

Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten

Miriam L. Heijnders, Jan Joost Meijs & C.M. de Groot

Bijblijven

ISSN 0168-9428

Bijblijven

DOI 10.1007/s12414-015-0100-7



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten

Kwalitatief deelonderzoek

Miriam L. Heijnders · Jan Joost Meijs · C.M. de Groot

Samenvatting

‘Welzijn op Recept’ is een interventie waarbij zorgverleners in de eerste lijn patiënten met psychosociale problematiek verwijzen naar een welzijnsorganisatie. ‘Welzijn op Recept’ bestaat in Nieuwegein ruim drie jaar. Van september tot december 2014 is een effectstudie uitgevoerd, waarbij de vraagstelling van het kwalitatief deelonderzoek was, te bekijken wat er gebeurt in de keten van het welzijnsrecept en welke veranderingen patiënten ervaren op het gebied van sociale participatie. Voor deelname aan deze studie werden patiënten geselecteerd door de welzijnscoaches. In totaal werden tien semigestructureerde diepte-interviews afgenomen. Deze deelstudie toont aan dat patiënten vertrouwen hadden in de verwijzing naar welzijn. De welzijnscoaches zijn een verbindende partij tussen de zorgverleners in de eerste lijn, de patiënten en de welzijnsorganisaties.

Er moet voor gewaakt worden in Welzijn op Recept dat niet te veel gewerkt volgens het diagnose-recept model en dat sociale participatie niet te veel als einddoel wordt gezien. Het programma omvat voldoende andere werkzame bestanddelen die ook zeer waardevol zijn en in nader onderzoek gemeten kunnen worden. Deelnemers geven expliciet aan dat zij een toename ervaren van eigen kracht, zelfvertrouwen, zelfredzaamheid en sociale contacten en geven aan een betere gezondheid te ervaren. Aandachtspunt in het huidige programma is het plannen van gestructureerde vervolgesprekken na het starten van een activiteit.

J.J. Meijs (✉) · C.M. de Groot
Gezondheidscentrum De Roerdomp,
Nieuwegein, Nederland
e-mail: jjmeijs@roerdomp.nl

M.L. Heijnders
Cocreatie in de zorg,
Nieuwegein, Nederland

Bijblijven, DOI: 10.1007/s12414-015-0100-7
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Inleiding

Welzijn op Recept is een interventie waarbij mensen met psychosociale klachten door zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg verwezen worden naar een activiteit van een welzijnsorganisatie. Welzijn op Recept wil mensen met klachten die hiervoor geen medische of psychologische behandeling nodig hebben, ondersteuning bieden voor het behouden en verbeteren van hun gezondheid en welzijn. Het doel is het vergroten van de kwaliteit van leven door het oppakken van activiteiten en het weer opdoen van sociale contacten.

Verwijzers

In Nieuwegein verwijzen huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners en psychologen van vier gezondheidscentra patiënten met psychosociale klachten naar de welzijnsorganisatie MOvector. Deze patiënten worden allereerst medisch onderzocht om te bezien of er een somatische oorzaak voor hun klachten is. Als dat uitgesloten is, wordt in een gesprek verteld dat de klachten niet een lichamelijke maar een andere oorzaak hebben en dat verwijzing naar welzijn in dit geval de beste interventie is. Vervolgens wordt een welzijnsrecept uitgeschreven en besproken.

In eerste instantie werd gekozen voor het uitschrijven en overhandigen van een welzijnsrecept, waarna de patiënt zelf actief contact moest zoeken met de welzijnscoach. Al snel bleek dat het drop-outpercentage onacceptabel hoog was (40–50%). Daarom is besloten de patiënt die een welzijnsrecept gekregen heeft om toestemming te vragen dat de welzijnscoach contact met hem/haar opneemt. Dit leidde tot een drop-outpercentage van bijna 0%. Via de praktijkondersteuner wordt de patiënt nu telefonisch of per e-mail aangemeld bij de welzijnscoach.

Doelgroep

De doelgroep voor Welzijn op Recept bestaat uit patiënten die frequent bij de huisarts of andere (eerstelijns)zorgverleners komen met psychosociale klachten waarvoor geen medische oorzaak kan worden gevonden (ik slaap slecht, ik pieker veel, ik voel me down, etc.). Veel van deze patiënten hebben recent een of meerdere life events meegemaakt (verhuizing, ontslag, ziekte, overlijden partner, etc.). Het gaat om patiënten met de volgende kenmerken: eenzaamheid, life event meegemaakt, chronische ziekte, lichte psychosociale problematiek of een stabiel psychiatrisch beeld.

