

Welzijn op Recept

Regioanalyse 2025-2026



Welzijn op Recept
Landelijk kennisnetwerk



Inleiding

De regionale projectleiders uit zowel de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) als GGD'en zijn doelgroepen van het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept (LkWoR) evenals alle andere lokale en regionale projectleiders, bijvoorbeeld vanuit gemeenten, eerstelijnsorganisaties of adviesbureaus.

In deze regioanalyse van de interventie Welzijn op Recept onder deze projectleiders komen meerdere thema's aan bod die voor projectleiders van belang zijn. Uit een ronde langs verschillende regionale projectleiders eind 2025, begin 2026, blijkt dat de afgelopen vier jaar een zoektocht is geweest voor projectleiders. Hoe pas je Welzijn op Recept toe in de praktijk? Wie heeft regionaal een faciliterende en sturende rol? Wat moet je doen om Welzijn op Recept goed neer te zetten? Waar kan je terecht voor afstemming en overleg over Welzijn op Recept? En wat is het verschil tussen Welzijn op Recept en Sociaal Verwijzen? Recent is daar verwarring bijgekomen: de ketenaanpak Welzijn op Recept heet sinds eind 2025 ketenaanpak Sociaal Verwijzen. En in de nieuwe terminologie van het Aanvullend Zorg en Welzijns Akkoord (AZWA) is de ketenaanpak Sociaal Verwijzen hernoemt naar een basisfunctionaliteit die iedere gemeente moet inrichten. Binnen deze basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen kunnen interventies uit de 'gereedheidskist' worden ingezet. De bekendste interventie als voorbeeld uit deze nog niet duidelijk gedefinieerde gereedheidskist is Welzijn op Recept. In deze regioanalyse wordt Sociaal Verwijzen opgevat als de brede toeleidingsfunctie tussen de eerstelijnszorg, het sociaal domein en de sociale basis. Deze functie vraagt om een infrastructuur waarbinnen verschillende hulpvragen worden verhelderd en inwoners naar passende ondersteuning, verwijzroutes of interventies worden geleid. Welzijn op Recept is daarbinnen een specifieke, afgebakende interventie met een eigen doelgroep, doelstelling, werkwijze en kwaliteitskader. In dit stuk gaat het in eerste instantie om Welzijn op Recept en zijn de meerdere onderwerpen uit de praktijk onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

1. Initiatiefnemer
2. Randvoorwaarden en uitgangspunten
3. Uitvoering Welzijn op Recept in de praktijk
4. Relatie met andere ketens en ontwikkelingen
5. Monitoring
6. Conclusie

Weergegeven percentages en aantallen in dit stuk zijn geen landelijke exacte meting maar een weergave van de gesprekken die gevoerd zijn. In totaal zijn 12 gesprekken gevoerd met één of meerdere regionale projectleiders die zich bezighouden met in ieder geval Welzijn op Recept (of Sociaal Verwijzen).

Projectleider	Aantal	Kartrekker	Aantal
ROS	3	IZA-regio	11
GGD	4	Huisartsenorg.	1
Gemeente	1		
ZZP-er	2		
MEE	1		
Huisartsenorg.	1		

De terminologie rondom Welzijn op Recept verandert. Van interventie Welzijn op Recept naar Ketenaanpak Welzijn op Recept en weer terug naar interventie Welzijn op Recept als gereedschap binnen de basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen. Dit stuk gaat in eerste instantie over de interventie Welzijn op Recept.



Inhoudsopgave

Hoofdstuk	Onderwerp	paginanummer
1	Initiatiefnemer	4
2	Randvoorwaarden en uitgangspunten	6
3	Uitvoering Welzijn op Recept in de praktijk	11
4	Relatie met andere ketens en ontwikkelingen	15
5	Monitoring	17
6	Conclusie	18
7	Bijlage	21



1. Initiatiefnemer

Dit onderdeel beschrijft de ontwikkeling van het initiatiefnemerschap en het projectleiderschap van Welzijn op Recept. Eerst wordt kort ingegaan op de historische ontwikkeling, waarna de huidige situatie wordt beschreven.

Historische ontwikkeling

De start van Welzijn op Recept lag bij een huisartsenorganisatie. Daar werd geconstateerd dat Welzijn op Recept verlichting kon bieden voor patiënten die de huisarts bezochten met klachten zonder medische oorsprong. Na de eerste opstartfase van zeker 7 jaar werden op veel plaatsen projectleiders aangesteld, meestal vanuit de gemeente, een welzijnsorganisatie of een huisartsenorganisatie.

Vanaf 2017 werkte het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept (LkWoR) daarbij samen met verschillende lokale leergemeenschappen aan de verdere ontwikkeling van de interventie. In de laatste vijf jaar zijn de ROS-en als samenwerkingspartner aangehaakt. Deze samenwerking is geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst. In de praktijk werd Welzijn op Recept op veel plaatsen breder opgevat dan alleen de interventie. Regelmatig werd Welzijn op Recept gezien als de samenwerking tussen zorg en welzijn. Vanuit het LkWoR is steeds benadrukt dat vanuit de eerstelijns meerdere verwijfsroutes mogelijk zijn, waaronder:

- Welzijn op Recept
- Het sociaal wijkteam
- Jeugd en gezin

Deze verwijfsroutes hebben ieder een eigen doel, doelgroep en werkwijze. Welzijn op Recept is daarbinnen één van de mogelijke verwijfsroutes en niet hetzelfde als de volledige samenwerking tussen zorg en het sociaal domein.

Tot de invoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) kende Welzijn op Recept een andere ontwikkeling en financieringslogica dan in de huidige beleidscontext. Voor het LkWoR was de opbouw in drie fasen leidend:

1. **Implementeren** van de interventie Welzijn op Recept.
2. **Borgen** van de interventie in de lokale samenwerking.
3. **Verbreden** naar andere verwijfsers, doelgroepen of interventies

In deze oorspronkelijke ontwikkellogica volgde verbreding dus pas nadat Welzijn op Recept stevig was geborgd. Welzijn op Recept was al vijftien jaar een interventie die in het land werd toegepast toen deze werd opgenomen in het landelijke beleid. Dat resulteerde in de vermelding van Welzijn op Recept in het IZA en het expliciet benoemen van de ketenaanpak Welzijn op Recept in het GALA. Daarmee nam de implementatie een vlucht en verschoof de focus van een voornamelijk lokale naar een meer regionale aanpak. Ook veranderde de manier waarop implementatie, borging en verdere ontwikkeling werden vormgegeven. In de praktijk leidde dit op sommige plaatsen tot een brede implementatie van wat nu Sociaal Verwijzen wordt genoemd, zonder dat de interventie Welzijn op Recept eerst een solide basis had.

De komst van de landelijke ketenaanpak Welzijn op Recept liet zien dat Welzijn op Recept in het landelijke beleid eerst werd opgevat als de verbinding tussen zorg en het sociaal domein. Het LkWoR heeft daarop gereageerd en om rectificatie gevraagd. Uiteindelijk heeft dit mede geleid tot de naamswijziging naar de ketenaanpak Sociaal Verwijzen.



Huidige situatie

Met de komst van landelijk beleid waarin Welzijn op Recept nadrukkelijk werd opgenomen en financiering beschikbaar kwam voor de implementatie ervan, is de implementatie van Welzijn op Recept in een stroomversnelling gekomen. Waar voorheen vooral gemeenten een lokale projectleider voor Welzijn op Recept aanstelden, ontstonden met de IZA-regio's steeds vaker regionale projectleiders voor de ketenaanpak Welzijn op Recept. De ROS'en beschikten op dat moment al over kennis en ervaring met Welzijn op Recept. Daardoor hebben zij in veel regio's het regionale projectleiderschap op zich genomen. Daarnaast ontwikkelden zij materialen, vaak in afstemming met het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept (LkWoR), en organiseerden zij bijeenkomsten en intervisie voor regionale projectleiders.

