

Welzijn op recept

Interventiebeschrijving

Colofon

Ontwikkelaars / licentiehouders van de interventie

Naam Jeannette Smiesing (MOvactor)
Adres Postbus 111
Postcode 3430 AC
Plaats Nieuwegein
E-mail jsmiesing@movactor.nl
Telefoon 030 603 37 48

Naam Henry Sinnema (Trimbos instituut)
Adres Postbus 725
Postcode 3500 AS
Plaats Utrecht
E-mail hsinnema@trimbos.nl
Telefoon 030 297 11 01

Website <http://praktijkvoorbeelden.vng.nl/databank/gezondheid-en-welzijn/welzijn/welzijn-op-recept.aspx>

Referentie in verband met publicatie

Marieke Ploegmakers
Welzijn op recept
Effectieve sociale interventies
Utrecht, Movisie
november 2014, herzien mei 2015

Voor meer informatie en contact verwijzen wij naar www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies

Het werkblad dat gebruikt is voor het maken van deze interventiebeschrijving is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



Inhoud

Colofon	2
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving	5
1. Probleemomschrijving	5
2. Beschrijving interventie.....	7
3. Onderbouwing	15
4. Uitvoering.....	19
5. Onderzoek naar praktijkervaringen	22
6. Onderzoek naar de effectiviteit.....	25
7. Aangehaalde literatuur	26

Samenvatting Welzijn op recept

Doelgroep

De primaire doelgroep bestaat uit volwassenen met psychosociale problemen die regelmatig bij de huisarts komen. Eerstelijnszorgverleners van een huisartsenvoorziening en welzijnsprofessionals van een welzijnsorganisatie vormen de intermediaire doelgroep.

Doel

Het doel is 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.

Aanpak

Bij Welzijn op recept verwijst een zorgverlener in de huisartsvoorziening de patiënt naar een zogenaamd 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie. Deze arrangementen bestaan uit interventies die het welbevinden van mensen verhogen, zoals creatieve activiteiten, vrijwilligerswerk, sport en bewegen of een combinatie hiervan. De lokale ontwikkeling van de arrangementen is een cruciaal onderdeel van de aanpak, omdat alleen zo arrangementen passend bij de patiëntenpopulatie en de mogelijkheden van de welzijnsorganisatie geboden kunnen worden.

Uitvoerende organisaties

Welzijn op recept wordt uitgevoerd door welzijnsorganisaties in samenwerking met eerstelijnszorgvoorzieningen, zoals een huisartsenpraktijk of een gezondheidscentrum.

Onderzoek

Uit twee onderzoeken (De Groot en Meijs, 2013; Sinnema, Muntingh, Smiesing & De Groot, 2014) is gebleken dat de deelnemers tevreden zijn met de welzijnsarrangementen. De meeste patiënten met een welzijnsrecept waren niet meteen gemotiveerd om deel te nemen of konden nog geen keuze maken voor een welzijnsarrangement. Zij kregen één of twee gesprekken met een welzijnscoach. Bij de deelnemers aan de arrangementen was veelal sprake van forse multiproblematiek, hoewel de interventie ook bedoeld is voor mensen met lichtere klachten. Door de interventie is structurele samenwerking ontstaan tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn. Ongeveer de helft van de zorgverleners vindt de kwaliteit van zorg hierdoor verbeterd.

Werkzame elementen

- Het werken volgens de 'Principes van duurzaam geluk' zorgt voor duidelijkheid en structuur in het welzijnsaanbod.
- Door zo veel mogelijk te werken met *evidence based* welzijnsinterventies, is de kans groter dat de klachten van de doelgroep verminderen. Bovendien vergroot dat het vertrouwen van de eerstelijnszorgverleners in de werkzaamheid van het welzijnsaanbod.
- De workshops met eerstelijnszorgverleners en welzijnsprofessionals samen zorgen ervoor dat ze meer op één lijn zitten.
- De intentieverklaring en de samenwerkingsovereenkomst van huisartsvoorziening en welzijnsorganisatie borgen de samenwerking.
- Het aan elkaar koppelen van de psychosociale problemen in de wijk en het welzijnsaanbod vergroot de kans dat de doelgroep een passend welzijnsarrangement krijgt toegewezen.
- De betrokkenheid van professionals bij de ontwikkeling van de welzijnsarrangementen vergroot het draagvlak.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Er zijn veel mensen met een verminderd welbevinden als gevolg van psychosociale problemen door bijvoorbeeld ingrijpende gebeurtenissen, relatieproblemen of een zieke partner. Deze problemen uiten zich vaak in lichamelijke klachten, somberheid, stress en angstklachten.