De welzijnscoach

Binnen de welzijnsorganisatie krijgen mensen eerst een intakegesprek met een welzijnscoach. Tijdens dit gesprek wordt de persoonlijke situatie verkend, gezocht waar iemand zijn energie en kracht uit haalt en hierbij wordt een passende welzijns-

activiteit of welzijnsarrangement (meerdere activiteiten) gezocht. De welzijnscoach hanteert een stap-voor-stap aanpak, die focust op wat een deelnemer wel kan (waar was u vroeger goed in?) en het zelfvertrouwen en de zelfredzaamheid versterkt door sociale activering. De intakegesprekken worden meestal op afspraak gepland en vinden ofwel bij de deelnemer thuis of in het buurthuis plaats. Hierna kunnen mensen een keuze maken voor een activiteit.

Welzijnsactiviteiten en -arrangementen

Tijdens het intakegesprek met de welzijnscoach bespreekt de patiënt, dan deelnemer genoemd, welke activiteit hem of haar het meest aanspreekt. Er wordt naar een passende activiteit gezocht binnen het lokale aanbod van de welzijnsorganisatie en dat van andere aanbieders. De deelnemer wordt vervolgens bij de coördinator van deze activiteit aangemeld. Het zijn activiteiten waarbij een beroep gedaan wordt op het mentale vermogen [10], namelijk: positief denken, leven vanuit een betekenisvolle missie, bewust leven en genieten, interactie met anderen, een gezonde leefstijl en geluk delen. De activiteiten worden aantrekkelijk gepresenteerd in een informatiefolder, die door de huisarts kan worden meegegeven.

Monitoring en evaluatie

Werkt de verwijzing naar Welzijn op Recept? In de literatuur zijn veel positieve resultaten te lezen van dit soort projecten, maar wel op individueel niveau en veelal op basis van kwalitatief onderzoek. Projecten zijn door hun verscheidenheid moeilijk met elkaar te vergelijken. Over het algemeen zijn er positieve uitkomsten te zien op het gebied van welzijn, kwaliteit van leven en bewegen [3–6]. Harde uitkomsten over reductie in kosten van de zorg en daling van de bezoekfrequentie aan de huisarts zijn minder beschikbaar [1, 2].

Om het project te kunnen volgen, is vanaf het begin een monitoring- en evaluatiesysteem opgezet. Er werden afspraken gemaakt over de verwijzprocedure en er vond regelmatig over en weer terugkoppeling plaats. Hierbij viel op dat er sprake moet zijn van een zogeheten ‘joint ownership’. Een van de uitdagingen is dat zorg en welzijn cultuurverschillen kennen. Om het project te laten slagen, zijn duidelijke afspraken, gezamenlijke doelen en regelmatig overleg vereist.

Verwijzers werd gevraagd om in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) niet alleen de diagnose bij verwijzing goed te registreren maar hierbij ook de code WOR (Welzijn op Recept) mee te geven. Na data-extractie uit het HIS gaf dit niet alleen informatie over het aantal verwezen patiënten, maar ook over zorggebruik en zorgconsumptie. In de periode september-december 2014 is een effectstudie uitgevoerd. Een van de onderdelen van deze effectstudie was een kwalitatieve studie. De onderzoeksvragen van de kwalitatieve deelstudie waren: ‘Wat gebeurt er in de keten van het welzijnsrecept?’ en ‘Welke verandering ervaart men op het gebied van sociale participatie?’ De keten van het welzijnsrecept bestond uit verschillende onderdelen:

de verwijzing van de zorgverlener, de afspraak met de welzijnscoach, het intakegesprek met de welzijnscoach, de keuze voor een activiteit en eventuele vervolgafspraken met de welzijnscoach. Vragen waren gericht op de ervaringen van mensen in deze keten. Sociale participatie werd in dit onderzoek gedefinieerd als iemands deelname aan het maatschappelijk leven en binnen het onderzoek werd bekeken in hoeverre mensen meer of minder waren gaan participeren. Voor het onderdeel sociale participatie is gebruikgemaakt van de USER-Participatie vragenlijst [9] als checklist.