Naast de ROS'en leveren ook GGD'en regionale projectleiders, veelal gefinancierd vanuit de IZA-samenwerking. Daarnaast zijn er nog steeds projectleiders werkzaam vanuit de (penvoerende) gemeente, één van de deelnemende organisaties of als zelfstandig professional (zzp'er). Deze laatste constructie hangt vaak samen met de tijdelijke en onzekere financiering van de ketenaanpak. In een aantal regio's wordt het projectleiderschap gecombineerd met andere reguliere werkzaamheden. In de praktijk blijkt dat hierdoor onvoldoende tijd beschikbaar is voor de coördinatie, doorontwikkeling en borging van Welzijn op Recept.

De leidende rol van de ROS'en in het lokale en regionale projectleiderschap neemt inmiddels af. Dit hangt samen met de grotere rol die GGD'en binnen het AZWA hebben gekregen. Hoe deze rol zich verder ontwikkelt, is nog niet uitgekristalliseerd. Binnen het AZWA wordt de GGD expliciet genoemd als regionale coördinator, terwijl de rol van de ROS'en niet wordt benoemd.

De hierboven beschreven verdeling is gebaseerd op de gevoerde gesprekken (zie bijlage 1) en laat de landelijke hoofdlijn zien. Tussen regio's bestaan echter aanzienlijke verschillen. Er zijn ook regio's waarin ROS en GGD gezamenlijk invulling geven aan het regionale projectleiderschap. In die samenwerking vullen beide organisaties elkaar vanuit hun eigen expertise aan. Ook de verhouding tussen lokale en regionale regie verschilt sterk per regio. Dit hangt samen met de wijze waarop verantwoordelijkheden zijn belegd en met de beschikbare financiering. Wanneer de regie vooral lokaal is georganiseerd, ontbreekt vaak de capaciteit om ook regionaal te coördineren en te sturen. Daarmee ontstaat de vraag in hoeverre de doelstellingen van de IZA-regio kunnen worden gerealiseerd zonder enige vorm van regionale uniformering van Welzijn op Recept.

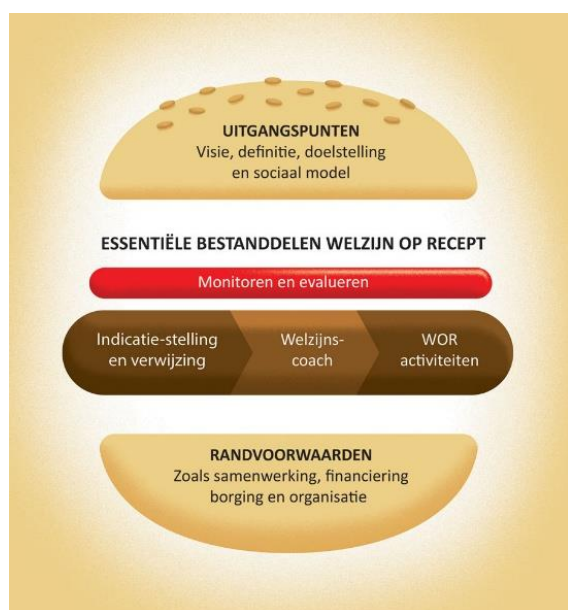
Samenvattend

Welzijn op Recept is ontstaan vanuit kleinschalige lokale initiatieven met korte lijnen tussen de betrokken partijen. Inmiddels ligt het initiatiefnemerschap steeds vaker bij regionale projectleiders, soms ondersteund door lokale projectleiders. Deze verschuiving brengt andere vraagstukken met zich mee dan bij de oorspronkelijke lokale implementatie. Een belangrijk aandachtspunt is dat Welzijn op Recept in veel regio's al op uiteenlopende manieren lokaal is ingericht. Daardoor vraagt het opnieuw uitlijnen van de interventie tijd en afstemming. Tegelijkertijd wordt de implementatie complexer door de ontwikkeling van de ketenaanpak Sociaal Verwijzen. Op deze ontwikkeling wordt verder ingegaan in het hoofdstuk **Uitvoering Welzijn op Recept in de praktijk**.



2. Randvoorwaarden en uitgangspunten

Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat de 'hamburger' van Welzijn op Recept, met de uitgangspunten en randvoorwaarden als de twee helften van het broodje, een belangrijk hulpmiddel is voor een succesvolle implementatie. Vrijwel alle succes- en faalfactoren die in de gesprekken zijn genoemd, zijn terug te voeren op deze uitgangspunten en randvoorwaarden.



Uitgangspunten

Ook hier helpt een korte terugblik op de historie om de huidige praktijk beter te begrijpen. Een succesvolle lokale implementatie begint met duidelijkheid over de uitgangspunten, de reikwijdte van Welzijn op Recept en het achterliggende sociale model. Deze uitgangspunten worden tegenwoordig veelal uitgewerkt in regionale IZA-visies en transformatieaanvragen.

Een gezamenlijke visie lijkt vanzelfsprekend, maar is in de praktijk niet altijd aanwezig. Daarbij gaat het niet alleen om het hebben van een visie, maar ook om een visie die op alle niveaus wordt gedeeld en gedragen (zie ook **Randvoorwaarden**). Binnen IZA-regio's is vaak een gezamenlijke visie op gezondheid en preventie ontwikkeld. Deze is doorgaans richtinggevend, maar ook abstract. Daardoor is niet altijd duidelijk hoe Welzijn op Recept zich hiertoe verhoudt. Vragen die daarbij aan de orde zijn, zijn bijvoorbeeld:

- Hoe past Welzijn op Recept binnen de regionale visie?
- Met welk doel wordt de interventie ingezet?
- Is bewust gekozen voor een bewezen interventie?
- Is de keuze inhoudelijk gemotiveerd of vooral ingegeven door beschikbare financiering?
- Welke meerwaarde zien de betrokken partijen in Welzijn op Recept?

Een gedeeld antwoord op deze vragen vormt de basis voor een succesvolle implementatie.

De implementatie begint met het gezamenlijke besef dat er in de regio, gemeente of wijk een groep inwoners is die herhaaldelijk de huisarts bezoekt met klachten die samenhangen met een gebrek aan sociale verbinding. Wanneer hierover overeenstemming bestaat, biedt Welzijn op Recept een beproefde interventie om deze groep passend te



ondersteunen. De ervaring leert dat het in deze fase belangrijk is om de gekozen aanpak vast te houden. Een veelgenoemde valkuil is dat al vroeg wordt verbreed naar andere doelgroepen, verwijzers of oplossingen. Hierdoor vervaagt de afbakening van de interventie, waardoor de beoogde resultaten minder goed worden bereikt. Wanneer de implementatie vervolgens onvoldoende effect laat zien, bestaat het risico dat wordt geconcludeerd dat Welzijn op Recept niet werkt, terwijl de interventie in werkelijkheid nog niet volgens de uitgangspunten is geïmplementeerd. Zie hiervoor ook het hoofdstuk **Uitvoering van Welzijn op Recept in de praktijk**.

Het werken vanuit een regionale aanpak brengt daarnaast een andere dynamiek met zich mee. De implementatie is vaak minder direct verbonden met de uitvoeringspraktijk. Tegelijk worden binnen een regio meerdere ketenaanpakken parallel ontwikkeld. Hoewel deze inhoudelijk veel raakvlakken hebben en allemaal bijdragen aan de verbinding tussen zorg en het sociaal domein, worden zij in de praktijk vaak als afzonderlijke programma's georganiseerd. Daardoor concurreren zij om dezelfde tijd, mensen en middelen binnen de deelnemende organisaties. Hierop wordt verder ingegaan in het hoofdstuk **Relatie met andere ketens en ontwikkelingen**.

Projectleiders geven aan dat het eenvoudiger is om eerst een gezamenlijke basis voor samenwerking te ontwikkelen en vervolgens de verschillende ketenaanpakken daarop te laten aansluiten, dan gelijktijdig meerdere ketenaanpakken te implementeren. De Friese aanpak wordt hierbij regelmatig als voorbeeld genoemd. Daar bestond al jarenlang een provinciale samenwerking tussen alle achttien gemeenten en de betrokken zorg- en welzijnsorganisaties op het gebied van preventie en gezondheid, nog voordat IZA, GALA en AZWA werden ingevoerd. Deze samenwerking werd eerst gefinancierd vanuit ZonMw en later vanuit IZA-middelen. Omdat de financiering vanuit een gezamenlijke regionale middelenstroom plaatsvindt, is ook het bestuurlijk draagvlak breed georganiseerd. Volgens de geïnterviewde projectleiders draagt dit bij aan een sterk mandaat en een stabiele basis voor de implementatie.