Welbevinden wordt in de Mental Health Continuum-Short Form beschreven als emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, die gezamenlijk de totale positieve geestelijke gezondheid weergeven.

- Emotioneel welbevinden gaat om levenstevredenheid en positieve gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999 in: Lamers et al., 2011).
- Psychologisch en sociaal welbevinden richten zich op het optimaal functioneren van mensen in plaats van op het ervaren van tevredenheid en geluk.
- Psychologisch welbevinden concentreert zich op optimaal persoonlijk functioneren en omvat aspecten als autonomie en zelfacceptatie (Ryff, 1989 in: Lamers et al., 2011).
- Sociaal welbevinden richt zich op optimaal functioneren in de maatschappij, zoals sociale contributie en integratie (Keyes, 1998 in: Lamers et al., 2011).

Vaak belanden deze problemen als onduidelijke medische klachten in de spreekkamer van de huisarts. Deze verwijst doorgaans door naar medische of psychologische zorg, terwijl dit niet altijd nodig is. Ook is de effectiviteit van medicatie bij lichte psychische klachten onduidelijk (Thio & Van Balkom, 2009). Het welbevinden van deze patiënten verbetert doorgaans onvoldoende na het voorschrijven van medicatie of verwijzing naar psychologische zorg.

Daarentegen verwijzen huisartsen deze patiënten niet door naar welzijn, terwijl deelname aan welzijnsinterventies voor de meeste mensen met psychosociale problemen wel effectief lijkt te zijn en het welbevinden lijkt te vergroten (Friedli, Jackson, Abernethy & Stansfield, 2008).

Spreiding

Mensen met psychosociale problemen maken vaker gebruik van huisartsenzorg dan andere mensen (Cardol, e.a., 2004; Smits e.a., 2009). Veel huisartsconsulten hebben betrekking op psychosociale problemen. Bij naar schatting 50% van de mensen die bij de huisarts komen, is sprake van psychosociale problemen (Walters, Buszewicz, Weich & King, 2008; Rosenberg, Lussier, Beaudoin, Kirmayer, & Dufort, 2002).

Uit studies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in Nederland blijkt dat bij 25% van de huisartsconsulten psychosociale problematiek als reden is geregistreerd en dat 12-20% van de consulterende patiënten een combinatie van somatische en psychische aandoeningen heeft (RVZ, 2012a; Lamberts et al., 1994 in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012). Bij 6% van de consulten gaat het om alleen sociale problematiek (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012). Bij somatische klachten of aandoeningen is bij een kwart van de mensen sprake van psychosociale achtergrondproblematiek (Van den Berg et al., 2004 in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012).

Gevolgen

Ondanks het voorschrijven van medicijnen of het verwijzen naar psychologische zorg bij psychosociale problemen blijven de klachten aanwezig en blijft het zorggebruik hoog. Verminderd welbevinden gaat vaak samen met ongezonde leefstijlkeuzes, wat weer tot verminderde gezondheid en verdere vermindering van welbevinden kan leiden.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep van Welzijn op recept bestaat uit volwassenen met een laag welbevinden samenhangend met psychosociale problemen die regelmatig bij de huisarts komen.

De volgende problemen (enkelvoudig of in combinatie) kunnen een rol spelen.

- Psychische klachten: somber voelen, angstig gevoel/veel piekeren, stress/overspannen, overige psychische klachten.
- Vastlopen in het leven, problemen op het werk, relatieproblemen, meemaken van een ingrijpende gebeurtenis.
- Problemen met chronische lichamelijke ziekte.
- Chronische psychische klachten (al behandeld en nu stabiel).
- Probleem met ziekte van ouders/familie, partner, kind (bij mantelzorgen).
- Eenzaamheid, dreiging sociaal isolement, beperkt netwerk.
- Lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten (veel wisselende lichamelijke klachten).
- Slaapproblemen.
- Ongezonde leefstijl (roken, te weinig bewegen, overgewicht).
- Niet naar de zin in de wijk, onveilig voelen.

De specifieke doelgroepen worden per locatie gedefinieerd op basis van de meest voorkomende psychosociale problemen.

Intermediaire doelgroep

Eerstelijnszorgverleners van een huisartsenvoorziening en welzijnsprofessionals van een welzijnsorganisatie zijn intermediaire doelgroepen. Eerstelijnszorgverleners zijn naast de huisarts bijvoorbeeld de praktijkondersteuner somatiek (POH-Somatiek), de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGz), de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV), de fysiotherapeut, de diëtist en de wijkverpleegkundige.

