- Er moet een welzijnscoach/link worker bij betrokken zijn
- De huisarts moet betrokken zijn bij de verwijzing

De basis voor het literatuuronderzoek is gelegd tijdens een startbijeenkomst met professionals uit zorg en welzijn, en vertegenwoordigers van gemeenten en een verzekeraar. Doel van deze bijeenkomst was een verkenning van de bestanddelen die de aanwezigheid van essentieel belang achten voor een succesvolle uitvoering van WOR. De vraag was of deze onderdelen in de literatuur zouden worden teruggevonden en of er nog andere elementen zouden opkomen. Deze elementen vormen de basisstructuur voor de beschrijving van de resultaten van het literatuuronderzoek:

- uitgangspunten en doelen voor WOR
- indicatiestelling en verwijzing
- ondersteuning door de welzijnscoach
- WOR-activiteiten
- monitoren en evalueren
- samenwerking

RESULTATEN

Uitgangspunten en doelen voor WOR

In Nederland liggen 2 belangrijke denkkaders ten grondslag aan WOR: de 6 principes van duurzaam geluk uit de positieve psychologie [**kader 2**] en het concept van de *positieve gezondheid*.^{6,7} Beide stromingen gaan ervan uit dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte en dat meerdere domeinen een rol spelen. De toepassing van WOR typeert een verschuiving van het medische naar het sociale model. Dat wil zeggen een verschuiving van een focus op de klachten zelf naar het achterhalen van de daadwerkelijke (sociaal-maatschappelijke) oorzaak van de klachten.⁸ De literatuur beschrijft dit als een holistische benadering, waarbij de huisarts bij het consult eventueel de gesprekstoel positieve gezondheid als instrument kan inzetten.⁹⁻¹¹

De Engelstalige literatuur noemt ook de sociale identiteits-theorie.¹² Een algemeen basisidee is dat deelname aan voor deelnemers betekenisvolle ontmoetingen/activiteiten zorgt

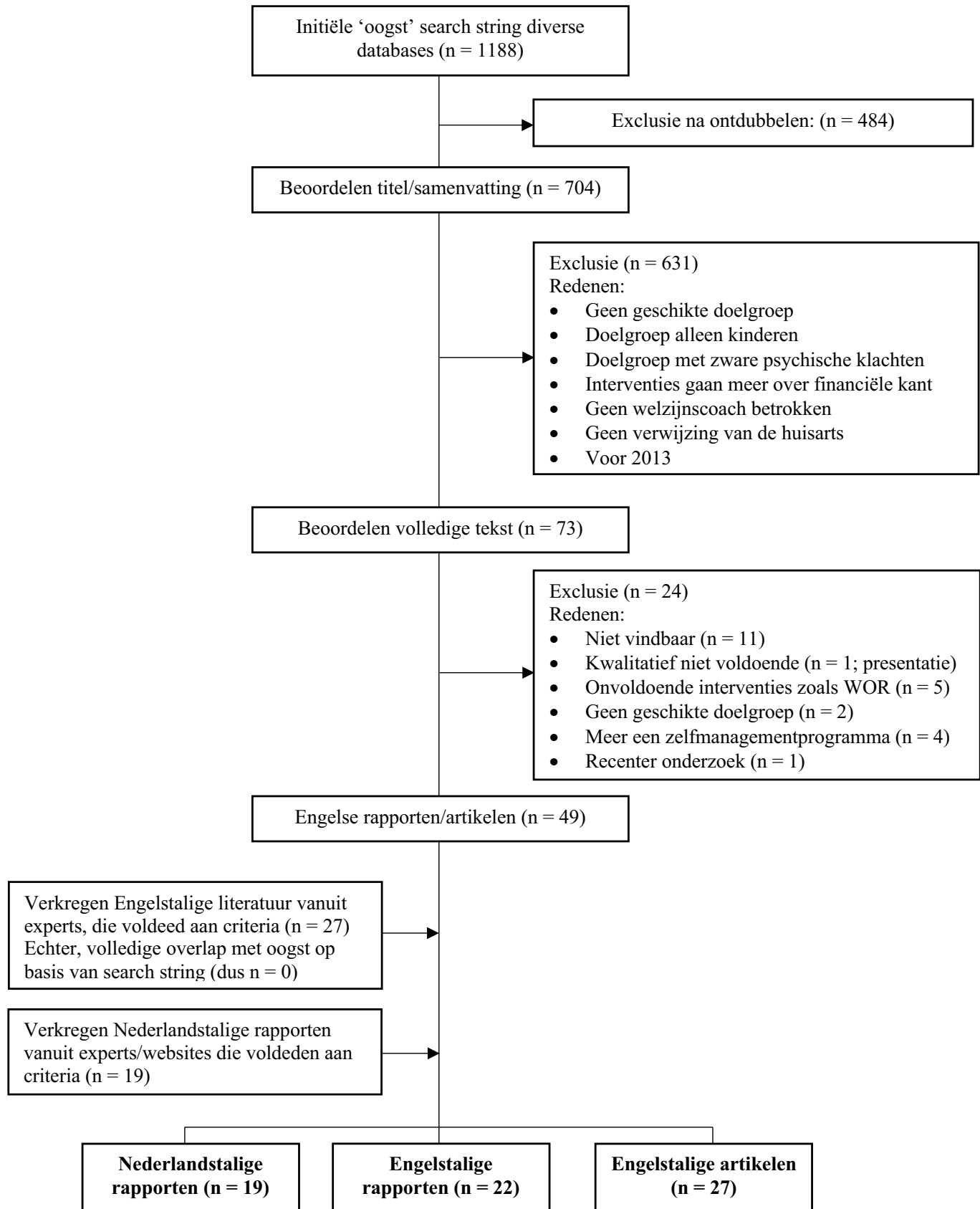
KADER 2

ZES PRINCIPES VAN DUURZAAM GELUK, GEBASEERD OP WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR OVER WELZIJN EN VEERKRACHT

- Denk positief: vertrouw op jezelf en blijf sterk bij tegenslagen.
- Geef je leven zin: pak een oude hobby op, probeer iets nieuws of help een ander.
- Leef bewust: zet al je zintuigen aan en geniet van het moment.
- Maak contact met anderen: praat met vrienden, familie en burens.
- Beweeg, eet gezond en ontspan: kies een activiteit die bij je past.
- Deel je geluk: inspireer anderen!⁶

Figuur

Prismadiagram van het literatuuronderzoek en nadere selectie



Tabel 1

Klachten en indicaties van de doelgroep van de WOR uit Nederlandse en Engelstalige literatuur

Categorie	Omschrijving klacht/indicatie	Verwijzingen Nederlandstalige literatuur	Verwijzingen Engelstalige literatuur
Psychische klachten	Somber gevoel	16, 18, 20	9, 21, 22, 36
	Licht tot matige depressie	15, 19, 23, 24	9, 10, 21, 25-32, 37
	Angst/veel piekeren	15, 16, 18, 19	25, 27-30, 32, 36, 37
	Stress/overspannen	18, 19, 33	9, 28, 36
	Slaapproblemen	16, 18, 23, 24	29
Psychosociale problematiek	Zingeingsproblemen	17, 18, 20, 33, 34	10, 22, 28, 36
	Eenzaamheid	15-18, 24, 33	9, 25, 26, 27, 29, 35, 37, 38, 39
	Dreiging sociaal isolement	17-19, 33	9, 22, 25-27, 30, 35, 37-40
Overige	Beperkt netwerk	16, 18	32, 39
	Lichamelijke onvoldoende verklaarde klachten	16, 18, 20	22, 39, 40
	Matige tot ernstige pijn/klachten	15, 24	32
	Ernstige problemen met mobiliteit en dagelijkse activiteiten	15, 18	
	Werksituatie	15	10, 30, 36, 41
Zorggebruikgerelateerde klachten	Ongezonde leefstijl	16, 18	21, 39
	Hoger antidepressiva- en benzodiazepinegebruik	15, 23, 24	27
	Gemiddeld groter aantal contacten met huisarts	15, 16	22, 26, 27, 30, 35, 40, 42
	Meer ziekenhuisverwijzingen		39
	Chronische ziekte		9, 10, 21, 29-32

voor een beter ervaren gezondheid. Het toegankelijker maken van dergelijke activiteiten via *social prescribing* kan leiden tot gezondheidswinst en een beter welbevinden.¹³

Uit de literatuur blijkt dat de doelen van WOR vooral gericht zijn op het verhogen van welbevinden (mentaal, fysiek en sociaal), optimaliseren van zorggebruik en verlagen van zorgkosten.¹⁴ Een overzicht van doelen uit Nederlandse evaluaties is in [bijlage 1] opgenomen.