Een laatste les uit de praktijk betreft het ontwikkelen van een gezamenlijke taal. Projectleiders adviseren om hier aan het begin van een samenwerking bewust tijd voor vrij te maken. Begrippen die op het eerste gezicht vanzelfsprekend lijken, blijken in verschillende domeinen of beroepsgroepen regelmatig een andere betekenis te hebben. Door hierover met elkaar in gesprek te gaan ontstaat niet alleen meer inhoudelijke duidelijkheid, maar leren professionals elkaar ook beter kennen. Deze investering aan de voorkant betaalt zich later terug doordat samenwerking en besluitvorming soepeler verlopen.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden voor een regionale ketenaanpak Welzijn op Recept bestaan uit samenwerking, financiering, borging en organisatie (zie figuur hieronder). Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat deze randvoorwaarden op alle schaalniveaus bepalend zijn voor een succesvolle implementatie: in de wijk, op gemeentelijk niveau en in de regio.





1. Gelijkwaardige samenwerking als basis

Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat een gelijkwaardige samenwerking tussen huisartsen, welzijnsorganisaties en gemeenten de basis vormt voor een succesvolle implementatie. Vooral bij een regionale implementatiestrategie vraagt dit extra aandacht, omdat de samenwerking minder vanzelfsprekend vanuit de lokale praktijk ontstaat en bewust moet worden georganiseerd. De verschuiving van een lokale naar een regionale aanpak verandert ook de bestuurlijke verhoudingen. Zorgverzekeraars krijgen een nadrukkelijker rol, waardoor regionaal beleid eenvoudiger uniform kan worden geïmplementeerd. Tegelijkertijd ontstaan nieuwe vraagstukken. Lokale financieringsconstructies sluiten niet altijd aan op een regionale aanpak, regio-indelingen vallen niet altijd samen met de werkgebieden van zorgverzekeraars en ook de samenwerking met mandaatgemeenten verschilt per regio.

2. Regie op verschillende organisatieniveaus

De verschillende organisatieniveaus sluiten in grote lijnen aan op de schaal waarop wordt samengewerkt: operationeel in de wijk, tactisch op gemeentelijk niveau en strategisch op regionaal niveau (zie figuur 2). Deze niveaus bestaan niet alleen tussen organisaties, maar ook binnen organisaties. Daardoor neemt de bestuurlijke en organisatorische complexiteit toe. Regionale projectleiders opereren op meerdere niveaus tegelijk en hebben te maken met uiteenlopende belangen. Een terugkerende succesfactor is het hebben van ambassadeurs op ieder organisatieniveau. Regionale ambities krijgen pas betekenis wanneer zij worden vertaald naar de dagelijkse praktijk. Voor projectleiders betekent dit dat de regionale visie concreet wordt gemaakt voor de eigen keten of interventie, bij voorkeur samen met de betrokken professionals en deelnemers.

3. Organisatie en werkafspraken

Een succesvolle implementatie vraagt naast draagvlak om een passende overleg- en organisatiestructuur. Structureel overleg op operationeel, tactisch en strategisch niveau helpt de samenwerking te organiseren en verder te ontwikkelen. Op operationeel niveau blijkt casuïstiek een effectief uitgangspunt. Door succesvolle én minder succesvolle verwijzingen te bespreken, ontstaat meer inzicht in elkaars werkwijze en worden werkafspraken aangescherpt. Op tactisch niveau ligt de nadruk op het afstemmen en uniformeren van werkwijzen en processen. Daarbij speelt regelmatig de vraag of aanpassingen nog binnen Welzijn op Recept vallen of behoren tot de bredere basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen. Op strategisch niveau staan regionale dekking, structurele financiering, borging, monitoring en evaluatie centraal. Een belangrijke taak van de regionale projectleider is het verbinden van inzichten uit deze verschillende overlegstructuren. Projectleiders benadrukken daarnaast dat formele overlegstructuren alleen niet voldoende zijn. Juist tijdens de opstart blijken informele contacten belangrijk. De fysieke aanwezigheid van de welzijnscoach in de huisartsenpraktijk vergroot de zichtbaarheid van Welzijn op Recept en stimuleert de eerste verwijzingen.

4. Proces, digitalisering en monitoring

Samenwerking functioneert beter wanneer werkafspraken expliciet worden vastgelegd. Een duidelijke procesbeschrijving, heldere doelgroepafbakening en een praktisch verwijsschema zorgen ervoor dat werkafspraken kunnen worden geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Ook een goed ingericht verwijsproces, inclusief terugkoppeling aan de verwijzer, is essentieel. Digitalisering ondersteunt de samenwerking, vermindert de administratieve belasting en maakt monitoring eenvoudiger. Lokale keuzes voor digitale systemen kunnen regionale opschaling echter bemoeilijken. Registratiesystemen sluiten niet altijd op elkaar aan, waardoor regionale en landelijke rapportages lastig zijn. Projectleiders adviseren daarom de monitoringssystematiek van Welzijn op Recept binnen de regio zoveel mogelijk te uniformeren. Tijdens de tweede implementatiefase wordt geadviseerd gebruik te maken van zowel het Huisartsinformatiesysteem (HIS) als het cliëntvolgsysteem van de welzijnsorganisatie. Monitoring begint daarbij met een beperkt aantal heldere doelen. Te veel indicatoren verminderen de bruikbaarheid van de informatie voor de uitvoeringspraktijk.



5. Lessen uit de praktijk

Een aandachtspunt dat in meerdere gesprekken naar voren kwam, is de ervaren ongelijkwaardigheid tussen huisartsen en welzijnscoaches. Volgens projectleiders neemt deze af naarmate meer gezamenlijke succeservaringen worden opgedaan. Tegelijkertijd zorgt onduidelijkheid over de functie en deskundigheid van sociaal werkers, versterkt door de veelheid aan functietitels, voor verwarring. Daarnaast ervaren professionals verschillen tussen de beleidscontext van de zorg en die van het sociaal domein. Waar het sociaal domein zich vooral richt op GALA en AZWA, sluit de zorg vaker aan bij het IZA en de eigen sectorale afspraken. Deze verschillen kunnen leiden tot uiteenlopende verwachtingen en vragen om voortdurende afstemming.

Financiering

Financiering als randvoorwaarde

Uit de gesprekken met projectleiders komt meerjarige financiering naar voren als één van de belangrijkste randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie van Welzijn op Recept. Deze bevinding geldt niet alleen voor Welzijn op Recept, maar ook voor andere ketenaanpakken, basisfunctionaliteiten en interventies binnen het sociaal domein. In de afgelopen drie jaar vormden het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) de belangrijkste financieringsbronnen voor regionale projectleiders. Vanuit deze middelen wordt ook (een deel van) de inzet van welzijnscoaches bekostigd. Daarnaast financieren gemeenten deze inzet regelmatig deels vanuit bestaande gemeentelijke middelen. Voor de tijdsinvestering van huisartsen wordt veelal gebruikgemaakt van de beleidsregel **Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP)** binnen de Zorgverzekeringswet. Daarmee wordt de samenwerking tussen zorg en het sociaal domein vanuit meerdere financieringsbronnen ondersteund.

Tijdelijkheid van financiering

Projectleiders ervaren de tijdelijke aard van de financiering als één van de grootste belemmeringen voor een duurzame implementatie. De onzekerheid raakt niet alleen hun eigen inzet, maar ook de ontwikkeling van de regionale samenwerking. Doordat structurele financiering ontbreekt, ontstaat al vroeg de behoefte om Welzijn op Recept te borgen binnen bestaande structuren. Tegelijkertijd laat de praktijk zien dat de implementatie van een domeinoverstijgende samenwerking meerdere jaren vraagt. In veel regio's is de implementatiefase nog niet afgerond wanneer de vraag naar structurele borging al op tafel ligt. Uit de gesprekken blijkt dat deze spanning de implementatie kan vertragen. Een veelgenoemd aandachtspunt is het achterblijven van verwijzingen vanuit de huisartsenpraktijk. Daarnaast geven projectleiders aan dat het lastig is om de interventie afgebakend te houden. Lokale wensen en aanpassingen leiden regelmatig tot verbreding van de aanpak. Op deze ontwikkeling wordt verder ingegaan in het hoofdstuk **Uitvoering Welzijn op Recept in de praktijk**.