Methoden

Een team bestaande uit een beleidsmedewerker, twee welzijnscoaches en twee onderzoekers heeft op basis van eigen ervaringen en literatuur een onderwerpenlijst ontwikkeld. Deze lijst is eerst bij twee mensen gepretest en daarna bijgesteld. Vervolgens zijn er tien diepte-interviews afgenomen. Gedurende de interviewperiode werd de onderwerpenlijst, na analyse van de eerste interviews, bijgesteld. Na tien interviews was nog geen saturatie bereikt, maar door tijdgebrek was verder zoeken naar deelnemers niet mogelijk.

Deelnemers zijn geselecteerd door de welzijnscoaches. Om de diverse problematiek in kaart te brengen, werd aan drie welzijnscoaches gevraagd om zowel personen met sociale, psychische als personen met zwaardere klachten te benaderen. Verder werd gekeken of er in ieder geval iemand tussen zat bij wie de verwijzing geen resultaat had gehad. De interviews zijn door de onderzoekers bij de deelnemers thuis afgenomen. Het plan was ook verwijzers en welzijnscoaches te interviewen, maar door tijdgebrek is dat niet gelukt. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd, gecodeerd en thematisch geanalyseerd. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de eerste drie interviews geanalyseerd. Het resultaat van deze analyse is besproken en heeft geleid tot een set codes. Het softwareprogramma QDA Miner 4 werd gebruikt ter ondersteuning van de analyse. De resultaten worden hierna per thema beschreven. Naast de themakopjes staan uitspraken gedaan door deelnemers.

Resultaten

Uiteindelijk zijn vijf mannen en vijf vrouwen geïnterviewd met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar. De jongste was 48 jaar, de oudste 91 jaar.

Life events: 'Het gaat zo niet goed natuurlijk'

De deelnemers maakten één of meerdere life events mee in de twee jaar voorafgaand aan de verwijzing, die al dan niet (helemaal) verwerkt zijn. Mensen gaven aan het gevoel te hebben in een diep gat te zitten, en erg emotioneel of gespannen te zijn. Ze voelden op een gegeven moment de behoefte iets aan hun situatie te veranderen: men wilde niet meer zo veel thuis zitten, zich minder depressief of minder angstig

voelen, en iets om handen hebben of iemand om mee te praten. Mensen bij wie de verwerking van het life event nog erg op de voorgrond stond, gaven aan meer behoefte te hebben aan ondersteuning van de huisarts, psycholoog of welzijnscoach.

Het proces van verwijzing en intake: 'Het zou wel eens goed voor mij kunnen zijn'

Uit de interviews bleek dat huisartsen goed in staat zijn te verwijzen naar een niet-medische interventie en dat de patiënten vertrouwen hebben in deze verwijzing. Bij Welzijn op Recept worden mensen na de verwijzing telefonisch door de welzijnscoach benaderd voor een intakegesprek. De deelnemers waarderen deze intake en het maatwerk dat hier geleverd wordt. De meesten gaven aan een stok achter de deur nodig te hebben en daarnaast een hoge drempel te ervaren om ergens alleen naartoe te gaan. Het werd als prettig ervaren als hierover tijdens de intake afspraken werden gemaakt (bijv. telefonisch aanmelden, opwachten door de coördinator van de activiteit of samen met iemand gaan). Sommige deelnemers hadden na hun eerste deelname aan de activiteit een vervolgesprek gehad met de welzijnscoach. Dit werd ervaren als een stimulans om door te gaan. Het missen van dit vervolgesprek kon een reden zijn om af te haken.

Eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid: 'Je leven weer op de rit krijgen en (nieuwe) sociale contacten opdoen'

Hoewel er tijdens de interviews niet naar gevraagd werd, werden onderwerpen als eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid regelmatig genoemd. Met eigen kracht wordt het vermogen bedoeld om zelf oplossingen voor problemen te bedenken. Uit de intakegesprekken bleek dat men het belangrijk vond dat de activiteiten aansluiten bij de eigen behoeften, interesses en hobby's. De deelnemers gaven aan dat deelname aan Welzijn op Recept hen gesterkt heeft om weer grip op hun leven te krijgen. Een aantal toonde een meer afwachtende of depressieve copingstijl. Daarbij kon een onderscheid worden gemaakt naar mensen met een afwachtende of depressieve *basishouding* en mensen bij wie dit een *reactie was op* het life event. De eerste groep verwacht blijvend ondersteuning vanuit het project, wat de vraag oproept of deze groep past binnen Welzijn op Recept.