Selectie van doelgroepen

Selectie van deelnemers

In principe kunnen alle patiënten boven de 18 jaar bij wie licht psychosociale problemen zijn geconstateerd en waarvoor geen medische of psychologische zorg nodig is door eerstelijnszorgverleners van de huisartsenvoorziening, Welzijn op recept voorgeschreven krijgen. De huisarts toetst of er een medische aandoening aan de klacht ten grondslag ligt die behandeling of nader onderzoek noodzakelijk maakt.

Exclusiecriteria:

- Jonger dan 18 jaar (dit vraagt een ander welzijnsaanbod, wat momenteel nog buiten deze interventie en samenwerking valt. De interventie kan hier in de toekomst wel op aangepast worden).
- Niet stabiele psychiatrische problematiek.
- Het life event staat nog teveel op de voorgrond/ is nog te actueel.

Selectie van zorgverleners en welzijnsprofessionals

Er worden geen specifieke eisen gesteld aan de zorgverleners van de huisartsenvoorziening buiten dat zij bereid moeten zijn tot deze -nieuwe- manier van samenwerking. De welzijnsprofessional is over het algemeen een sociaal agoog met HBO achtergrond.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het welbevinden van mensen die met psychosociale klachten bij de huisarts komen, is verhoogd.

Om het hoofddoel, op cliëntniveau, te kunnen bereiken wordt samenwerking en werkafspraken georganiseerd tussen eerstelijnsvoorzieningen en de welzijnsorganisatie. Dit maakt het mogelijk om een passend aanbod op cliëntniveau te realiseren om uiteindelijk het hoofddoel te bereiken, waarbij welzijn een nieuwe verwijzpartner van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt. Welzijn op recept is daarbij het concrete 'middel'. Dit maakt dat de interventie bestaat uit twee onderdelen: de meer projectmatige aanpak met betrekking tot de ontwikkeling van de samenwerking en de arrangementen en het welzijnsrecept zelf, waarmee de cliënt deelnemer wordt van een welzijnsarrangement (zie 2.3 voor verdere uitwerking van dit onderscheid).

Subdoelen

Voor de intermediaire doelgroep

1. De professionals van de eerstelijnsvoorziening kennen het welzijnsaanbod waarnaar verwezen kan worden.
2. Professionals van de eerstelijnsvoorziening en van de welzijnsorganisatie benaderen elkaar en verwijzen naar elkaar op basis van een samenwerkingsovereenkomst met daarin onder andere een standaardprocedure voor verwijzing, terugkoppeling en resultaatafspraken.
3. Er is een interventieaanbod ontwikkeld op basis van de zes Principes van duurzaam geluk¹, waar mogelijk evidence based.
4. Het is duidelijk welke interventies binnen het interventieaanbod bij welke problemen horen.
5. Er is voldoende vertrouwen bij de zorgverlener om te verwijzen naar de welzijnsorganisatie.

Voor de uiteindelijke doelgroep

6. Patiënten met psychosociale klachten hebben gebruik gemaakt van een voor hen geschikt welzijnsarrangement dat bestaat uit interventies die onder één of meer van de zes Principes van duurzaam geluk vallen.
 7. De deelnemers hebben hun mentale gezondheid en veerkracht zelf actief verhoogd.
-

2.3 Aanpak

Belangrijk in de aanpak van Welzijn op recept is dat de welzijnsarrangementen aansluiten bij de specifieke problematiek van de patiëntenpopulatie én bij het beschikbare aanbod van de deelnemende welzijnsorganisatie(s). Welzijn op recept kan dan ook niet effectief worden uitgevoerd zonder de ontwikkeling van welzijnsarrangementen op maat, waarbij zowel professionals als de uiteindelijke doelgroep actief betrokken worden. Daarom is de ontwikkeling van de arrangementen integraal onderdeel van de aanpak, naast de uitvoering van het welzijnsrecept voor specifieke patiënten.

¹ Zes principes van duurzaam geluk: Positief en optimistisch denken; Leven vanuit een betekenisvolle missie; Bewust leven en genieten; Interactie met anderen; Gezonde leefstijl; Geluk delen (Walburg, 2008).