De praktijk laat daarnaast zien dat domeinoverstijgende samenwerking ook domeinoverstijgende financiering vraagt. Omdat financiering op dit moment grotendeels nog per domein is georganiseerd, blijft het noodzakelijk dat zowel de zorg als het sociaal domein middelen beschikbaar stellen voor de uitvoering van Welzijn op Recept. Het regionale inkoopdocument biedt hiervoor een praktisch hulpmiddel doordat het inzicht geeft in de totale kosten van de interventie en de verdeling daarvan over de betrokken partijen ondersteunt.

Ook de keuzes die regio's maken binnen de beschikbare financieringsmogelijkheden blijken van invloed op de implementatie. Hoewel de afgelopen jaren verschillende financieringsbronnen beschikbaar waren, verschilden regio's in de mate waarin Welzijn op Recept prioriteit kreeg binnen de regionale IZA-plannen. Daarmee werd de regionale beleidskeuze medebepalend voor de snelheid en omvang van de implementatie. Projectleiders geven aan dat Welzijn op Recept hierbij het voordeel heeft van een stapsgewijze aanpak en een bewezen effectieve werkwijze. Tegelijkertijd blijkt de implementatie van een domein overstijgende interventie in de praktijk complexer dan vooraf vaak wordt verwacht.



AZWA

Met de invoering van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) verandert de financieringsstructuur voor preventie en domeinoverstijgende samenwerking. Vanaf 2027 ontvangen gemeenten structureel middelen via één ontschotte SPUK-regeling voor de periode 2027–2029. Binnen deze regeling vallen onder meer de basisfunctionaliteit **Sociaal Verwijzen** en de thema's Mentale gezondheid, Valpreventie, Kansrijke Start, de aanpak van overgewicht en gezondheidsachterstanden. Voor deze regeling is in totaal **ruim € 1,5 miljard** beschikbaar:

- **€ 451 miljoen** in 2027
- **€ 547 miljoen** in 2028
- **€ 532 miljoen** in 2029

Deze financieringssysteem biedt naar verwachting meer continuïteit dan de tijdelijke middelen uit IZA en GALA. Nog niet volledig duidelijk is wat dit betekent voor Welzijn op Recept. Uit gesprekken met projectleiders blijkt dat de structurele financiering zich vooralsnog richt op de basisfunctionaliteit **Sociaal Verwijzen**. De structurele positie van Welzijn op Recept daarbinnen vraagt verdere uitwerking.

Voor de SPUK-middelen is geen subsidieaanvraag nodig. Wel moet iedere IZA-regio vóór medio november 2026 een regionale werkagenda indienen bij VWS, vastgesteld door alle colleges van B&W. De inhoudelijke voorbereiding moet daarom rond half september gereed zijn om voldoende tijd te houden voor bestuurlijke besluitvorming. De werkagenda vormt een aanvulling op het regionale IZA-plan en bevat ten minste:

- Gezondheidsdoelen passend bij de regionale populatie
- Per basisfunctionaliteit de ambitie, inzet, prioritering en het ingroeipad naar een dekkend aanbod in 2030
- De verdeling van verantwoordelijkheden
- Afspraken over monitoring, evaluatie en bijsturing

De mandaatgemeente en preferente zorgverzekeraar voeren de regie; de IZA-regiotafel is het bestuurlijke platform. Toekenning van de middelen is gekoppeld aan tijdige indiening. VWS toetst de inhoud niet, waardoor de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de werkagenda bij de regio ligt.

Positie van Welzijn op Recept binnen AZWA

Binnen het AZWA zijn vijf leefgebieden onderscheiden:

- **Kansrijk opgroeien**
Waaronder Kansrijke Start, integrale gezinspoli, Nu Niet Zwanger en de aanpak van overgewicht bij kinderen.
- **Gezondheidsachterstanden**
Waaronder multiproblematiek, armoede en schulden, vaccinatiegraad en suïcidepreventie.
- **Mentale gezondheid**
Waaronder Sociaal Verwijzen, mentale gezondheidsnetwerken en laagdrempelige steunpunten.
- **Vitaal ouder worden**
Waaronder valpreventie, de ketenaanpak dementie en Vitaal Thuis.
- **Leefstijl**
Waaronder de aanpak van overgewicht bij volwassenen, nicotinevrij, Rookvrije Start en seksuele gezondheid.

Volgens het AZWA is Welzijn op Recept primair gepositioneerd binnen het leefgebied **Mentale gezondheid**, waar de interventie onderdeel uitmaakt van de gereedschapskist van **Sociaal Verwijzen**. Deze positionering sluit inhoudelijk aan bij de doelstellingen van Welzijn op Recept. Tegelijkertijd kan de interventie ook binnen andere leefgebieden van betekenis zijn, zoals **Vitaal ouder worden** en **Leefstijl**.



3. Uitvoering Welzijn op Recept in de praktijk

Welzijn op Recept bestaat nu ruim vijftien jaar. De interventie ontstond vanuit een huisartsenpraktijk, waar een terugkerende groep patiënten werd gezien met klachten zonder duidelijke medische oorzaak, waarbij een gebrek aan sociale verbinding vaak een belangrijke onderliggende factor bleek. Sindsdien is in vrijwel alle Nederlandse gemeenten ervaring opgedaan met de implementatie van Welzijn op Recept.

Met de invoering van het AZWA is ook de terminologie veranderd. De voormalige ketenaanpakken worden aangeduid als **basisfunctionaliteiten**, waarbinnen gebruik wordt gemaakt van verschillende interventies uit een gereedschapskist. Welzijn op Recept maakt onderdeel uit van deze gereedschapskist en is gepositioneerd binnen de basisfunctionaliteit **Sociaal Verwijzen**. Volgens de RIVM-monitor *Ketenaanpak Sociaal Verwijzen 2025* wordt Welzijn op Recept in 66% van de gemeenten ingezet als interventie binnen Sociaal Verwijzen.

Hoewel de term **Sociaal Verwijzen** pas sinds 2025 wordt gebruikt, laat de praktijk zien dat deze ontwikkeling al veel eerder is ingezet.

De oorspronkelijke ontwikkellogica van Welzijn op Recept

Vanaf de start werkte het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept (LkWoR) vanuit een duidelijke ontwikkellogica. Daarbij worden drie opeenvolgende fasen onderscheiden:

1. **Implementeren** van de interventie Welzijn op Recept
2. **Borgen** van de interventie in de lokale samenwerking
3. **Verbreden** naar andere verwijzers, doelgroepen of interventies

Deze volgorde is bewust gekozen. Eerst moet de interventie lokaal goed functioneren en herkenbaar zijn. Pas daarna ontstaat ruimte om de samenwerking verder uit te bouwen. Wanneer verbreding te vroeg plaatsvindt, bestaat het risico dat de interventie haar herkenbaarheid en werkzame elementen verliest.

De drie verwijroutes

Vanaf de start is door het LkWoR benadrukt dat Welzijn op Recept niet de enige route is vanuit de eerstelijns. Afhankelijk van de hulpvraag kunnen inwoners worden verwezen naar:

- **Welzijn op Recept**
- **Het sociaal wijkteam**
- **Jeugd en gezin**

Deze routes hebben ieder een eigen doelgroep, doelstelling en werkwijze. Welzijn op Recept is daarmee één van de mogelijke interventies binnen de samenwerking tussen zorg en het sociaal domein en niet de samenwerking zelf.

Vier ontwikkelrichtingen

Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat vrijwel iedere regio tijdens de implementatie op enig moment behoefte krijgt aan verbreding. De wijze waarop regio's hiermee omgaan verschilt. Op basis van de interviews zijn vier ontwikkelrichtingen te onderscheiden. Deze vier ontwikkelrichtingen hebben we geprobeerd te duiden aan de hand van een artikel van Ansari, Fiss en Zajac (2010)*. Zij beschrijven hoe interventies en werkwijzen als Welzijn op Recept bij verspreiding naar andere organisaties en lokale contexten vrijwel altijd worden aangepast. Zij gaan ervan uit dat bij de implementatie van een interventie als Welzijn op Recept lokaal maatwerk belangrijk is voor lokale acceptatie. Zulke aanpassingen zijn niet per definitie ongewenst: zij kunnen nodig zijn om een interventie en werkwijze passend en uitvoerbaar te maken.