Zelfredzaamheid: 'Wat je nodig hebt, is een stok achter de deur en een stimulans om door te gaan'

Zoals hiervoor al werd vermeld, gaven deelnemers aan een stok achter de deur nodig te hebben om naar een activiteit toe te gaan. Hun zelfredzaamheid, het vermogen voorzieningen te treffen om te blijven participeren aan de maatschappij, was laag. Voor hen was ondersteuning van anderen in hun nabije omgeving (buren of familie), maar ook van de verwijzer en de welzijnscoach, belangrijk. De verwijzing,

de intake en zeker de follow-up gesprekken werden als een stimulans ervaren om iets aan hun situatie te (blijven) veranderen. Opvallend was dat een nieuw sociaal netwerk ontstond van mensen die elkaar stimuleerden te blijven komen en die elkaar attenderden op leuke andere activiteiten. Bij de keuze voor activiteiten speelden financiën ook een belangrijke rol.

Sociale activering/participatie: 'Een activiteit die aansluit bij wat je kunt en wilt en bij wie je bent'

Wat de activiteiten betreft, is het belangrijk dat deze aansluiten bij de hobby's van mensen, en dat men zich kan identificeren met anderen in de groep (o.a. wat betreft leeftijd en man-vrouw verhouding). Vooral voor mensen rond de 55 jaar was het moeilijk een activiteit met leeftijdsgenoten te vinden die op een doordeweekse dag overdag plaatsvond. Veel groepen overdag zijn gericht op de oudere, gepensioneerde mensen.

Binnen Welzijn op Recept konden mensen ook gekoppeld worden aan een maatje. Mensen die een maatje hadden gekregen, gaven aan dat het belangrijk is dat het klikt, dat men zich in de ander herkent. Dit kan doordat men belangstelling heeft voor elkaar, men van dezelfde leeftijd is of dezelfde hobby's of interesses heeft.

De helft van de deelnemers was (weer) vrijwilligerswerk gaan doen. Vrijwilligerswerk geeft, behalve nieuwe sociale contacten, het gevoel iets voor andere mensen te kunnen betekenen. Door het weer oppakken van activiteiten, komt de belangstelling voor hobby's weer terug. Grotere sociale participatie en daarbinnen meer sociale contacten gaven een gevoel van tevredenheid over het leven dat men nu leidde.

Effect van Welzijn op Recept

Tijdens de interviews noemen de deelnemers verschillende effecten die zij toeschrijven aan Welzijn op Recept: het (weer) opdoen van positieve ervaringen, nieuwe mensen leren kennen, meer gaan bewegen en je hier goed bij voelen, iets hebben om naar uit te kijken, weer meer eigen regie hebben, zelfstandiger worden, weer toekomstperspectief hebben, en verbetering wat betreft gezondheid ervaren.

Beschouwing

Welzijn op Recept is van een idee inmiddels uitgegroeid tot een goed werkend concept, dat in Nieuwegein zijn positie bewezen heeft. Uit de ervaringen en het hiervoor beschreven onderzoek komt een aantal aandachts- en verbeterpunten naar voren.

Het risico dat Welzijn op Recept verwordt tot een 'eenvoudig' diagnose-recept model binnen de eerstelijnszorg is reëel en doet de potentie van Welzijn op Recept