Indicatiestelling en verwijzing

Uit de literatuur komt een duidelijk beeld naar voren van de doelgroep die binnen WOR verwezen wordt. Het betreft patiënten met gemiddeld een groter aantal contacten met de huisarts, een langdurig ziektebeloop en vaak psychosociale klachten. [Tabel 1] bevat een overzicht van de klachten en in-

dicaties. Het merendeel van de deelnemers is vrouw en tussen de 50-65 jaar oud.¹⁵⁻²⁰ Patiënten met zwaardere psychische problematiek behoren niet tot de doelgroep.^{16,19}

Alle eerstelijnszorgverleners kunnen een welzijnsrecept voorschrijven via een verwijsbrief, een (digitaal) verwijsformulier of per telefoon. De huisarts is de grootste verwijzer binnen WOR.^{2,11,28} In [tabel 2] zijn randvoorwaarden voor een verwijzing weergegeven.

Ondersteuning door de welzijnscoach

De welzijnscoach is een relatief nieuwe speler binnen het sociale domein. Andere benamingen in de literatuur zijn: welzijnswerker, welzijnsconsulent, functionaris Welzijn op Recept, gelukscoach en *link worker*. De welzijnscoach is een sociaal werker en stelt geen diagnoses, maar biedt na verwijzing kort-

Tabel 2

Randvoorwaarden voor een verwijzing binnen WOR¹⁵

Randvoorwaarden voor een verwijzing

De patiënt moet:

- toestemming geven
- duidelijk weten wat hij wil en nodig heeft
- over voldoende communicatieve vaardigheden beschikken

De verwijzer moet:

- duidelijk weten wat de reden is van verwijzen en wat de patiënt nodig heeft
- alle relevante informatie aanleveren bij de welzijnscoach

Procesafspraken tussen de verwijzer en de welzijnscoach:

- het moet duidelijk zijn over op welke wijze de verwijzer feedback verwacht
- het moet duidelijk zijn over de vraag voor welke taken de welzijnscoach verantwoordelijk is
- het moet duidelijk zijn wat wel en niet onder WOR valt

Tabel 3

Criteria van de WOR-activiteiten^{10,15,16,17,43,46}

Criteria waaraan WOR-activiteiten moeten voldoen

- Deelnemers moeten de mogelijkheid hebben om sociale contacten op te bouwen
- Deelnemers kunnen zich identificeren met de andere mensen in de groep (vooral bij deelnemers < 60 jaar)
- Deelnemers kunnen snel starten met de activiteit en er is geen ervaring nodig om mee te 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
- De activiteit moet makkelijk te vinden zijn en de samenstelling van de groep moet duidelijk omschreven zijn
- De activiteiten moeten in de buurt plaatsvinden



Welzijn op Recept is in 83 Nederlandse gemeenten geïmplementeerd.

Foto: iStock

durende ondersteuning aan volwassenen met een (al dan niet tijdelijke) kwetsbaarheid op een of meer leefdoeinen. In de literatuur zijn diverse vaardigheden en competenties te vinden waarover een welzijnscoach moet beschikken, bijvoorbeeld een holistische, oplossingsgerichte benadering, kennis van de wijk en de informele netwerken hierin, en het vermogen om mensen te kunnen verbinden en stimuleren stappen te zetten.

^{9,16,18,19,39,44,45}

Na verwijzing volgt een intakegesprek, waarin de welzijnscoach probeert zicht te krijgen op de wensen, behoeften, drijfveren, interesses, mate van zelfredzaamheid, gemiddelde dagbesteding en het sociale netwerk van de persoon die verwezen is. Samen zoeken ze naar passende activiteiten, waarbij de focus meer ligt op wat de betrokkene *wel* kan, en niet zozeer op problemen en symptomatische ziektebeelden. In Nederland hebben deelnemers gemiddeld 5 tot 6 contactmomenten met de welzijnscoach nodig om een passende activiteit of vrijwilligerswerk te vinden.^{15,17}

Nadat de keuze voor een activiteit is gemaakt, houdt de welzijnscoach via evaluatiegesprekken contact met de deelnemer. De verwezen personen zijn kwetsbaar en kunnen hierdoor passief zijn. Ze zijn zelf echter ook verantwoordelijk voor het veranderen van de eigen situatie. WOR eindigt na 3 tot 6 maanden, wanneer de deelnemer minder last heeft van de klachten, en zijn of haar levenspad weer meer in balans heeft en hierop kan voortgaan.^{8,11,43}

WOR-activiteiten

Het gaat vaak om creatieve activiteiten, die te maken hebben met sport en beweging, vrijwilligerswerk of een combinatie hiervan. Een overzicht van de aangeboden activiteiten is in

[bijlage 2] opgenomen. Hoe groter het aanbod, hoe groter de kans op een goede match. Hulpverlening bij financiële problemen of mantelzorgondersteuning zijn voorbeelden van activiteiten van gemeenten die niet direct gericht zijn op het verbeteren van het welbevinden, maar hier wel positief aan kunnen bijdragen.

In de literatuur zijn verschillende criteria te vinden waaraan een activiteit binnen WOR zou moeten voldoen [tabel 3].

Monitoren en evalueren

We vonden in de literatuur diverse methoden en instrumenten om WOR te monitoren en evalueren.

Procesevaluatie van WOR vinden meestal plaats op projectniveau aan de hand van indicatoren, zoals het aantal verwijzingen naar welzijnscoaches, het percentage verwijzingen per discipline, de reden voor verwijzing, het aantal deelnemers met verschillende indicaties of het percentage deelnemers dat 3 of 6 maanden na verwijzing nog deelneemt aan de welzijnsactiviteiten.^{16,17,18,24,33,43}

Kwantitatief onderzoek naar de effecten van WOR is schaars en is bovendien methodologisch niet sterk.^{10,40,47,48} Een uitzondering vormt een Engels gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met 161 patiënten in 26 *general practices*, dat onder meer een significante verbetering van gevoelens van angst en kwaliteit van leven vond.⁴⁹ [Bijlage 3] toont een totaaloverzicht van de resultaten van verschillende publicaties.

In het Verenigd Koninkrijk zijn meerdere systematische analyses van de (maatschappelijke) kosten en baten van *social prescribing*-projecten gedaan. Een voorbeeld is een analyse van *Social Return on Investment (SROI)*, waarbij is gekeken naar de impact op zelfmoordpreventie, verbetering in welbevinden,

Tabel 4

Succesfactoren en aanbevelingen voor samenwerking binnen WOR

Succesfactoren voor de samenwerking ^{8,11,17,20,43}	<ul style="list-style-type: none"> ■ Een goed omschreven rol- en taakverdeling voor alle betrokken professionals, waarbij de verschillende verantwoordelijkheden duidelijk zijn ■ Een intentieverklaring en/of samenwerkingsovereenkomst met betrokken partijen om de samenwerking te borgen ■ Laagdrempelig contact en korte lijnen met de welzijnscoaches ■ Persoonlijke samenwerking met een bekende en vertrouwde welzijnscoach ■ Tijdige en consequente terugkoppeling ■ Structureel overleg tussen welzijnscoaches met de POH's om op casusniveau de voortgang van deelnemers te bespreken
Aanbevelingen voor de samenwerking ^{8,17,43}	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zorg voor regelmatig contact tussen in het bijzonder welzijnscoaches en POH's ■ Verwijzers, welzijnscoaches en coördinatoren van welzijnsactiviteiten moeten regelmatig informatie over ontwikkelingen en ervaringen uitwisselen ■ Zorg voor afstemming van de informatievoorziening over het welzijnsaanbod en de mate van terugkoppeling; dit kan onder andere met behulp van een beveiligde website ■ Organiseer een bijeenkomst om ervaringen te delen; het is aan te raden om deelnemers en begeleiders iets te laten vertellen

toegenomen deelname aan vrijwilligerswerk en besparingen door terugkeer naar werk (*social savings* (£1,26). Opgeteld bij de besparingen voor de gezondheidszorg in 12 maanden (£0,43) is in het eerste jaar sprake van £1,69 return on investment voor elke £1 die is uitgegeven.⁴⁹

Er is veel anekdotisch, kwalitatief bewijs voor de positieve effecten van WOR.^{20,36,44,50,51} Deelnemers vertelden bijvoorbeeld dat ze een positievere en optimistischer kijk op hun leven hadden gekregen, meer sociale contacten hadden en meer het gevoel hadden de regie in handen te hebben. Zorgverleners gaven aan dat ze door WOR beter zijn gaan beseffen wat welzijnsactiviteiten kunnen betekenen voor patiënten.

De literatuur bevat ook beschrijvingen van diverse methoden voor *continue of periodieke monitoring* binnen WOR: dagboekjes, periodieke interviews, het bijhouden van de telefonische contacten met de deelnemers en een checklist voor evaluatie.

Samenwerking

Wil WOR effectief zijn, dan moet de samenwerking tussen verwijzers en welzijnscoaches goed verlopen. Hoewel de samenwerking in Nederland meestal als prettig en positief wordt ervaren, zien we dat zich vooral in de beginperiode problemen kunnen voordoen.^{17,18,43,24} Die hebben betrekking op:

- het niet volgen van de procedures en gemaakte afspraken rondom verwijzing en terugkoppeling;
- de complexiteit van de samenwerking met verschillende partijen, waarbij de onderlinge afhankelijkheid groot is, maar waar weinig ruimte/tijd voor afstemming en overleg is/wordt genomen;
- verschillen in werkwijze tussen wijken en gemeenten.