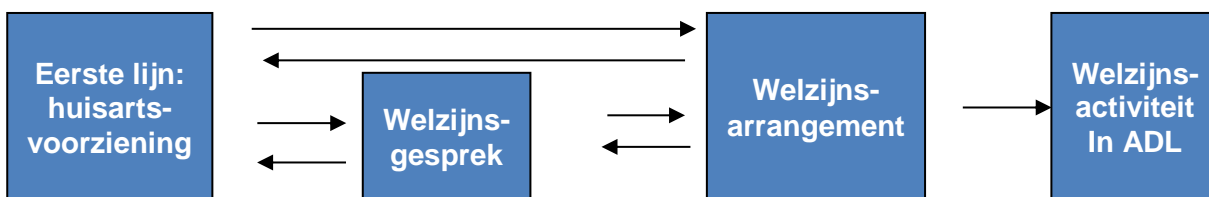
Ontwikkeling welzijnsarrangementen

De welzijnsarrangementen worden lokaal ontwikkeld, zodat ze aansluiten bij de psychosociale problemen in de wijk en het lokale welzijnsaanbod. Cruciaal van dit onderdeel van de aanpak is dat eerstelijnszorgverleners en welzijnsorganisaties samenwerken en zorg en welzijn meer geïntegreerd worden. De aanpak van de ontwikkeling van de lokale welzijnsarrangementen is verdeeld in vier fasen: de voorbereiding, de ontwikkeling, de implementatie en de evaluatie van de methode. Afhankelijk van de lokale situatie kan het gehele traject van stakeholderanalyse tot het daadwerkelijk starten met verwijzen 6- 12 maanden in beslag nemen.