tekort. Kimberlee [7] geeft aan dat sprake kan zijn van vier modellen van ‘social prescribing’, van manieren van verwijzen naar het sociale domein. Deze modellen variëren van iemand verwijzen naar een specifieke activiteit (signposting) tot het meest uitgebreide model ‘Social Prescribing Holistic’. Bij dit laatste model is er sprake van ‘social prescribing’ als aan de volgende voorwaarden is voldaan: er is een directe verwijzing vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg naar een externe partij die lokaal is ingebed, hiermee is een overeenkomst gesloten, binnen welzijn wordt uitgegaan van de wensen en behoeften van de deelnemer, er is geen limiet aan het aantal bezoeken aan de welzijnscoach of vrijwilliger die de deelnemer begeleidt en het doel van de verwijzing is het welzijn van de deelnemer te vergroten. Het project Welzijn op Recept (Nieuwegein) is nog in ontwikkeling, maar het ontwikkelt zich in de richting van het holistische model. Een discussiepunt is of het Engelse social prescribing hetzelfde is als het Nederlandse Welzijn op Recept, waarbij ‘bewegen op recept’ en verwijzen naar bijvoorbeeld de ‘Weight Watchers’ onder signposting vallen en het huidige ‘Welzijn op Recept’ model de holistische versie van social prescribing is. Voor de doelgroep van Welzijn op Recept heeft dit consequenties. Welzijn op Recept richt zich dan niet alleen maar op mensen met psychosociale klachten, maar ook op leefstijlproblematiek.

In dit onderzoek speelt de begeleiding van de welzijnscoach een cruciale rol in het geheel. Brandling en House [2] concluderen dat persoonlijke begeleiding door iemand die lokaal is ingebed en bekend is met een actueel overzicht van activiteiten in de buurt van groot belang is. Langford et al. [8] concluderen dat het een van de uitdagingen is of welzijn het aantal verwijzingen en de gevraagde begeleiding met de beschikbare tijd en beperkte middelen wel aan kan. Uit dit onderzoek blijkt dat deelnemers die naast het intakegesprek vervolggесprekken met de welzijnscoach hebben gehad, dit als prettig ervaren en als een stimulans om door te gaan. Deelnemers die geen vervolggесprekken hebben gehad ervaren dit als een gemis en voor sommigen was dit de reden dat men niet meer naar een activiteit is teruggegaan. Het standaard inplannen van vervolggесprekken zou een verbetering kunnen zijn. Kimberlee et al. [7] concluderen in dit kader dat het cruciaal is dat de welzijnscoach niet gebonden is aan een tijd- en/of financiële limiet. Dit is in het huidige bezuinigingstijdperk een hele uitdaging.

De veelzijdige rol van de welzijnscoach viel op. Een rol als verbinder en als begeleider. Verbinder tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de gekozen activiteit, en begeleider naar een activiteit, vrijwilligerswerk of maatje. In Engeland wordt social prescribing uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Bij Welzijn op Recept Nieuwegein blijkt juist de meerwaarde van de welzijnscoach. Deze leidt niet alleen toe naar een activiteit, maar kijkt ook naar de vraag achter de vraag en focust niet op de klachten en beperkingen van de deelnemers, maar gaat op zoek naar iemands kracht en veerkracht.

Het onderzoek toont een aantal belangrijke werkzame bestanddelen aan. Deelnemers worden gesterkt in hun zelfvertrouwen, eigen kracht en zelfredzaamheid. Dit behoort tot het vak van de welzijnscoach en hierin onderscheidt de welzijnscoach zich van andere professionals in het sociale domein. Wij denken dat dit de kracht is van de korte interventie die Welzijn op Recept is. Dit vakmanschap van de wel-

zijnscoach moet nog verder uitgewerkt en beschreven worden in een 'welzijnsstandaard'; zeker met de sociale wijkteams als nieuwe spelers in dit veld.

Een van de onderzoeksvragen van deze studie was inzicht te verkrijgen in wat er gebeurt in de keten van het welzijnsrecept. Binnen deze keten gaat om de verwijzing, het intakegesprek met de welzijnscoach, de keuze van een passende activiteit en deelname aan deze activiteit(en). Deelnemers gaven aan vertrouwen te hebben in de verwijzing van de huisarts naar welzijn. De redenen voor verwijzing waren divers en ook *wanneer* iemand werd verwezen. De één zit nog in een overgangspanperiode en heeft het life event nog niet helemaal verwerkt, een ander is al verder en heeft de draad weer opgepakt. Voor de toekomst van het project is het belangrijk te bepalen in welke fase Welzijn op Recept het meest geschikt is voor iemand. Is iemand al toe aan nieuwe activiteiten of moeten eerst andere problemen worden opgelost en is een verwijzing naar maatschappelijk werk of de psycholoog eerst op zijn plaats of kan het tegelijkertijd naast Welzijn op Recept?