Wel verschillen aanpassingen in de mate waarin zij de oorspronkelijke praktijk veranderen. Sommige aanpassingen betreffen vooral de lokale organisatie of uitvoering, terwijl andere ook de doelgroep, doelstelling, werkwijze of



kenmerkende elementen raken. In deze regioanalyse gebruiken we deze denkwijze om de vier uitvoeringspraktijken te duiden. Daarbij staat de vraag centraal of sprake is van lokale aanpassing waarbij de kern van Welzijn op Recept behouden blijft of van een verdergaande verandering waardoor feitelijk een andere interventie of werkwijze ontstaat.

* Ansari SM, PC Fiss, EJ Zajac. Made to fit: how practices vary as they diffuse. Academy of management review, 2010, vol 35, no 1, 67-92

1. Welzijn op Recept blijft de interventie

Een deel van de regio's kiest er bewust voor Welzijn op Recept als interventie afgebakend te houden. Bij niet-passende verwijzingen vanuit de huisarts wordt dit teruggekoppeld en via collega's via een andere route verder opgepakt. Wel kan de groep verwijzers worden uitgebreid met andere eerstelijnsprofessionals. Hierdoor ontvangt de welzijnscoach uitsluitend inwoners die passen binnen de doelgroep van Welzijn op Recept en blijft de interventie herkenbaar en goed uitvoerbaar. Deze benadering werd in 3 gesprekken benoemd. In termen van Ansari gaat het hier om ondersteunende lokale variatie. De organisatie en de groep verwijzers kunnen verschillen, maar de doelgroep, doelstelling, werkwijze en werkzame elementen van Welzijn op Recept blijven behouden. Daarmee blijft deze uitvoeringspraktijk herkenbaar als Welzijn op Recept.

2. Welzijn op Recept wordt de samenwerking tussen zorg en sociaal domein

De meeste regio's kiezen voor een bredere invulling van Welzijn op Recept. Daarbij worden niet alleen meer verwijzers aangesloten, maar wordt ook de doelgroep verbreed. Naast een gebrek aan sociale verbinding kunnen bijvoorbeeld ook schuldenproblematiek of andere sociale vraagstukken aanleiding zijn voor een verwijzing. Uit de gesprekken blijkt dat deze ontwikkeling aansluit bij de behoefte van huisartsen. Zij beschikken over één herkenbaar aanspreekpunt voor uiteenlopende sociale problematiek. Tegelijkertijd ervaren welzijnscoaches deze verbreding als een logische uitbreiding van hun werkzaamheden. Vanuit hun kennis van het sociaal domein kunnen zij inwoners ondersteunen of doorgeleiden naar passende voorzieningen. Hierdoor ontwikkelt de welzijnscoach zich op veel plaatsen tot een bredere verbindende professional, bijvoorbeeld als gezondheidsmakelaar, brugfunctionaris of accountmanager.

In deze regioanalyse wordt hiervoor verder de term **brugfunctionaris** gebruikt. Deze ontwikkelrichting werd in 10 gesprekken genoemd. Hoewel deze werkwijze in veel regio's nog steeds de naam *Welzijn op Recept* draagt, sluit zij inhoudelijk aan bij de uitgangspunten van **Sociaal Verwijzen**. Hier raakt de lokale aanpassing aan de kern van de interventie. Niet alleen de groep verwijzers, maar ook de doelgroep, problematiek en taak van de welzijnscoach worden verbreed. In termen van Ansari is daarmee sprake van kernveranderende variatie. De vraag is dan of deze werkwijze nog Welzijn op Recept kan worden genoemd. Inhoudelijk sluit zij eerder aan bij brede sociale toeleiding of Sociaal Verwijzen.

Volgens het LkWor is het belangrijk om hierin duidelijk onderscheid te maken. Wanneer sprake is van de interventie Welzijn op Recept, is het wenselijk deze ook als zodanig te benoemen. Wanneer sprake is van Sociaal Verwijzen, waarbij Welzijn op Recept één van de mogelijke interventies is, verdient ook dat een heldere benaming.

3. Welzijn op Recept én Sociaal Verwijzen naast elkaar

Een derde variant combineert beide voorgaande modellen. De huisarts kan daarbij gericht verwijzen naar Welzijn op Recept wanneer de inwoner binnen de doelgroep van de interventie past. Daarnaast bestaat een aparte route voor bredere sociale vragen. Deze verwijzingen komen binnen bij een welzijnsprofessional die de hulpvraag verder verkennt en waar nodig doorverwijst binnen het sociaal domein. In dit model blijft de interventie Welzijn op Recept herkenbaar, terwijl tegelijkertijd ruimte ontstaat voor een bredere vorm van Sociaal Verwijzen. Deze variant werd in 2 projectleiders genoemd. Deze uitvoeringspraktijk voegt naast Welzijn op Recept een tweede, bredere verwijzroute toe. Daardoor kan lokale variatie worden opgevangen zonder de kern van Welzijn op Recept te veranderen. Dit model maakt het onderscheid tussen Welzijn op Recept en Sociaal Verwijzen voor verwijzers, inwoners en monitoring zichtbaar.



4. Sociaal Verwijzen als infrastructuur

Een vierde ontwikkelrichting werd slechts eenmaal genoemd, maar sluit aan bij de ontwikkelingen binnen het AZWA. Daarbij wordt Sociaal Verwijzen ingericht als de brede infrastructuur voor samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Verwijzingen komen binnen bij een centraal team van welzijnsprofessionals. Op basis van de hulpvraag wordt vervolgens bepaald welke professional en welke interventie het beste past, bijvoorbeeld Welzijn op Recept.

Projectleiders verwachten dat deze vorm de komende jaren vaker zal voorkomen naarmate Sociaal Verwijzen verder wordt uitgewerkt.

Hier is sprake een doorontwikkeling van de samenwerking die rond Welzijn op Recept is opgebouwd, naar een bredere infrastructuur voor Sociaal Verwijzen, naar een bredere infrastructuur voor sociale verwijzing en toeleiding. Binnen die infrastructuur kan Welzijn op Recept als één van de herkenbare interventies worden ingezet.

Analyse

Uit de gesprekken met projectleiders komt een duidelijke ontwikkellijn naar voren. Naarmate de samenwerking tussen zorg en welzijn verder groeit, ontstaat vrijwel altijd behoefte aan verbreding. Die verbreding kan betrekking hebben op:

- Meer verwijzers
- Een bredere doelgroep
- Meer interventies
- Een bredere samenwerking tussen zorg en sociaal domein

De wijze waarop regio's deze ontwikkeling vormgeven verschilt. Sommige regio's kiezen bewust voor een scherp afgebakende interventie, terwijl andere regio's Welzijn op Recept geleidelijk laten opgaan in een bredere infrastructuur voor Sociaal Verwijzen.

Visie van het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept

Het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept (LkWoR) herkent deze ontwikkeling en onderschrijft de meerwaarde van een bredere infrastructuur voor Sociaal Verwijzen. Tegelijkertijd vraagt het netwerk aandacht voor de volgorde waarin deze ontwikkeling plaatsvindt. Uitgangspunt is dat Welzijn op Recept eerst lokaal goed wordt geïmplementeerd en geborgd. Pas daarna kan verbreding naar Sociaal Verwijzen plaatsvinden. Wanneer deze volgorde niet wordt gevolgd, bestaat het risico dat de interventie Welzijn op Recept haar herkenbaarheid, afbakening en meetbaarheid verliest. De naam blijft dan wel bestaan, terwijl de oorspronkelijke interventielogica – vroegsignalering, activering, sociale verbinding en versterking van welbevinden – steeds minder zichtbaar wordt. Volgens het LkWoR wordt Sociaal Verwijzen juist sterker wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen:

- De infrastructuur van Sociaal Verwijzen
- De verschillende verwijsroutes vanuit de eerstelijns
- De interventies die daarbinnen kunnen worden ingezet

Welzijn op Recept is binnen deze bredere ontwikkeling één van de beschikbare interventies, met een eigen doelgroep, werkwijze, doelstelling en kwaliteitskader.