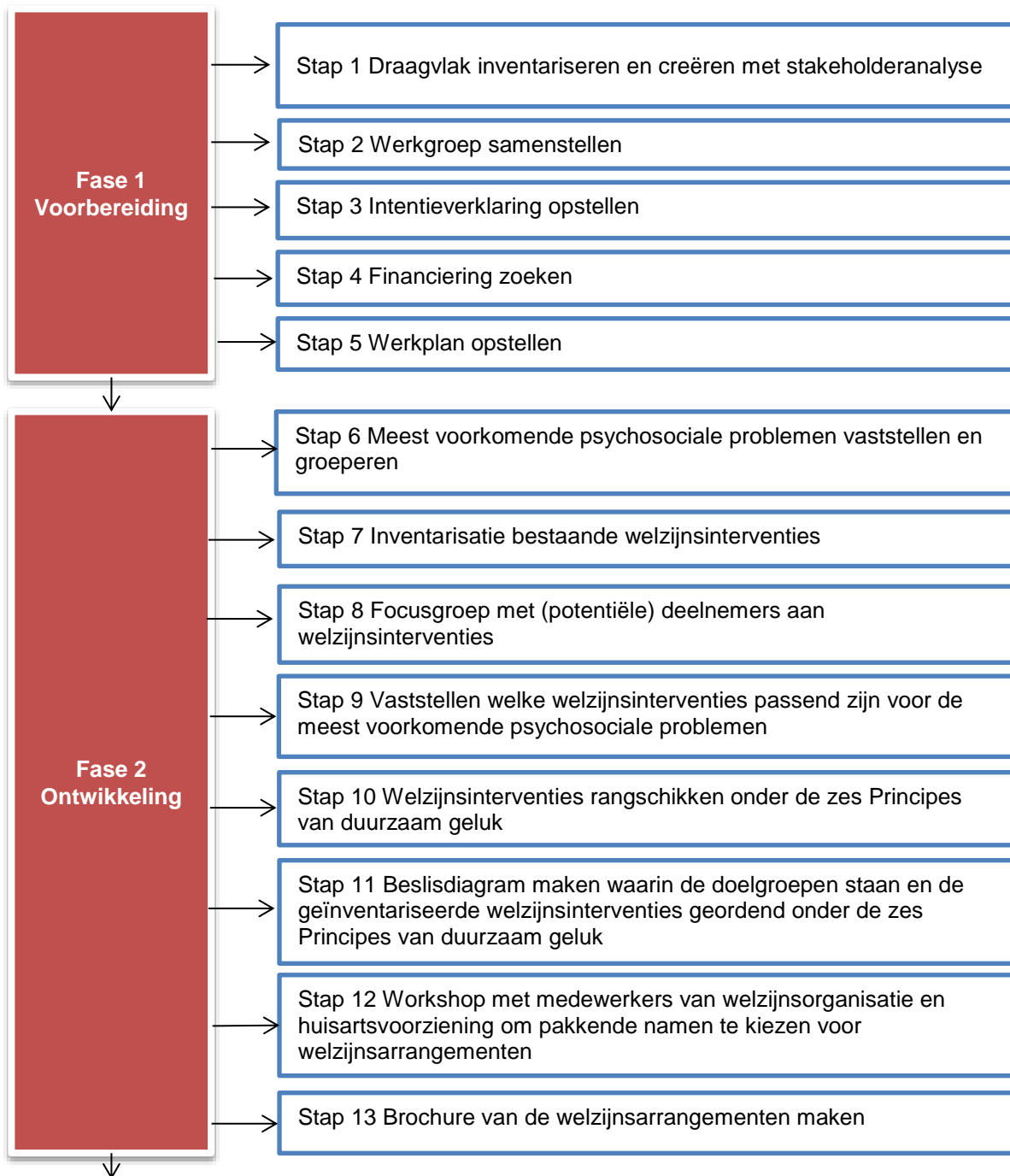
Uitvoering welzijnsrecept

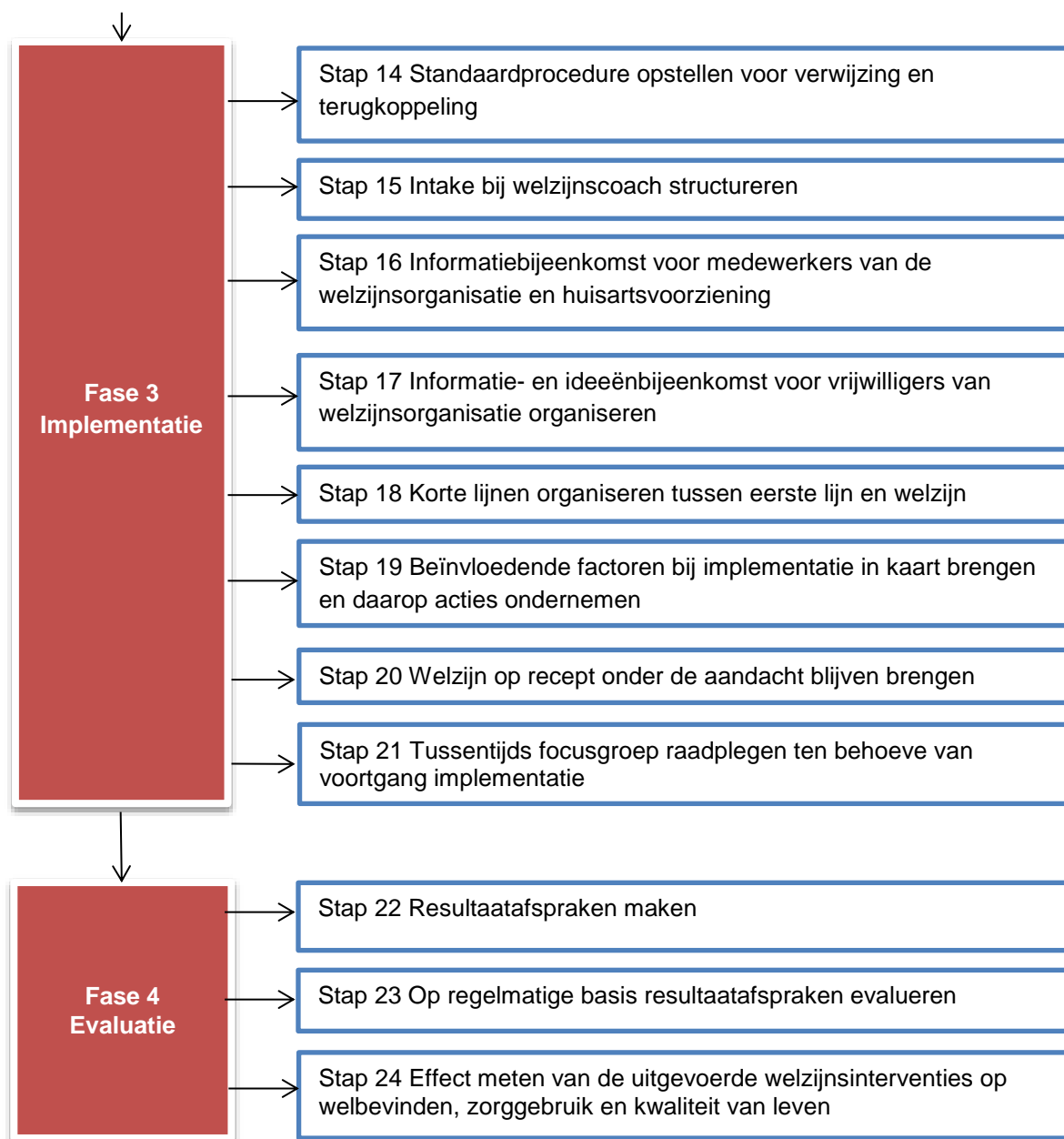
Bij Welzijn op recept verwijst de huisarts, of een andere zorgverlener in de huisartsvoorziening, de patiënt naar een zogenaamd 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie. Deze arrangementen bestaan uit interventies die het welbevinden van mensen verhogen, zoals creatieve activiteiten, vrijwilligerswerk, sport en bewegen of een combinatie hiervan. De deelnemer maakt zelf, al dan niet samen met de medewerker van de welzijnsorganisatie (welzijnscoach), een keuze voor een arrangement. De interventies zijn zo gekozen dat ze kunnen worden ingebed in het dagelijks leven. Gemiddeld heeft de welzijnscoach ongeveer 6 uur nodig om een deelnemer met gesprekken en ondersteuning (inclusief administratie) aan een passende activiteit/ vrijwilligerswerk te laten deelnemen. Dit traject duurt nooit langer dan drie maanden. De uiteindelijke interventies kunnen variëren in tijdsduur. Als er geen duidelijk einde is, wordt er na zes maanden geëvalueerd.