In [tabel 4] staan diverse succesfactoren en aanbevelingen voor de samenwerking, die gebaseerd zijn op de ervaringen in diverse Nederlandse gemeenten.

BESCHOUWING

Naar schatting heeft de helft van de patiënten in huisartsenpraktijken psychosociale problemen en bij een kwart van de huisartsenconsulten is psychosociale problematiek als reden geregistreerd.⁵⁵⁻⁵⁷ Verwijzing naar een welzijnscoach kan een

alternatief bieden als een medische of psychische oorzaak van de klachten is uitgesloten. In dit literatuuronderzoek keken we naar de essentiële bestanddelen van WOR.

Gestoeld op de uitgangspunten van de positieve psychologie, positieve gezondheid en de sociale identiteitstheorie wordt gestreefd naar een beter welbevinden en daling van zorggebruik en zorgkosten bij een doelgroep die vaak bij de huisarts op consult komt. Het gaat om patiënten met een langdurig ziektebeloop en vaak psychosociale klachten. Alle eerstelijnszorgverleners kunnen een welzijnsrecept voorschrijven. De ondersteuning van de welzijnscoach start met een intakegesprek, waarna coach en deelnemer samen naar een passende activiteit zoeken. Kwantitatief onderzoek naar de effecten van WOR is schaars en bovendien van zwakke methodologische kwaliteit. Anekdotisch, kwalitatief bewijs over de positieve effecten van WOR is vaker beschreven in de literatuur.

De huisarts is als medisch-generalist gericht op lichamelijke en psychische klachten, en passende medische zorg. Bij de doelgroep blijkt medische zorg echter niet altijd een oplossing te bieden voor de ervaren klachten. In dat geval kan de huisarts de patiënt na gezamenlijk overleg naar een welzijnscoach verwijzen. De huisarts blijft de constante factor voor de patiënt, maar zoekt binnen WOR een gezamenlijke aanpak buiten de huisartsenzorg. De inzet van de welzijnscoach vormt een aanvulling op het bestaande zorgaanbod en is niet gericht op het overnemen van taken en functies. Anders dan bij de POH-ggz is er geen sprake van behandeling of hulpverlening, maar krijgt de patiënt ondersteuning en begeleiding binnen het sociaal domein. De welzijnscoach is op de hoogte van (in-) formele netwerken en activiteiten in de wijk en kan hiernaar doorverwijzen.

Er bestaat een grote diversiteit aan initiatieven in binnen- en buitenland, zo blijkt uit ons literatuuronderzoek. Dat riep bij ons het beeld van 'duizend bloemen bloeien' op. Bovendien is er nog weinig onderzoek beschikbaar over de effecten van de interventie. Er zijn zowel cijfermatige resultaten nodig vanuit de praktijk, als ervaringsverhalen van professionals en patiënten. Tijdens een internationale netwerkconferentie over *social prescribing* in augustus 2019 werd dit als volgt geformuleerd: je

hebt harde gegevens nodig om de impact van WOR te monitoren, maar ook het verhaal van de mensen achter deze cijfers om te laten zien hoe de juiste ondersteuning het verschil in hun leven kan maken.⁵⁸

CONCLUSIE

We hebben ideeën over de essentiële bestanddelen van WOR vanuit zowel Nederlandse als buitenlandse literatuur systematisch in kaart gebracht. De doelgroep komt overeen met naar schatting de helft van de patiënten in huisartsenpraktijken: patiënten met psychosociale problematiek. Na verwijzing door een eerstelijnszorgverlener zoeken de welzijnscoach en deelnemer samen naar passende activiteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur, met als doel het sociale, emotionele en fysieke welbevinden te vergroten. Op dit moment is WOR in 83 Nederlandse gemeenten geïmplementeerd. Ons onderzoek biedt huisartsen die deelnemen aan een WOR-project, dan wel overwegen een welzijnsrecept voor te schrijven, concreet inzicht in en handvatten voor een succesvolle indicatiestelling, verwijzing, samenwerking, monitoring en evaluatie binnen WOR. ■

LITERATUUR

1. RIVM. Loketgezondleven.nl. Welzijn op recept. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015.
2. Heijnders ML, Meijs JJ. Welzijn op Recept. QuickScan 2019. Nieuwegein: Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, 2019.
3. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Preventief gezondheidsbeleid. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, vergaderjaar 2018-2019, 32793, nr. 403.
4. Heijnders ML, Meijs JJ. Handboek Welzijn op Recept. Zorg en welzijn maken samen het verschil. Houten: BSL, 2019.
5. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy* 2005;10 Suppl 1:21-34.
6. Walburg JA. Mentaal vermogen. Investeren in geluk. Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2008.
7. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
8. Heijnders ML, Meijs JJ. Welzijn op Recept – de uitdaging van samenwerken tussen zorg en welzijn. Nieuwegein: Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, 2018.
9. Polley MJ, Fleming J, Anifoloff T, Carpenter A. Making sense of social prescribing. London: London University of Westminster, 2017.
10. Kimberlee RH. Developing a social prescribing approach for Bristol. Bristol: University of the West of England, 2013.
11. Becker U. Evaluatieverslag pilot 'Welzijn op Recept gemeente Bergen'. Cuijk: RMC Radius, 2015.
12. Haslam C, Jetten J, Cruwys T, Dingle G, Haslam SA. The new psychology of health. *Unlocking the Social Cure*. London: Routledge, 2018.
13. Blickem C, Kennedy A, Vassilev I, Morris R, Brooks H, Jariwala P, 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:E48-E59.
14. Rempel ES, Wilson EN, Durrant H, Barnett J. Preparing the prescription: a review of the aim and measurement of social referral programmes. *BMJ Open* 2017;7:e017734.
15. Pomp MV, Smiesing J, De Groot K, Heijnders M. Effectstudie Welzijn op Recept. Studie naar zorggebruik, sociale participatie en kosten. Nieuwegein: ZonMw, 2015.
16. Reijnen L. Evaluatierapport pilot Welzijn op Recept. Mors en Stevenshof. Leiden: GGD Hollands Midden, 2017.
17. Van Steekelenburg E, Van Dijk A. Welzijn op Recept in Noordwijk. Evaluatie van de pilot. Noordwijk: GGD Hollands Midden, 2017.
18. Vissers D. Eindrapport Welzijn op Recept Delft. Pilot in twee huisartsenpraktijken in Delft 2013-2015. Delft: Zorgorganisatie Eerste Lijn, 2015.
19. Meije DP, Peterse A, Sinnema H. De match tussen bewoner en welzijnsactiviteit. Utrecht: Trimbos instituut, 2017.
20. Annegarn A. Evaluatie Welzijn op Recept onder huisartsenpraktijken in Amsterdam. Amsterdam: 1ste Lijn Amsterdam, 2016.
21. Kimberlee RH, Ward R, Jones M, Powell J. 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.
22. Langford K, Baeck P, Hampson M. More than medicine: new services for people powered health: people powered health. London: Nesta: Innovation Unit, 2013.
23. Project evaluatie WoR. Apeldoorn: Huisartsenpraktijk Sluisoordlaan, 2016.
24. Kamphuis G. Rapportage Welzijn op Recept (WoR) 4e kwartaal 2015. Proeftuin 'Welzijn op Recept' Pilot in Apeldoorn- Noord-Oost en de Dorpen. Apeldoorn: Stimenz, 2016.
25. Whitelaw S, Thirlwall C, Morrison A, Osborne J, Tattum L, Walker S. Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. *Prim Health Care Res Dev* 2017;18:112-21.
26. Bertotti M, Frostick C, Hutt P, Sohanpal R, Carnes D. 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* 2018;19:232-45.
27. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health* 2017;148:96-101.
28. Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health* 2015;129:286-89.
29. Heijnders ML, Meijs JJ. 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2018;19:223-31.
30. Friedli L, Themessl-Huber M, Butchart M. Evaluation of Dundee Equally Well Sources of Support: social prescribing in Maryfield. Evaluation report four. Dundee: Equally Well Dundee, 2012.
31. Dayson CB, Bennett E. Evaluation of Doncaster Social Prescribing Service: understanding outcomes and impact. Sheffield: Sheffield Hallam University, 2016.
32. Baker C, Loughren EA, Ellis L, Crone D. Arlfit Wiltshire Move On Groups Final Report. Gloucester: University of Gloucestershire, 2017.
33. Rijcken R. Jaar rapport Welzijn op recept. Vianen: Stichting Welzijn Vianen, 2017.
34. Annegarn A. Evaluatie wijkzorg huisartsenpraktijken. Amsterdam: 1ste Lijn Amsterdam, 2017.
35. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res* 2017;17:835.
36. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clin-