Brugfunctionaris



Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat de rol van de welzijnscoach in verschillende regio's wordt verbreed. Deze professional krijgt dan niet alleen verwijzingen binnen de doelgroep van Welzijn op Recept, maar ook uiteenlopende sociale vragen. Daarbij worden benamingen gebruikt als gezondheidsmakelaar, brugfunctionaris of accountmanager. Projectleiders geven aan dat huisartsen het voordeel ervaren van één herkenbaar aanspreekpunt. Tegelijkertijd wordt het onderscheid tussen Welzijn op Recept en bredere sociale toeleiding minder duidelijk. In deze regioanalyse wordt de term **brugfunctionaris** gebruikt. Projectleiders geven aan dat deze functie vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. De brugfunctionaris:

- Heeft als basis een opleiding in het sociaal werk
- Kent de eerstelijnszorg en de verwijzers persoonlijk
- Heeft goed zicht op het sociaal domein en de sociale basis
- Beschikt over de vaardigheden om hulpvragen te verhelderen en passende vervolgacties te organiseren

De brugfunctionaris verbindt de kennis van het sociaal domein met de praktijk van de eerstelijnszorg. Vanuit deze brede expertise kan de hulpvraag worden beoordeeld, gecategoriseerd en, waar mogelijk, direct worden opgepakt of worden doorgeleid naar een passende voorziening. Dit gebeurt altijd in afstemming met de inwoner.

Projectleiders zien deze bredere verbindende functie niet uitsluitend als een voordeel. In de gesprekken werd ook gewaarschuwd voor taakverzwaring en functieervaging. Juist omdat de infrastructuur van Welzijn op Recept goed functioneert, worden geregeld nieuwe taken, projecten en ketenaanpakken bij de bestaande welzijnscoach belegd. Hierdoor kunnen de inhoudelijke begeleiding binnen Welzijn op Recept, warme doorgeleiding en een brede brug- of makelaarsfunctie door elkaar gaan lopen. Projectleiders benadrukken daarom het belang van een heldere rol, opdracht en afbakening. Een welzijnscoach die een inwoner bij een andersoortige vraag warm doorgeleidt, vervult daarmee nog niet automatisch een brede brugfunctie voor alle sociale vragen.



4. Relatie met de andere ketenaanpakken

Welzijn op Recept staat niet op zichzelf. De afgelopen jaren zijn meerdere landelijke ontwikkelingen in gang gezet die lokaal en regionaal om implementatie vragen. Naast het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) speelt ook de ontwikkeling van de Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV) een belangrijke rol. Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat deze ontwikkelingen elkaar steeds vaker raken en in de praktijk om samenhang vragen.

Alle ketenaanpakken hebben een eigen doelgroep en werkwijze, maar delen hetzelfde uitgangspunt: domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg en het sociaal domein, met de inwoner centraal. Uit de gesprekken blijkt dat de samenwerking tussen de verschillende ketenaanpakken zich nog in verschillende fasen bevindt. Voor Welzijn op Recept zijn nog weinig structurele samenwerkingen ingericht, al zien projectleiders duidelijke inhoudelijke raakvlakken. Zo wordt Welzijn op Recept regelmatig genoemd als passende interventie binnen de netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas. Ook met Valpreventie worden kansen gezien. Eén van de geïnterviewde projectleiders beschreef bijvoorbeeld hoe een welzijnsrecept werd ingezet als toegang tot een valpreventieprogramma. Voor Kansrijke Start en de ketenaanpak overgewicht en obesitas bij jeugd worden minder directe verbanden gezien, al kan Welzijn op Recept volgens enkele projectleiders ook voor jongeren vanaf ongeveer zestien jaar een passende interventie zijn.

Leren van regionale samenwerking

Een terugkerende observatie uit de interviews is dat regio's die succesvol zijn in meerdere ketenaanpakken meestal al vóór de invoering van het IZA intensief samenwerkten. Organisaties kenden elkaar, werkten vanuit een gezamenlijke visie en hadden bestaande samenwerkingsstructuren. De introductie van de ketenaanpakken sloot daardoor aan op een samenwerking die al bestond.

De Friese Preventieaanpak wordt hiervoor door meerdere projectleiders als voorbeeld genoemd. Al vóór de komst van het IZA werkten de achttien Friese gemeenten en de betrokken zorg- en welzijnsorganisaties samen aan preventie en gezondheid. Toen de ketenaanpakken werden geïntroduceerd, konden deze relatief eenvoudig worden ondergebracht binnen de bestaande regionale preventie-infrastructuur. Uit de gesprekken blijkt bovendien dat samenwerking tussen ketenaanpakken in de praktijk meerwaarde kan opleveren. Zo zijn in Friesland gezamenlijke vragenuren georganiseerd voor de aanpak van overgewicht bij kinderen en volwassenen. Ook worden professionals soms binnen meerdere ketens ingezet. Een voorbeeld hiervan is de centrale zorgcoördinator binnen de aanpak voor volwassenen met overgewicht, die tegelijkertijd werkzaam is als welzijnscoach voor Welzijn op Recept.

Tegelijkertijd plaatsen projectleiders hierbij een belangrijke kanttekening. Samenwerking tussen ketenaanpakken werkt vooral wanneer iedere keten eerst afzonderlijk goed is ingericht. Pas daarna ontstaat ruimte om verbanden te leggen en gezamenlijk op te trekken. Ook in andere regio's worden hiervan voorbeelden genoemd. Projectleiders zien bijvoorbeeld dat deelnemers die uitvallen binnen één van de andere ketenaanpakken soms alsnog geholpen kunnen worden via Welzijn op Recept. Andersom kan Welzijn op Recept juist de eerste stap zijn voordat een deelnemer voldoende in staat is om deel te nemen aan een andere ketenaanpak. Sommige projectleiders beschouwen Welzijn op Recept of Sociaal Verwijzen zelfs als een toegang tot de andere ketenaanpakken. Vanuit een brede visie op gezondheid is dat een aantrekkelijk perspectief. Tegelijkertijd waarschuwen zij dat deze ambitie de implementatie ook complexer kan maken, vooral wanneer deze al vanaf de start wordt nagestreefd. Wanneer professionals meerdere rollen vervullen binnen verschillende ketens vraagt dit om duidelijke taakafbakening, heldere beroepsprofielen en goede registratie van de verschillende stappen die met inwoners worden gezet.



AZWA en de positie van Welzijn op Recept

Met de invoering van het AZWA verandert ook de positionering van Welzijn op Recept. De voormalige ketenaanpakken worden aangeduid als basisfunctionaliteiten. Welzijn op Recept is daarmee niet langer een ketenaanpak of basisfunctionaliteit, maar een interventie binnen de gereedschapskist van Sociaal Verwijzen. Zoals eerder beschreven is Welzijn op Recept in eerste instantie gekoppeld aan het leefgebied **Mentale gezondheid**. Tegelijkertijd blijkt uit de gesprekken met projectleiders dat de interventie ook goed toepasbaar is binnen andere leefgebieden, zoals **Vitaal ouder worden** en **Leefstijl**.

Samenhang met andere ontwikkelingen

Naast het AZWA speelt ook de ontwikkeling van de Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV). Waar het AZWA zich richt op het versterken van de sociale basis via de basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen, richt het RESV zich op de verdere samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Uiteindelijk komen beide ontwikkelingen samen in de wijk. Binnen Welzijn op Recept wordt al jarenlang gewerkt vanuit deze gedachte. De interventie is alleen succesvol wanneer inwoners daadwerkelijk kunnen deelnemen aan laagdrempelige activiteiten in hun eigen wijk. Binnen Welzijn op Recept worden deze activiteiten aangeduid als **warme plekken**. De afgelopen jaren is gewerkt aan het beschrijven van de randvoorwaarden die nodig zijn om deze warme plekken duurzaam te organiseren.

Conclusie

Uit de gesprekken met projectleiders komt een duidelijke rode draad naar voren. De verschillende landelijke ontwikkelingen bewegen inhoudelijk steeds meer in dezelfde richting. Zowel het IZA, GALA, AZWA als de ontwikkeling van de RESV stimuleren een hechtere samenwerking tussen zorg en het sociaal domein. Voor projectleiders ligt de uitdaging vooral in het vertalen van deze ontwikkelingen naar een uitvoerbare praktijk. Dat vraagt om focus en eenvoud. Juist op lokaal niveau is het belangrijk om de verschillende beleidsontwikkelingen niet als losse programma's te organiseren, maar ze zoveel mogelijk in samenhang vorm te geven. Daarmee blijven de uitvoering voor professionals en de ondersteuning van inwoners overzichtelijk.