De tweede onderzoeksvraag in deze studie bestond uit de volgende subvragen: 'Welke verandering ervaart men op het gebied van sociale participatie?' en 'Wat heeft het mensen gebracht op het gebied van sociale participatie?' Over het algemeen is de sociale participatie van de deelnemers met name in de domeinen recreatieve activiteiten en vrijwilligerswerk toegenomen. Deze toename is echter niet geheel toe te schrijven aan de verwijzing naar Welzijn op Recept. Sommige deelnemers hadden op eigen initiatief activiteiten of vrijwilligerswerk gevonden. Er zit echter een verschil tussen de oudere en de jongere doelgroep. Terwijl ouderen zich al snel alleen voelen en vooral op zoek zijn naar een maatje, zoeken de jongere mensen meer activiteiten voor doordeweeks, overdag. Veel leeftijdgenoten werken dan. Activiteiten die overdag georganiseerd worden zijn veelal gericht op ouderen. Dit pleit voor meer leeftijddifferentiatie in activiteiten, aangezien mensen de neiging hebben te stoppen met de activiteit als ze zich niet kunnen identificeren met de groep. De jongere deelnemers kiezen ook vaker voor het doen vrijwilligerswerk. Toename in zelfredzaamheid en sociale participatie leidde tot een gevoel van tevredenheid over het leven dat men nu leidde.

Er moet echter voor worden opgepast dat er binnen Welzijn op Recept niet gedacht en gewerkt wordt volgens het traditionele diagnose-recept model en de focus te veel ligt op het eindresultaat: sociale participatie. Een cruciale vraag hierbij is of het om het succes (sociale participatie) of om het leerproces (vergroten van zelfvertrouwen, eigen kracht en zelfredzaamheid) gaat, om de sociale activering. 'Werkzame bestanddelen' zijn verbetering van de gezondheid, verbinding met anderen, weer grip krijgen op het leven (terugkrijgen van eigen regie en zelfvertrouwen), opdoen van positieve ervaringen en het hervinden van een toekomstperspectief.

Conclusie

Dit kwalitatief onderzoek laat zien dat patiënten vertrouwen hebben in de verwijzing van de huisarts naar welzijn. De deelnemers waarderen de intake bij de welzijnscoach en het maatwerk dat hier geleverd wordt. Welzijn op Recept lijkt aan

te sluiten bij de wensen en behoeften van mensen en heeft directe impact op het welzijn en de zelfredzaamheid van mensen. Het verwijs traject van Welzijn op Recept lijkt goed te passen. De welzijnscoach treedt binnen dit traject op als verbindende tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de gekozen activiteit en als belangrijke persoonlijke begeleider voor de deelnemers. Het standaard inplannen van vervolgesprekken zou wenselijk zijn en voorkomt dat mensen uitvallen binnen het traject. Tijd en middelen moeten dan wel beschikbaar zijn.

Literatuur

1. 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 Expect*. 2013;16:e48–59.
2. Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract*. 2009;59(563):454–6.
3. Fox K. Self-esteem, self-perceptions and exercise. *Int J Sport Psychol*. 2000;31:228–40.
4. Friedli L, Watson S. Social prescribing for mental health. Durham (UK): Northern Centre for Mental Health; 2004.
5. Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery. Care Services Improvement Partnership; 2008.
6. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *Br Med J*. 2000;320:419–23.
7. Kimberlee R. Developing a social prescribing approach for Bristol. Project Report. Bristol (UK): Health & Wellbeing Board; 2013.
8. Langford K, Baeck P, Hampson M. More than medicine: new services for people powered health. Nesta (UK) (www.nesta.org.uk); 2013.
9. Zee DH van der, Priesterbach AR, Dussen L van der, Kap A, Schepers VPM, Visser-Meily JMA, Post MWM. Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the Participation Scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *J Rehabil Med*. 2010;42:752–7.
10. Walburg JA. Mentaal vermogen – Investeren in geluk. Amsterdam: Nieuw Amsterdam; 2008.

M.L. Heijnders PhD, zelfstandig onderzoeker, Cocreatie in de zorg, Nieuwegein.

J.J. Meijs MHA, MBA, arts, directeur gezondheidscentrum De Roerdomp, Nieuwegein.

C.M. (Karen) de Groot, beleidsmedewerker De Roerdomp en projectleider Welzijn op Recept, Nieuwegein.