- ical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health* 2018;10:97-123.
37. Fuller M. Patient empowerment: a prescription for success. *Trends Urol Mens Health* 2017;8:32-3.
 38. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health* 2018;138:28-38.
 39. Mossabir R, Morris R, Kennedy A, Blickem C, Rogers A. 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;23:467-84.
 40. Bragg R, Leck C. Good practice in social prescribing for mental health: the role of nature-based interventions. York: atural England, 2017.
 41. Bertotti M, Frostick C, Tong J, Netuveli G. The Social Prescribing service in the London Borough of Waltham Forest final evaluation report. London: Institute for Health and Human Development University of East London, 2017.
 42. Hutt DP. Social prescribing: a new medicine? *InnovAiT* 2016;10:90-5.
 43. Reijnen L. Evaluatierapport pilot Welzijn op recept Zoeterwoude. Zoeterwoude: GGD Hollands Midden: Zoeterwoude, 2017.
 44. Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. 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:e015203.
 45. Dayson C. Evaluating social innovations and their contribution to social value: the benefits of a 'blended value' approach. *Policy Politics* 2017;45:395-411.
 46. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7:e013384.
 47. Polley MB, Pilkington K, Refsum C. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. Westminster: University of Westminster, 2017.
 48. Kinsella S, Laing C, Johnstone F, Murray B, Jones N. Social prescribing: a review of the evidence. Wirral: Wirral Council Business & Public Health Intelligence Team, 2015.
 49. Kimberlee R. Gloucestershire Clinical Commissioning Group. Social prescribing service: evaluation report. Gloucester: University of the West of England, 2016.
 50. Heijnders ML, Meijs JJ, De Groot CM. Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten. Kwalitatief deelonderzoek. *Bijblijven* 2015;31:926-34.
 51. Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, Raine G, Eaton V, Davis J, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res* 2018;18:604.
 52. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ* 2000;320:419-23.
 53. University of York. Centre for Reviews and Dissemination. Evidence to inform the commissioning of social prescribing. York: The University of York: Centre for Reviews and Dissemination, 2015.
 54. Willcocks J. Creative solutions: what can art and design pedagogy bring to social prescribing programmes? *Spark: UAL Creat Teach Learn J* 2017;2:39-44.
 55. Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state. *Br J Gen Pract* 2008;58:694-8.
 56. Rosenberg E, Lussier MT, Beaudoin C, Kirmayer LJ, Dufirt GG. Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:322-7.
 57. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Regie aan de poort. Deel 3: geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2012.
 58. *ZorgenZ... Zorg in de Praktijk. Welzijn op Recept: lessen uit Engeland. ZorgenZ*, 2019.

Mesman R, Ranke S, Groenewoud S, Heijnders M. Essentiële bestanddelen van Welzijn op Recept. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0850-z. Radboudumc, Scientific Center for Quality of Healthcare [IQ healthcare], Nijmegen: dr. Roos Mesman, onderzoeker en zelfstandig organisatieadviseur, roos.mesman@radboudumc.nl; S. Ranke MSc, junior onderzoeker; dr. Stef Groenewoud, senior onderzoeker en projectleider. Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, Nieuwegein, dr. Miriam Heijnders, coördinator. Radboudumc, UKON [Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen], Nijmegen: S. Ranke MSc, netwerkcoördinator. Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is mede mogelijk gemaakt met subsidie van VWS.

ABSTRACT

Introduction 'Welzijn op Recept' [social prescribing] is an intervention in which primary care providers refer patients with psychosocial problems to a community well-being organisation. The objective is to enhance the participants' quality of life by helping them re-engage in activities and create new social contacts.

Method A realist review was conducted to explore the essential components of 'Welzijn op Recept'.

Results The literature we found was predominantly focused on interventions in the UK and the Netherlands and contained information on: the perspectives for social prescribing (e.g. positive health), goals (enhancement of wellbeing, optimisation of health care use and costs), target groups and their background, the referral process and collaboration between GP's and social workers, the role of the link worker or 'welzijnscoach', activities for participants, monitoring and evaluation.

Conclusion The target group of 'Welzijn op Recept' corresponds with roughly 50% of GP patients. Our article provides insight into essential components and practical tools for implementation. More robust research into the effects of 'Welzijn op Recept' can improve the sustainability of the intervention.

Bijlage 1 Genoemde doelen in de Nederlandse evaluaties

Type doel	Niveau doel	Beschreven doel	Referenties
Hoofd	Individueel	Het welbevinden verhogen van mensen die met psychosociale klachten en/of onbegrepen lichamelijke klachten bij de huisarts komen	1,2-7
Project	Individueel	Het verbeteren van de kwaliteit van leven en welbevinden van de betreffende patiënten	5,8
Project	Systeem	Het verminderen van zorggebruik van patiënten met psychosociale klachten	5-7
Project	Systeem	Het aanbod voor patiënten verbeteren die met psychosociale problemen bij de huisarts op het spreekuur komen	1,5
Operationeel	Systeem	De professionals van de eerstelijnsvoorziening kennen het welzijnsaanbod waarnaar verwezen kan worden	1,9
Operationeel	Individueel	Deelnemers hebben hun mentale gezondheid en veerkracht zelf actief verbeterd	1,6
Operationeel	Systeem	Professionals van de eerstelijnsvoorziening en de welzijnsorganisatie benaderen elkaar en verwijzen naar elkaar op basis van een samenwerkingsovereenkomst, met daarin onder andere een standaardprocedure voor verwijzing, terugkoppeling en resultaatafspraken	1,5-7,9
Operationeel	Systeem	Er is een interventieaanbod ontwikkeld op basis van de 6 principes van duurzaam geluk, waar mogelijk evidence-based	1,9
Operationeel	Systeem	Het is duidelijk welke interventies binnen het interventieaanbod bij welke problemen horen	1,3,7
Operationeel	Systeem	Er is voldoende vertrouwen bij de zorgverlener om naar de welzijnsorganisatie te verwijzen	1,3
Operationeel	Systeem	Ten minste 50 cliënten krijgen een verwijzing naar een voor hen geschikte welzijnsinterventie	9
Operationeel	Systeem	Bij 30 cliënten wordt een voor- en nameting gedaan om het welbevinden en zorggebruik te meten	9
Operationeel	Systeem	Het inrichten, ontwikkelen en formuleren van de functie van welzijnscoach	9

Type doel verwijst naar hetgeen waarop het doel van toepassing is: het hoofddoel van WOR (hoofd), een WOR-project (project), de uitvoering van WOR in de praktijk (operationeel).

Niveau doel verwijst naar het niveau waarop het doel is geformuleerd: doelen die betrekking hebben op het individu (individueel) en doelen die betrekking hebben op (de organisatie van) zorg en welzijn (systeem).

LITERATUUR

- Ploegmakers M. Welzijn op recept. Interventiebeschrijving. Utrecht: Movisie, 2015.
- Pomp MV, Smiesing J, De Groot K, Heijnders M. Effectstudie Welzijn op Recept. Studie naar zorggebruik, sociale participatie en kosten. Nieuwegein: ZonMw, 2015.
- Reijnen L. Evaluatierapport pilot Welzijn op recept. Mors en Stevenshof. Leiden: GGD Hollands Midden, 2017.
- Reijnen L. Evaluatierapport pilot Welzijn op recept Zoeterwoude. Zoeterwoude: GGD Hollands Midden, 2017.
- Rijcken R. Jaar rapport Welzijn op recept. Vianen: Stichting Welzijn Vianen, 2017.
- Van Steekelenburg E, Van Dijk A. Welzijn op Recept in Noordwijk. Evaluatie van de pilot. Noordwijk: GGD Hollands Midden, 2017.
- Dijkstra M. Tussenevaluatie project Welzijn op Recept periode september 2015-juli 2016. Schiedam, 2016.
- Huiden S. Welzijn voor Elkaar. Houten: Van Houten & Co, 2017.
- Vissers D. Eindrapport Welzijn op Recept Delft. Pilot in twee huisartsenpraktijken in Delft 2013-2015. Delft: Zorgorganisatie Eerste Lijn, 2015.

Bijlage 2 Overzicht van de WOR-activiteiten

Activiteit	n	Activiteit	n
Bewegen en sporten			
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
Natuur			
Wandelen of fietsen in de natuur	5	Tuinactiviteiten voor kinderen begeleiden	2
Moestuinen	5	Imkercursus	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		
Ontspannen en zingeving			
Yoga en qigong	5	Cursus ontspannen	2
Mediteren/mindfulness	4	Activiteiten opvoedingsondersteuning	4
Rouwbegeleiding	4	Lotgenotencontact	4
Training omgaan met stress	4	Gesprek met consulent over levensvragen	3
Gezamenlijk een boodschap doen	5	Gesprek met ervaringsdeskundige psychiatisch inloophuis	3
Assertiviteitstraining	3	Verwendag kapsalon met manicure	1
Contacten met anderen onderhouden/anderen ontmoeten			
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
Groepsactiviteiten			
Computerinloop	7	Individuele computerbegeleiding	1
Taal, lezen en schrijven	5	iPad-cirkel	1
Geheugentraining	3	Wijkbus	1
Boekbespreking	3	Bingo	1
(Nieuwe) talen leren	4	Kaarten	1
Samen lees- en voorleesclubs	3		
Koken en samen eten			
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
Marsepeinen figuren maken	1	Eet-date bij je thuis	1
Culturele activiteiten			
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		
Crisis- of hulpverlening			
Mantelzorgondersteuning	7	Mantelkring	1
Afspraak met poh of ggz	6	Telefooncirkel	1
AMW	1	Budgetkring	1