5. Monitoring

Uit de gesprekken met projectleiders blijkt dat monitoring één van de meest complexe onderdelen is van de regionale implementatie van Welzijn op Recept. Van de vijf voormalige ketenaanpakken wordt Welzijn op Recept door veel projectleiders genoemd als de lastigste om regionaal te monitoren. De belangrijkste reden hiervoor is dat vrijwel iedere gemeente al vóór de regionale samenwerking een eigen invulling aan Welzijn op Recept had gegeven. Daarbij verschillen gemeenten in werkwijze, betrokken welzijnsorganisaties, registratiesystemen en software. Hoewel regionaal vaak behoefte bestaat aan meer uniformiteit, is die behoefte lokaal minder vanzelfsprekend. De ontwikkeling van een lokaal georganiseerde interventie naar een regionaal georganiseerde aanpak is daarmee direct zichtbaar in de monitoringsvraag.

Lokale en regionale informatiebehoefte

Het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept (LkWoR) heeft het monitoren en evalueren van Welzijn op Recept uitgewerkt in de *Handreiking Monitoren en evalueren Welzijn op Recept*. Veel gemeenten gebruiken deze systematiek als uitgangspunt. Tegelijkertijd blijkt uit de gesprekken dat de informatiebehoefte van gemeenten, regio's en landelijke beleidsprogramma's niet altijd overeenkomt. Waar lokaal behoefte bestaat aan inzicht in de uitvoering en effecten van de interventie, ligt binnen landelijke beleidsprogramma's de nadruk vaak op verantwoording van de ingezette middelen. Projectleiders ervaren dat financiële verantwoording daardoor soms belangrijker wordt dan inhoudelijke monitoring. Dit roept de vraag op welke gegevens minimaal regionaal uniform moeten worden vastgelegd om zowel de uitvoering als de effectiviteit van Welzijn op Recept goed te kunnen volgen. De kernelementen zoals genoemd in het *handboek Welzijn op Recept* en de *handreiking Monitoren en evalueren van Welzijn op Recept* kunnen hierin ondersteunend zijn.

Wat wil je eigenlijk monitoren?

Een tweede vraag die uit de gesprekken naar voren komt, is waarop de monitoring zich precies moet richten. Gaat het om **Welzijn op Recept**, om **Sociaal Verwijzen**, of om **beide**? Deze keuze bepaalt welke gegevens worden verzameld, op welk schaalniveau wordt gemonitord en voor welke doelgroep de informatie bedoeld is. Daarnaast speelt de vraag of vooral het middel of juist het beoogde effect wordt gemeten. Voor Welzijn op Recept bestaat een landelijke uitvraag via de 2-jaarlijkse monitor en een uitgewerkt monitoringskader. Tegelijkertijd kan de informatiebehoefte lokaal of regionaal hiervan afwijken. Daarmee ontstaat de uitdaging om landelijke uniformiteit te combineren met ruimte voor lokale informatiebehoeften. De uitkomsten van de effectstudie naar Welzijn op Recept uitgevoerd door de Erasmus universiteit zijn belangrijk hierin.

Registratie als basis voor monitoring

Uit de gesprekken blijkt dat goede monitoring begint bij een eenduidige registratie aan de bron. Binnen de huisartsinformatiesystemen (HIS) worden al verschillende gegevens over Welzijn op Recept geregistreerd. Tegelijkertijd geven meerdere projectleiders aan dat het registratiesysteem van de welzijnsorganisatie beter aansluit bij de centrale rol van de welzijnscoach binnen de interventie. De registratiesystemen van de grotere welzijnsorganisaties zijn hiervoor technisch toegankelijk. Voor een volledig beeld zijn registratie in het HIS (Z68) en registratie door de welzijnsorganisatie beide nodig. Zij leveren verschillende, aanvullende gegevens op over resp. Verwijzing, bereik, uitvoering en resultaten. Of de benodigde informatie daadwerkelijk beschikbaar is, hangt daardoor sterk af van lokale afspraken en de inrichting van de registratie.

Regionale verschillen

De gesprekken laten zien dat regio's sterk verschillen in de manier waarop monitoring wordt ingezet. Sommige regio's leggen veel nadruk op het aantonen van resultaten en maatschappelijke opbrengsten. Andere regio's beperken monitoring juist omdat Welzijn op Recept al een beproefde interventie is. Volgens projectleiders ligt hier nog een gezamenlijke opgave voor het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, het ministerie van VWS en



Zorgverzekeraars Nederland. Met name de behoefte aan uitgebreide verantwoording wordt door verschillende projectleiders gekoppeld aan de financierings- en verantwoordingssystematiek binnen de zorg.

Monitoring met zo min mogelijk extra registratielast

Een duidelijke rode draad uit de gesprekken is dat monitoring alleen draagvlak houdt wanneer deze zo veel mogelijk aansluit bij de bestaande registratie. Projectleiders geven aan dat aanvullende registraties de uitvoeringspraktijk belasten en daardoor de bereidheid om te monitoren verminderen. Tijdelijke registraties voor onderzoek zijn meestal goed uitvoerbaar, maar structurele extra registratielast wordt als ongewenst ervaren. Ook jaarlijkse of tweejaarlijkse uitvragen hebben daarom niet de voorkeur wanneer dezelfde informatie al beschikbaar is in de reguliere registratie.

Ontwikkelingen

De komende jaren zal duidelijk moeten worden hoe de bestaande landelijke monitor van Welzijn op Recept zich verhoudt tot de monitoring van Sociaal Verwijzen. Ook de rol van NIVEL en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) bij de monitoring van Sociaal Verwijzen en de gereedschapskist waar Welzijn op Recept onderdeel van uitmaakt, vraagt nog verdere uitwerking. Totdat hierover meer duidelijkheid bestaat, adviseert het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept om de bestaande vragenlijst van de landelijke monitor van Welzijn op Recept te blijven gebruiken.



6. Hoofdconclusie

Welzijn op Recept heeft zich in de afgelopen vijftien jaar ontwikkeld van een lokale interventie naar een regionale opgave binnen een steeds bredere beweging van domeinoverstijgende samenwerking. Met de komst van het IZA, GALA en AZWA zijn de bestuurlijke context, de financiering en de schaal waarop wordt samengewerkt ingrijpend veranderd. De kern van Welzijn op Recept is daarbij echter niet veranderd. De regioanalyse laat zien dat de oorspronkelijke uitgangspunten van Welzijn op Recept nog altijd de basis vormen voor een succesvolle implementatie. Een gedeelde visie, een gelijkwaardige samenwerking tussen zorg en welzijn, een duidelijke organisatie en structurele financiering blijken, ongeacht de regio, de belangrijkste randvoorwaarden. Tegelijkertijd neemt de bestuurlijke complexiteit toe. Regionale samenwerking vraagt om afstemming tussen meer partijen, verschillende financieringsstromen en uiteenlopende belangen. Juist daarom is het belangrijk de uitvoering voor professionals en inwoners eenvoudig en herkenbaar te houden.

Welzijn op Recept: wat is het wel en wat is het niet?

De gesprekken met projectleiders laten zien dat in de praktijk regelmatig onduidelijkheid bestaat over de afbakening van Welzijn op Recept. Die duidelijkheid is essentieel.

Welzijn op Recept is:

- Een erkende en goed onderbouwde interventie
- Bedoeld voor inwoners met lichte psychosociale klachten en verminderd welbevinden, waarbij een gebrek aan sociale verbinding en betekenisvolle deelname een belangrijke rol speelt
- Een verwijzing naar een welzijnscoach, die inwoners kortdurend, oplossingsgericht en activerend begeleidt bij het versterken van hun welbevinden, sociale verbinding en betekenisvolle deelname
- Onderdeel van een bredere beweging naar passende zorg en een sterke sociale basis

Welzijn op Recept is niet:

- De totale samenwerking tussen zorg en sociaal domein
- Een oplossing voor alle sociale hulpvragen
- Hetzelfde als de basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen

Dat onderscheid is belangrijk voor de herkenbaarheid, kwaliteit en effectiviteit van de interventie.