Bijlage 3 Overzicht van effecten in de literatuur

Auteur [jaartal publicatie]	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Thomson [2018] ¹	Evaluatie museum- based social pres- cription interventi- on. Multivariate analyse (n = 115)	Museum Wellbeing Measure for Older Adults [MWM-OA]	n.v.t.	n.v.t.	Significante verbeteringen bij deelnemers voor alle zes MWM-OA emoties
Woodall [2018] ²	324 deelnemers voor- en nameting welbevinden + 26 semigestructureer- de interviews	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> • verbeteringen in welbevinden • verbetering van ervaren gezondheid • verbetering van sociale verbondenheid • reductie gevoelens van angst • positievere en optimistischer kijk op hun leven • geen duidelijke conclusies mogelijk over reductie van toekomstige toe- gang tot primary care
Chatterjee [2018] ³	Systematische eva- luatie van 86 social prescribing-initia- tieven	Divers, onder andere: eigenwaarde en zelfvertrouwen mentaal welbevinden positieve gemoeds- toestand angst, depressie en negatieve gemoeds- toestand	Bezoeken aan ge- neral practitioners, verwijzende gezond- heidszorg-professi- onals en eerste- en tweedelijnszorg	n.v.t.	<p>Baten genoemd door deelnemers en verwijzers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toename in eigenwaarde, gevoel van invloed en empowerment • verbetering in psychisch of mentaal welbevinden en een positieve gemoedstoestand • reductie in angst en/of depressie en negatieve gemoedstoestand • verbetering in fysieke gezondheid en leefstijl • toename in sociability, communicatieve vaardigheden en sociale con- tacten • reductie in sociale isolatie en eenzaamheid, steun voor mensen die lastig te bereiken zijn • verbetering in motivatie en betekenisvol leven, hetgeen leidt tot hoop en optimisme • verwerven van leren, nieuwe interesses en vaardigheden • reductie van bezoeken aan general practitioners, verwijzende gezond- heidszorgprofessionals en eerste- en tweedelijnszorg • general practitioners hebben de beschikking gekregen over diverse holi- stische opties die de medische zorg kunnen aanvullen
Polley [2017] ⁴	Systematische literatuurreview	n.v.t.	vraag naar general practitioner services Accident and Emergency (A&E) attendances vraag naar andere secondary care services	Kosten [Social] Return on Investment [S](ROI)	<p>7 onderzoeken naar het effect op de vraag naar General Practice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemiddeld 28% reductie in vraag naar GP services • resultaten varieerden van 2 tot 70% <p>Onderzoeken naar het effect op Accident and Emergency (A&E) attendances:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemiddelde daling van 24% • resultaten varieerden van 8% tot 26,8% <p>Onderzoeken naar het effect op de vraag naar andere secondary care services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 onderzoek: statistisch significante daling in verwijzingen naar secon- dary care na 12 maanden (55%) en na 18 maanden (64%) • 1 onderzoek: verdubbeling van de waarschijnlijkheid van verwijzing naar secondary mental health care • 3 onderzoeken: daling in emergency hospital admissions (respectievelijk 7%, 6% en 33,6%) • 1 onderzoek met een raming van reductie in vraag: 0,1 consultant psychiatrists per jaar per patiënt en 0,2 Community Mental Health Team nurse consultations per jaar per patiënt <p>8 onderzoeken over value for money en kosten-batenanalyses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jaarlijkse Return on Investment variërend van 0,11 in het eerste jaar tot 0,43 • 1 RCT: hogere kosten van zorg per patiënt in de interventiegroep vergele- ken met de controlegroep • Social Return on Investment (SROI): gemiddeld £2,30 per geïnvesteerde £1 in het eerste jaar

Auteur [jaartal publicatie]	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Fuller (2017) ⁵	Evaluatie Patient Empowerment Project (PEP): evaluatie op 3 momenten	Divers, onder andere: HbA1c-scores en reductie in hypertensie welbevinden en zelfmanagement angst en zelfgerapporteerde self-efficacy vertrouwen in managen aandoeningen roken gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	keuze community based solutions versus gezondheidszorg no show afgeronde primary care appointments frequente bezoeken	Kosten per QALY	<p>Evaluatie na 1 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> statistisch significante verbetering in gemiddelde scores van welbevinden [Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS)]. statistisch significante verbetering in scores van Office of National Statistics wellbeing positieve beweging in EQ-5D-5L gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven-scores voor zowel zelfmanagement als depressie. 80% van de deelnemers gaf aan eerder voor community based solutions te kiezen dan voor de gezondheidszorg het percentage dat 'geheel niet zeker' antwoordde op de vraag 'hoe zeker ben je dat je andere dingen kan doen dan alleen medicijnen slikken om de invloed van jouw ziekte op jouw dagelijks leven te reduceren?' daalde van meer dan 50 tot lager dan 20% <p>Evaluatie na 2 jaar [1411 patiënten verwezen] en 3e meetmoment:</p> <ul style="list-style-type: none"> verbeteringen in diabetescontroles: reductie in HbA1c-scores en reductie in hypertensie statistisch significante daling in 'no show' en afgeronde primary care appointments na 9 en 12 maanden volgend op de interventie daling frequente bezoeken verbetering in zelfgerapporteerd welbevinden en zelfmanagement met verbeteringen in geluk en tevredenheid op ieder meetmoment significante verbetering in door deelnemers gerapporteerd vermogen om hun aandoening zelf te managen angst- en gezondheidsgerelateerde self-efficacy verslechterde bij de derde evaluatie vertrouwen in het managen van langetermijnaandoeningen was hoger op alle meetmomenten deelnemers rapporteerden hogere niveaus van vertrouwen in het managen van alle medische aandoeningen, inclusief hun vermogen om af te wegeen wanneer ze een dokter moesten bezoeken of wanneer ze hun medicatie moesten nemen om hun aandoening te managen deelnemers gaven aan dat deelname hen heeft geholpen om hun gezondheid beter te managen het deel van de patiënten dat aangaf te roken nam ieder meetmoment af [gedaald van 31% bij de eerste evaluatie tot 23% bij de derde evaluatie] verbeteringen in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werden bij ieder meetmoment gerapporteerd kosten per QALY beneath the NICE threshold [£19.842]. Limitations in data collection do not support a robust cost-effectiveness analysis
Carnes (2017) ⁶	Mixed methods evaluation van een social prescribing service	Divers, onder andere: algemene gezondheid depressie angstgevoelens 'positive and active engagement in life'	General practitioner consultation rates	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> na 8 maanden geen verschillen tussen patiënten die verwezen zijn naar social prescribing en de controlegroep als het gaat om algemene gezondheid, depressie, angstgevoelens en 'positive and active engagement in life' de kwalitatieve gegevens tonen krachtige verhalen over de impact van social prescribing op enkele patiënten Social prescribing-patiënten hadden hoge general practitioner consultation rates en die namen af in het jaar na verwijzing
Baker (2017) ⁷	Evaluatie kunstactiviteiten (focusgroep [n = 15])	Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)	n.v.t.	n.v.t.	<p>Kwalitatieve gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> deelname draagt bij aan een groter gevoel van geluk, onafhankelijkheid en zelfvertrouwen deelnemers deelden een sterke behoefte om kunstactiviteiten in groepsverband voort te zetten <p>Kwantitatieve gegevens: betekenisvolle verschillen WEMWBS bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> het eerste Artlift-programma (stijging van 3,9) hernieuwde verwijzing (stijging van 4,5) het eerste Artlift-programma en langetermijnfollow-up (stijging van 4,6)

Auteur [jaartal publicatie]	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Bertotti [2017] ⁹	Evaluatie social prescribing in de Londense wijk Waltham Forest [n = 48]	welbevinden, onder andere Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale [WEMWBS] kwaliteit van leven Patient Activation Measure [PAM]	GP-bezoeken A&E-bezoeken	Social Return on Investment [SROI]	<ul style="list-style-type: none"> statistisch significante verbeteringen in welbevinden en kwaliteit van leven. Laatstgenoemde vooral met betrekking tot vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren en reductie van gevoelens van angst of depressie follow-upanalyse Short Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale [SWEMWBS]: bescheiden verbetering van welbevinden, echter niet statistisch significant Patient Activation Measure [PAM]: bijna 30% van de respondenten steeg van niveau 1 tot niveaus 2 en 3 [statistisch significante stijging [nulmeting n = 96 en nameting n = 45]]; ongeveer 10% had een stijging van 2 niveaus van nulmeting naar nameting en 10% steeg 1 niveau respondenten rapporteerden een statistisch significante daling van GP-bezoeken [3 keer minder vergeleken met de baseline] respondenten rapporteerden een kleine toename in A&E-bezoeken SROI: tussen £1,09 en £1,92, dus voor elke geïnvesteerde £1 in social prescribing, is de Social Return on Investment waarschijnlijk tussen £1,09 [£0,09 higher than the initial investment] en £1,92 [£0,92 higher than the initial investment]
Loftus [2017] ⁹	Onderzoek naar social prescribing initiatief met 68 patiënten	nee	GP contacts Herhaalrecepten	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> geen statistisch significant verschil in GP-contacten [bezoeken aan GP, visites of telefonische consulten] tussen verwijzing en na afronding van 12 weken deelname aan een SP-activiteit geen statistisch significant verschil in het aantal nieuwe herhaalrecepten tussen verwijzing en na afronding van 12 weken deelname aan een SP-activiteit Geen statistisch significant verschil in het totale aantal herhaalrecepten tussen verwijzing en 6-12 maanden na deelname aan de SP-activiteit
Bragg [2017] ¹⁰	Onderzoek naar Good practices	n.v.t.	opnamen Outpatient-afspraken non-elective inpa- tient episodes non-elective inpa- tient spells A&E attendances	potentiële kos- tenbesparing Return on Invest- ment	<p>Rotherhams Social Prescribing initiative (n = 559):</p> <ul style="list-style-type: none"> reductie opnamen [-21%] Outpatient-afspraken [-21%] A&E attendances [-20%] potentiële kostenbesparing ingeschat tussen £1,41 en £3,38 voor elke geïnvesteerde £1 voorkomen NHS kosten voor de volle 3 jaar ingeschat op een jaarlijkse return van 33 pence voor elke geïnvesteerde £1; de ingeschatte Return on Investment als resultaat van verbeteringen in welbevinden voor de volle 3 jaar: tussen 78 pence en 85 pence voor elke geïnvesteerde £1 <p>Recentere evaluatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> non-elective inpatient episodes [-7%] non-elective inpatient spells [-11%] A&E attendances [-7%] jongere deelnemers hadden grotere reductie in hun gebruik van acute zorg dan ouderen de deelnemers die actief na afloop bleven lieten de grootste veranderingen zien <p>Wellspring Healthy Living Centre: Return on Investment van £2,90 voor elke geïnvesteerde £1</p>
Bickerdike [2017] ¹¹	Literatuuronderzoek	divers	n.v.t.	Diverse kosten	<p>Bevindingen uit andere onderzoeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> gezondheid en welbevinden: verbeteringen gerapporteerd op de korte termijn, maar lastig te kwantificeren en onmogelijk om statistische significantie te bepalen totale gemiddelde kosten hoger in de interventiegroep [£153] vergeleken met de controlegroep [£133] geen statistisch significante verschillen tussen de financiële en environmental costs van zorggebruik tussen de interventie- en controlegroep 12 maanden gegevens van 108 patiënten verwezen voor social prescribing: reductie van total NHS costs van £552.189 [gegenereerd door het vermenigvuldigen van de ingeschatte kostenreductie per patiënt met het totale aantal verwijzingen (n = 1118) in 2 jaar van het programma. Deze schatting is vergeleken met total estimated input costs van £1,1 miljoen Inschatting total running costs van £83.144 voor 1 jaar
Moffat [2017] ¹²	Kwalitatief onder- zoek naar ervaringen van deelnemers	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	<p>Semigestructureerde interviews met 30 deelnemers:</p> <ul style="list-style-type: none"> SP-programma riep gevoelens van controle en zelfvertrouwen op reductie in sociale isolatie positieve fysieke en gedragsveranderingen, zoals gewichtsafname, toegenomen fysieke activiteit, verbeterde psychische gezondheid, verbeterd management van aandoening, toegenomen veerkracht en effectieve coping-strategieën om terugval te managen

Auteur (jaartal publicatie)	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Dayson (2016) ¹³	Baten van Social Prescribing Service Doncaster (interviews, zelfevaluatie [n = 292], quality of life survey [n = 215])	Health Related Quality of Life (HRQL) Quality Adjusted Life Years (QALYs)	GP visits A&E visits ziekenhuisopnamen	kosten per Quality Adjusted Life Years (QALYs) return on investment	<ul style="list-style-type: none"> positieve impact op gezondheid en welbevinden: bijna alle verwezen mensen hadden een stijging in hun health related quality of life (HRQL) verbeteringen in social connectedness en financieel welbevinden in de 3-6 maanden na deelname meerderheid rapporteerde afname van GP-bezoeken geen waarneembaar effect op secondary care, omdat de meerderheid van de verwezen mensen geen frequente A&E-bezoekers zijn of opnamen hadden SP heeft geleid tot een ingeschat additional 91,7 Quality Adjusted Life Years (QALYs) in de 3-6 maanden na deelname dit leidt tot £1,963 kosten per QALY – veel lager dan de NHS cost-effectiveness threshold (£20.000-£30.000). deze toename in QALY vertaalt zich in gezondheidsvoordelen ter waarde van £1.834.000 en betekent dat SP voor elke £1 van gezondheid- en welzijnsfinanciering voor de ondersteuning van kwetsbare groepen meer dan £10 baten oplevert in termen van betere gezondheid, op de korte termijn naast kwantificeerbare gezondheidsbaten creëert de service bredere sociale en economische baten op het gebied van (vrijwilligers)werk
Roseboom (2016) ¹⁴	Evaluatie Welzijn op Recept Lewenborg (nulmeting, naming, vragenlijst)	Divers: onder andere duurzaam geluk en verkorte versie van de MHC-SF2 (welbevinden) en de SMAS-F3 (zelfredzaamheid)	n.v.t.		<p>Pijlers van duurzaam geluk:</p> <ul style="list-style-type: none"> nulmeting (n = 90): ruim een derde van de deelnemers (38%) geeft een 1 of een 2 op de pijler 'interactie met anderen', wat betekent dat zij ontevreden zijn over de mate waarin zij contacten met anderen hebben; van de deelnemers scoort 60% een 4 of 5 op de pijler 'geluk delen', wat betekent dat zij tevreden zijn over de mate waarin zij hun geluk met anderen kunnen delen nameting (n = 47): gemiddeld waarderingscijfer is voor 5 van de 6 pijlers gestegen met minimaal 0,5 punt. Alleen het gemiddelde waarderingscijfer voor de gezonde leefstijl is nagenoeg gelijk gebleven. Overall gezien is 79% van de deelnemers er met betrekking tot de 6 pijlers van geluk op vooruitgegaan; het lijkt er daarmee op dat de deelname aan Welzijn op Recept de kwaliteit van het leven van de deelnemers heeft doen toenemen <p>Welbevinden en zelfredzaamheid (aanvullende vragenlijst):</p> <ul style="list-style-type: none"> nulmeting: de gemiddelde score op de MHC-SF (welbevinden) was 2,41 Eindmeting: de gemiddelde score op de MHC-SF (welbevinden) was 2,50; beide scores liggen onder de normscore 2,98, die geldt voor de Nederlandse bevolking de scores op de subschaal 'Emotioneel Welbevinden' van de MHC-SF namen relatief het meest toe: van 2,35 (nulmeting) naar 2,75 (eindmeting); zowel de begin- als de eindscore liggen beduidend lager dan de landelijke normscore van 3,67 SMAS-S: 51,42 gemiddeld in de nulmeting en 50,24 bij de eindmeting statistisch significante stijging in gerapporteerde WEMWBS-scores van de nulmeting tot follow-up duidelijke reductie in het aantal encounters with GP services, maar de beschikbare gegevens zijn beperkt; gekeken naar 1147 patiënten: daling van 21% in de 6 maanden na verwijzing vergeleken met de 6 maanden daarvoor; aantal GP home visits nam af met 26% en het aantal GP telephone calls met 6% 12 maanden gemodelleerde besparingen: Return on Investment van 43 pence voor elke £1 die is uitgegeven gekeken naar de impact van de service op zelfmoordpreventie, verbetering in welbevinden, toegenomen vrijwilligerswerk en besparingen door terugkeer naar werk (social savings); opgeteld bij de besparingen voor de gezondheidszorg in 12 maanden: in het eerste jaar is er £1,69 (health £0,43, social £1,26) Return on Investment voor elke £1 die is uitgegeven
Kimberlee (2016) ¹⁵	Gloucestershire's social prescribing service (n = 2047 patients)	Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)	Encounters with GP services GP home visits GP telephone calls	(Social) return on Investment (S) (ROI)	<ul style="list-style-type: none"> statistisch significante stijging in gerapporteerde WEMWBS-scores van de nulmeting tot follow-up duidelijke reductie in het aantal encounters with GP services, maar de beschikbare gegevens zijn beperkt; gekeken naar 1147 patiënten: daling van 21% in de 6 maanden na verwijzing vergeleken met de 6 maanden daarvoor; aantal GP home visits nam af met 26% en het aantal GP telephone calls met 6% 12 maanden gemodelleerde besparingen: Return on Investment van 43 pence voor elke £1 die is uitgegeven gekeken naar de impact van de service op zelfmoordpreventie, verbetering in welbevinden, toegenomen vrijwilligerswerk en besparingen door terugkeer naar werk (social savings); opgeteld bij de besparingen voor de gezondheidszorg in 12 maanden: in het eerste jaar is er £1,69 (health £0,43, social £1,26) Return on Investment voor elke £1 die is uitgegeven
Annegarn (2016) ¹⁶	Evaluatie welzijn op recept Amsterdam (interviews)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	<p>5 interviews met zorgverleners:</p> <ul style="list-style-type: none"> alle geïnterviewden hebben wel het idee dat mensen blijer zijn en 'beter in hun vel' zitten een afname van fysieke klachten of frequentie van consulten bij de huisartsenpraktijk zien zij over het algemeen (nog) niet door het werken met Welzijn op Recept beter bekend met wat welzijn kan doen voor patiënten, waardoor ze ook mensen die geen intensieve begeleiding nodig hebben bij het kiezen van een activiteit, meer zijn gaan wijzen op de mogelijkheden van welzijnsactiviteiten of het doen van vrijwilligerswerk