Verbreden kan, mits de kern behouden blijft

Uit de gesprekken blijkt dat vrijwel alle regio's op enig moment behoefte krijgen aan verbreding. Huisartsen signaleren ook andere sociale problematiek en welzijnscoaches beschikken over de kennis om inwoners naar passende ondersteuning toe te leiden. Die ontwikkeling is logisch en sluit aan bij de beweging richting Sociaal Verwijzen. De regioanalyse laat echter ook zien dat de volgorde waarin deze ontwikkeling plaatsvindt bepalend is. Eerst moet Welzijn op Recept lokaal goed zijn geïmplementeerd en geborgd. Pas daarna ontstaat ruimte om de samenwerking te verbreden.

De vier uitvoeringspraktijken laten zien dat niet iedere lokale aanpassing dezelfde betekenis heeft. Sommige aanpassingen ondersteunen de lokale toepassing van Welzijn op Recept, terwijl andere de doelgroep, werkwijze en functie zo ingrijpend veranderen dat feitelijk sprake is van Sociaal Verwijzen. Een derde mogelijkheid is om Welzijn op Recept herkenbaar te behouden en daarnaast een brede route voor sociale toeleiding te organiseren. Het model van Ansari helpt om dit onderscheid te maken: lokale variatie is mogelijk en vaak noodzakelijk, zolang de kern van de interventie behouden blijft.



Daarbij zijn verschillende ontwikkelpaden mogelijk:

1. **Binnen de interventie:** lokaal maatwerk, zolang de uitgangspunten en doelgroep van Welzijn op Recept behouden blijven
2. **Naast de interventie:** aanvullende verwijroutines of andere interventies voor inwoners met een andere hulpvraag
3. **Binnen Sociaal Verwijzen:** een bredere infrastructuur waarin Welzijn op Recept één van de beschikbare interventies is

Door deze drie niveaus bewust van elkaar te onderscheiden, blijft voor professionals duidelijk wanneer sprake is van Welzijn op Recept en wanneer van Sociaal Verwijzen.

De rol van de lokale en regionale projectleider

De implementatie vraagt om verschillende rollen op lokaal en regionaal niveau. Op basis van deze regio analyse ziet het LkWoR de volgende taakverdeling. De **lokale projectleider** richt zich op de uitvoering. Daarbij staan het borgen van de uitgangspunten van Welzijn op Recept, de samenwerking tussen huisartsen, welzijn en gemeente en een goed werkend verwijsproces centraal. De **regionale projectleider** richt zich op de voorwaarden waaronder lokale implementatie kan slagen. Dat betekent het organiseren van samenwerking, het stimuleren van kennisuitwisseling, het waar mogelijk harmoniseren van werkwijzen, het ondersteunen van monitoring en het verbinden van regionale ontwikkelingen zoals IZA, AZWA, RESV en Sociaal Verwijzen. De regioanalyse laat zien dat regionale uniformering niet het doel op zich is. Uniformiteit is alleen wenselijk waar deze de kwaliteit, herkenbaarheid en monitorbaarheid van Welzijn op Recept ondersteunt. Lokale ruimte blijft noodzakelijk om aan te sluiten bij de praktijk in gemeenten en wijken.

Landelijke kennisdeling en duiding

Uit de gesprekken blijkt dat projectleiders behoefte hebben aan landelijke kennisdeling en duiding. Dit geldt in het bijzonder voor de verhouding tussen Welzijn op Recept en Sociaal Verwijzen, de ruimte voor lokale variatie en het bewaken van de herkenbare kern en kwaliteit van de interventie. Ook is behoefte aan uitwisseling van regionale ervaringen, ondersteuning bij monitoring en praktische handvatten voor implementatie en borging.

Tot slot

De beweging naar Sociaal Verwijzen biedt kansen om de samenwerking tussen zorg en het sociaal domein verder te versterken. Tegelijkertijd vraagt deze ontwikkeling om duidelijke keuzes. Welzijn op Recept blijft het meest waardevol wanneer de interventie herkenbaar en afgebakend blijft en bewust wordt gepositioneerd binnen de bredere infrastructuur van Sociaal Verwijzen. De belangrijkste opgave voor de komende jaren ligt daarom niet in verdere verbreding alleen, maar vooral in het behouden van de kracht van de interventie terwijl de bestuurlijke en organisatorische context verandert. Juist door de uitvoering lokaal eenvoudig te houden en regionaal de juiste voorwaarden te organiseren, kan Welzijn op Recept duurzaam bijdragen aan een sterke sociale basis en hechte wijkverbanden.



Bijlage

Bijlage 1 - Lijst met gesprekspartners

Gesproken met:

- Rijnmond, Samergo (ROS)
- Utrecht, GGD-regio Utrecht
- Amsterdam, GGD Amsterdam
- Zuid-Nederland, Proscoop
- Noord- Midden Limburg, gemeente Venlo.
- Zuid-Limburg, Pluswijken
- West-Brabant, MEE West Brabant
- Zuid-Oost Brabant, GGD Brabant Zuid-Oost
- Groningen/ Noord-Drenthe, DokNoord
- Haaglanden, GGD Haaglanden
- Haaglanden, Projectgroep WoR Haaglanden
- Zeeland, regionale projectleiding WoR
- Landelijk, ROS netwerk
- Leernetwerkbijeenkomsten Sociaal Verwijzen GGD GHOR



Welzijn op Recept herkenbaar en afgebakend houden binnen de bredere infrastructuur van Sociaal Verwijzen.

Welzijn op Recept groeit van lokaal naar regionaal. IZA/GALA/AZWA veranderen de context, maar de kernvoorwaarden blijven: gedeelde visie, gelijkwaardigheid zorg/welzijn, duidelijke organisatie en structurele financiering.



Eerst borgen, dan verbreden

Voor mensen die al werken met Welzijn op Recept: Start met een goede lokale implementatie en borging. Pas daarna ontstaat ruimte om de samenwerking te verbreden.



Lokaal uitvoeren, regionaal voorwaarden creëren

Lokale projectleider
Focus op uitvoering en samenwerking in de praktijk.

Regionale projectleider
Organiseert voorwaarden, kennisdeling, monitoring en verbindt regionale ontwikkelingen.

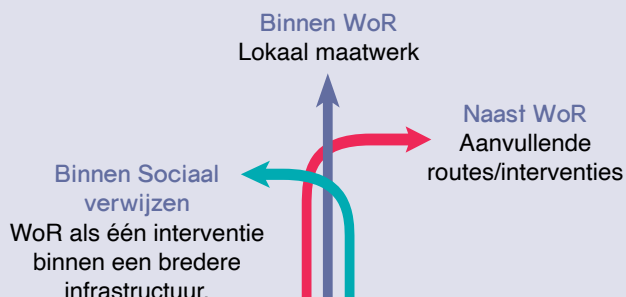


Wat is Welzijn op Recept wel, en wat is het niet

- De totale samenwerking tussen zorg en sociaal domein
- Een oplossing voor alle sociale hulpvragen
- Hetzelfde als de basisfunctionaliteit Sociaal Verwijzen
- + Een erkende en goed onderbouwde interventie
- + Voor inwoners met lichte psychosociale klachten en verminderd welbevinden, waarbij sociale verbinding en betekenisvolle deelname een belangrijke rol spelen
- + Verwijzing naar een welzijnscoach, die kortdurend, oplossingsgericht en activerend begeleidt naar meer welbevinden, sociale verbinding en betekenisvolle deelname
- + Onderdeel van de bredere beweging naar passende zorg en een sterke sociale basis



Ontwikkelpaden



Kennisdelen en duiden



Tot slot

Welzijn op Recept blijft het meest herkenbaar en krachtig wanneer de interventie duidelijk wordt afgebakend binnen de bredere infrastructuur van Sociaal Verwijzen. Lokaal ligt de focus op een goede uitvoering, regionaal op het organiseren van de juiste voorwaarden. Zo kan de kern van Welzijn op Recept behouden blijven in een veranderende context.



Welzijn op Recept
Landelijk kennisnetwerk