Auteur [jaartal publicatie]	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Heijnders [2015] ¹⁷	Interviewonderzoek met deelnemers Welzijn op Recept in Nieuwegein	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> 10 interviews met deelnemers Welzijn op Recept in Nieuwegein: het [weer] opdoen van positieve ervaringen nieuwe mensen leren kennen meer gaan bewegen en je hier goed bij voelen lets hebben om naar uit te kijken weer meer eigen regie hebben zelfstandiger worden weer toekomstperspectief hebben verbetering wat betreft gezondheid ervaren toegenomen sociale participatie [vooral in de domeinen recreatieve activiteiten en vrijwilligerswerk]
Morton [2015] ¹⁸	Evaluatie van het aanbod van gratis cursussen [n = 136]	The General Self-Efficacy Scale [GSE] Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale [WEMWBS] Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]	n.v.t.	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> GSE: statistisch significante stijging in self-efficacy WEMWBS: statistisch significante toename van welbevinden HADS: statistisch significante reductie van anxiety en depressie <p>Resultaten anonieme feedbackformulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> deelname gaf gevoel van zinvol bezig zijn baten van socialiseren meer zelfvertrouwen meer betrokken bij de gemeenschap
Kimberlee [2015] ¹⁹	Evaluatie social pre- scribing-projecten	Divers, onder andere: Friendship Scale IPAQ items for mo- derate exercise Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale [WEMWBS] General Anxiety Disorder-7 [GAD-7] PHQ-9 Office for National Statistics [ONS] well being indicators	GP attendance rates	Kosteneffectivi- teitsratio's Besparing zelf- moordpreventie	<p>Resultaten van een SP holistic project 3 maanden na de interventie (n = 70):</p> <ul style="list-style-type: none"> een significante verbetering op de Friendship Scale een significante verbetering van IPAQ-items for moderate exercise 69% rapporteerde een stijging van SWEMWB-score een significante verbetering van GAD7 een significante verbetering van PHQ9 een significante verbetering van ONS Wellbeing measures <p>Evaluatie SP signposting-project:</p> <ul style="list-style-type: none"> 70% van de verwezen patiënten had contact met een link worker en 91% van hen formuleerde doelen; 41% van de deelnemers die doelen formuleerde heeft deze ook behaald 69% rapporteerde een stijging van SWEMWB-score 64% behaalde een toename in vertrouwen om hun aandoening te managen Voor 6 van de 10 patiënten trad een reductie in GP attendance rates op in de 6 maanden na de interventie, vergeleken met de 6 maanden daaraan voorafgaand (n = 37); voor 26% bleef het onveranderd en voor 14% nam het zelfs toe <p>Kosten-baten:</p> <ul style="list-style-type: none"> als simpelweg wordt gekeken naar de personele kosten per patiënt variëren de kosteneffectiviteitsratio's van £223,74 tot £833 voor elke patiënt in een SP holistic-project andere invalshoek: voorkomen dat patiënten in neerwaartse spiraal terechtkomen; onderzoek naar zelfmoordpreventie: naar schatting £66.797 per jaar per persoon op arbeidsleeftijd bespaard als zelfmoord wordt uitgesteld [14% van de kosten is gerelateerd aan AGE attendance en medische of chirurgische zorg, maar meer dan 70% van de kosten komt voort uit follow-up in de geestelijke gezondheidszorg]

Auteur [jaartal publicatie]	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Mossabir [2015] ²⁰	Scoping review	General Health Questionnaire-12	Afspraken/contacten met GPs and other practice staff Mean number of consultations with a psychosocial aspect Primary care atten- dance Verwijzingen Sociale issues die tijdens de consulten aan de orde worden gebracht Proportion of pa- tients with prescrip- tions for psychot- ropic medicine Aantal medicijnen Recepten	n.v.t.	<p>Bevindingen uit andere onderzoeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij de nulmeting hadden 4/5 van de patiënten 2 (+) scores for mental or emotional distress op de General Health Questionnaire-12; na de interventie was dit gehalveerd • significante reductie in afspraken met GPs and other practice staff en mean number of consultations with a psychosocial aspect 3 maanden na de interventie • patiënten en practice staffs rapporteerden een afname in primary care attendance, vooral van hoogfrequente bezoekers en een afname in sociale issues die tijdens de consulten aan de orde worden gebracht • gelijke aantallen primary care contacts in de controlegroep versus de interventiegroep • contacten met GP's bleven hetzelfde • significante reductie proportion of patients with prescriptions for psychotropic medicine (verschil = 15,8%) 3 maanden na de interventie • patiënten rapporteerden een daling in het aantal medicijnen dat werd ingenomen, vooral antidepressiva, omdat ze zich zekerder voelden om met sociale problematiek om te gaan • interventiegroep ontving meer recepten voor medicatie, vooral psychofarmaca • minder verwijzingen naar andere zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg • significante stijging in het aantal verwijzingen naar mental health services in de interventiegroep (van 8% tot bijna 20%)
Weld [2015] ²¹	Evaluatie van een social prescri- bing-project	n.v.t.	GP attendance verwijzing naar secondary mental health services	Social Return on Investment [SROI]	<ul style="list-style-type: none"> • aantal deelnemers dat een afname in GP attendance rapporteerde: 40 (= 50%) • preventie van verwijzing naar secondary mental health services: 3 (= 5%) • SROI analysis found that the net SROI ratio which takes account of the amount invested is 1:2.73. This means that the SROI analysis estimates that for every £1 spent on Healthy Connections there is £2.73 of social value created. • de totale impactwaarde voor de 79 deelnemers die de interventie hebben ondergaan in de eerste 15 maanden is £109.009,55; hoewel de deelnemers het meest profiteren van de waarde (67%), is er ook een substantiële meerwaarde gecreëerd voor de lokale NHS services (10%), de lokale overheid (10%) en het brede fiscale systeem door besparingen met betrekking tot Employment and Support Allowance (10%) en For All Healthy Living Centre (FAHLC) (3%)
Kamphuis [2015] ²² Kinsella [2015] ²³	Evaluatie welzijn op recept Noord-Oost Evaluatie van social prescribing-initia- tieven	Geluksfactor Divers, onder andere: positieve gevoelens managen van symp- tomen	n.v.t. A&E attendances Outpatient appoint- ments Inpatient admissions	n.v.t. Return on invest- ment Kosteneffecti- viteit	<p>Vooruitgang geluksfactor gemiddeld van 1,4 punt (start gemiddeld 5,4)</p> <p>Resultaten Rotherhams Social Prescribing initiative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 83% had positieve verandering ervaren in minstens 1 uitkomst (bijvoorbeeld zich positief voelen, managen van symptomen, enzovoort) (n = 280) • reductie A&E attendances met 20% in het 12-maandencohort en 12% in het 6-maandencohort; reductie was nog groter voor patiënten die waren doorverwezen naar activiteiten die specifiek gefinancierd werden door het initiatief (en dus niet al bestaande activiteiten): 24% in het 12-maandencohort en 16% in het 6-maandencohort (n = 559) • reductie van outpatient appointments van 21% in het 12-maandencohort en 15% in het 6-maandencohort; voor patiënten die waren doorverwezen naar activiteiten die specifiek gefinancierd werden door het initiatief: 29% in het 12-maandencohort en 4% in het 6-maandencohort (n = 559) • reductie van inpatient admissions van 21% in het 12-maandencohort en 14% in het 6-maandencohort; voor patiënten die waren doorverwezen naar activiteiten die specifiek gefinancierd werden door het initiatief: 25% in het 12-maandencohort en 22% in het 6-maandencohort (n = 559) • kosteneffectiviteit: initiële investering van £1m en ingeschat dat de kosten voor 1 jaar uitvoering na 18-24 maanden zou worden teruggewonnen • inschatting dat de potentiële kostenbesparingen na 18-14 maanden tussen £1,41 en £3,38 liggen voor elke geïnvesteerde £1; NB: steekproef niet geschikt voor berekening van statistische significantie
Visser [2015] ²⁴	Evaluatie welzijn op recept in Delft (n = 30)	MHC-SF-schaal	zorggebruik binnen het gezondheids- centrum aantal huisartsen- consulten vanwege psychosociale problematiek	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none"> • bij 30 cliënten is na de welzijnsinterventie een toename van welbevinden van gemiddeld 25% gemeten • het gevoel van welbevinden is na deelname toegenomen met 49,9% • deelnemers zijn tevreden over de welzijnsarrangementen en voelen zich beter en gelukkiger • het zorggebruik binnen het gezondheidscentrum van de 30 cliënten daalt met gemiddeld 20% • het aantal huisartsenconsulten vanwege psychosociale problematiek is met 56,5% afgenomen

Auteur (jaartal publicatie)	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg- gebruik	Meetinstrumen- ten/indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Pomp (2015) ²⁵	Effectonderzoek Welzijn op Recept; onderzoek naar zorggebruik, soci- ale participatie en kosten	n.v.t.	n.v.t.	Kosten begelei- ding welzijns- coach	Kosten van de begeleiding door een welzijnscoach: <ul style="list-style-type: none"> • gemiddeld krijgt een ontvanger van een welzijnsrecept ongeveer 6 uur begeleiding door een welzijnscoach • 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 420 euro bedragen
Kimberlee (2014) ²⁶	Economische impact Wellspring healthy living Centre's social pre- scribing wellbeing programme Bristol	n.v.t.	n.v.t.	Social Return on Investment-ratio andere value vertaald in £	<ul style="list-style-type: none"> • Social Return on Investment-ratio £2,90:£1; voor elke geïnvesteerde pond in deze interventie wordt £2,90 social value gecreëerd • andere value om mee te nemen, geëxtrapoleerd naar de gehele steekproef: zelfmoord 1 jaar uitgesteld (£213,750) • voorkomen van verwijzing naar tweedelijns- psychiatrische zorg (£10.927) • Return to work saving of Work Programme fees (£10.800) • terugkeer naar werk (£33.228) • begeleiding naar schuldhulpverlening (£315) • begeleiding naar werkgelegenheid (£322) • begeleiding naar therapie (£560) • begeleiding naar verslavingszorg (£210) • reductie GP attendance (£1,559) • reductie van depressie (£4,080) • reductie van sociale isolatie (£1,230) • verbeterde fysieke activiteit (£4,623) • verbeterd welbevinden (£3,370) • reductie antidepressiva (£2,764) • vrijwilligersinzet (£918) • Totaal: £288,656 return
Sinnema (2014) ²⁷	Handleiding Welzijn op Recept; verwijst naar evaluatie Welzijn op Recept in Nieuwegein (vragenlijsten op 3 momenten: t0 n = 59, t1 n = 18, t2 n = 14)	MHC-SF-schaal EQ-5D	n.v.t.	n.v.t.	Evaluatie Welzijn op Recept in Nieuwegein: <ul style="list-style-type: none"> • het onderzoek bleek onvoldoende om het effect van het welzijnsrecept op welbevinden en kwaliteit van leven in deze pilot vast te stellen • mensen die een Welzijn op Recept ontvingen en de vragenlijst invulden (28 op t0, 20 bij t1 en 14 op t3), scoorden gemiddeld 2,76 op de MHC-SF-schaal voor welbevinden; de gemiddelde score in de Nederlandse bevolking is 2,98; wat betekent dat de positieve geestelijke gezondheid van de mensen die verwezen zijn naar Welzijn op recept vergelijkbaar is met die in de algehele bevolking • Vóór deelname aan een arrangement was de gemiddelde waarde op de EQ-5D-SL 0,68. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de gemiddelde score in de algehele Nederlandse bevolking
Groot (2013) ²⁸	Effecten van sa- menwerking tussen de eerste lijn en welzijn gemeten (in- terviews, enquête, feedbackmomen- ten)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	De zorgverleners <ul style="list-style-type: none"> • twee derde van de zorgverleners (n = 30) is op de hoogte van het samenwerkingsverband • ongeveer de helft (n = 20) vindt dat het samenwerkingsverband de kwaliteit van zorg verhoogt, 44% (n = 20) is tevreden met de uitkomsten voor patiënt-en en eenzelfde percentage (n = 20) is tevreden met de uitkomsten voor zorgverleners • van de zorgverleners is 90% (n = 27) overtuigd van de noodzaak van het samenwerkingsverband • meer dan de helft vindt dat de samenwerking met andere organisaties (70%) en andere disciplines (50%) is verbeterd (n = 20) De patiënten/deelnemers <ul style="list-style-type: none"> • de tevredenheid over de eerstelijnszorg (T0 88% van de 40; T1 100% van de 6) en de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners (T0 58% van de 40; T1 100% van de 6) is hoog en iets toegenomen gedurende de looptijd van het project • De bereikbaarheid van de eerstelijnszorg is volgens de deelnemers niet verbeterd door het samenwerkingsverband

Auteur (jaartal publicatie)	Setting/ methode	Meetinstrumenten/ indicatoren welzijn en welbevinden	Meetinstrumenten/ indicatoren zorg-gebruik	Meetinstrumenten/ indicatoren kosten-baten/ effectiviteit	Resultaten
Grant [2000] ²⁹	RCT 161 patiënten in 26 general practices [Amalthea-Project]	Hospital anxiety and depression scale] and social support [assessed using the Duke-UNC functional social support questionnaire] Quality of life measures [the Dartmouth COOP/WONCA functional health assessment charts and the delighted-terrible faces scale]	primary care contacts verwijzingen naar andere zorg	gemiddelde kosten	<ul style="list-style-type: none"> · significante verbetering gevoelens van angst · verbetering van andere emoties · verbetering van het vermogen om alledaagse activiteiten uit te voeren · verbetering van gevoelens over algemene gezondheid · verbetering van de kwaliteit van leven · geen veranderingen wat betreft depressie of ervaren sociale steun · gelijke aantallen primary care contacts in de controlegroep en de interventiegroep · Minder verwijzingen naar andere zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg · Gemiddelde kosten significant hoger dan in het general practitioner care-domein [£153 versus £133, p = 0,025]

LITERATUUR

- Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health* 2018;138:28-38.
- Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, Raine G, Eaton V, Davis J, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res* 2018;18:604.
- Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health* 2018;10:97-123.
- Polley MB, Pilkington K, Refsum C. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. Westminster: University of Westminster, 2017.
- Fuller M. Patient empowerment: a prescription for success. *Trends Urol Mens Health* 2017;8:32-3.
- Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res* 2017;17:835.
- Baker C, Loughren EA, Ellis L, Crone D. *Artlift Wiltshire Move On Groups Final Report*. Gloucester: University of Gloucestershire, 2017.
- Bertotti M, Frostick C, Tong J, Netuveli G. The Social Prescribing service in the London Borough of Waltham Forest final evaluation report. London: Institute for Health and Human Development University of East London, 2017.
- Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health* 2017;148:96-101.
- Bragg R, Leck C. Good practice in social prescribing for mental health: the role of nature-based interventions. York: Natural England, 2017.
- Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7:e013384.
- Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. 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:e015203.
- Dayson CB, Bennett E. Evaluation of Doncaster Social Prescribing Service: understanding outcomes and impact. Sheffield: Sheffield Hallam University, 2016.
- Roseboom YK. Factsheet Welzijn op Recept Lewenborg. Groningen: PRO-MPT Interim Management & Consultancy en Onderzoek en Statistiek Groningen, 2016.
- Kimberlee R. Gloucestershire Clinical Commissioning Group. Social prescribing service: evaluation report. Gloucester: University of the West of England, 2016.
- Annegarn A. Evaluatie Welzijn op Recept onder huisartsenpraktijken in Amsterdam. Amsterdam: 1ste Lijn Amsterdam, 2016.
- Heijnders ML, Meijs JJ, De Groot CM. Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten. *Kwalitatief deelonderzoek*. *Bijblijven* 2015;31:926-34.
- Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health* 2015;129:286-89.
- Kimberlee R. What is social prescribing? *ASSRJ* 2015;2:102-10.
- Mossabir R, Morris R, Kennedy A, Blickem C, Rogers A. 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;23:467-84.
- Weld S, Kimberlee R, Biggs O, Blackburn K, Clifford Z, Jones M. For All Healthy Living Centre's Healthy Connections Project. Final evaluation report and Social Return on Investment (SROI) Analysis. Bristol: University of the West of England, 2015.
- Kamphuis G. Rapportage Welzijn op Recept (WoR) 4e kwartaal 2015. Proeftuin 'Welzijn op Recept' Pilot in Apeldoorn- Noord-Oost en de Dorpen, 2016.
- Kinsella S, Laing C, Johnstone F, Murray B, Jones N. Social prescribing: a review of the evidence. Wirral: Wirral Council Business & Public Health Intelligence Team, 2015.
- Vissers D. Eindrapport Welzijn op Recept Delft. Pilot in twee huisartsenpraktijken in Delft 2013-2015. Delft: Zorgorganisatie Eerste Lijn, 2015.
- Pomp MV, Smiesing J, De Groot K, Heijnders M. Effectstudie Welzijn op Recept. Studie naar zorggebruik, sociale participatie en kosten. Nieuwegein: ZonMw, 2015.
- Kimberlee RH, Ward R, Jones M, Powell J. 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.

-
27. Sinnema H, Smiesing J, De Ruiter M, Vossepoel L, Bolier L, Muntingh A, et al. Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. Utrecht: Trimbos Instituut, 2014.
 28. De Groot K, Meijs JJ. Voortgangsverslag gegevens zorg en welzijn op één lijn, organisatorische integratie van wijkgerichte zorg en welzijn No. 154012205. Den Haag: ZonMw, 2013.
 29. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ* 2000;320:419-23.