Uitvoering welzijnsrecept



Ontwikkeling Samenwerking & Welzijnsarrangementen





Locatie en uitvoerders

Welzijn op recept wordt uitgevoerd in de huisartsenpraktijk en bij de welzijnsorganisatie.

Huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals schrijven het welzijnsrecept voor. Welzijnsprofessionals bekijken met de deelnemer welk welzijnsarrangement het beste past. De begeleiding van de deelnemer bij het uitvoeren van de activiteiten binnen het welzijnsarrangement wordt gedaan door een vrijwilliger of een vakdocent van de welzijnsorganisatie. Overigens kunnen de deelnemers zelf ook vrijwilliger worden bij de welzijnsorganisatie, als onderdeel van hun welzijnsarrangement.

Een werkgroep van eerstelijns- en welzijnsprofessionals ontwikkelt de welzijnsarrangementen. Daarnaast is er een focusgroep met (potentiële) deelnemers aan welzijnsarrangementen bij betrokken.

Betrokken partijen zijn de huisartsvoorziening, de welzijnsorganisatie, de cliënten- of vrijwilligersraad en de Wmo-raad. Voor de samenwerking wordt een intentieverklaring opgesteld. Een lid van de werkgroep wordt aangesteld als projectleider.

Inhoud van de interventie

A. Ontwikkeling van de samenwerking en de daarop afgestemde welzijnsarrangementen

Fase 1: Voorbereiding (van de samenwerking eerstelijns & welzijn)

1. Voordat begonnen wordt met Welzijn op recept is het nodig na te gaan of er draagvlak bij de betrokken partijen is voor de uitvoering. Dat gebeurt door middel van een *stakeholderanalyse*.
2. Vervolgens wordt een *werkgroep* samengesteld waarin de belangrijkste partijen vertegenwoordigd zijn. De werkgroep inventariseert de inhoud van het welzijnsaanbod, zorgt voor afstemming met en tussen zorgverleners en welzijnswerkers en promoot de welzijnsinterventies in de wijk.
3. Alle partijen in de werkgroep ondertekenen een *intentieverklaring* voor de samenwerking. Eén van de werkgroepleden wordt aangesteld als projectleider.
4. *Financiering* voor de ontwikkeling en invoering van Welzijn op recept kan bijvoorbeeld gezocht worden bij lokale overheden, fondsen, zorgverzekeraars of private organisaties.
5. De projectleider stelt een *werkplan* op samen met andere leden van de werkgroep. Hierin staan de doelstellingen, de benodigde middelen en de te behalen uitkomsten of resultaten. Doelstellingen worden specifiek, meetbaar, acceptabel, resultaatgericht en tijdgebonden (SMART) geformuleerd.

Fase 2: Ontwikkeling van de welzijnsarrangementen, afgestemd op lokale problematiek

6. Op basis van een inventarisatie van aard en omvang van de *psychosociale problemen* in de wijk worden de doelgroepen bepaald.
7. Vervolgens worden bestaande *welzijnsinterventies* voor die psychosociale problemen in kaart gebracht. Dit kunnen interventies op lokaal niveau zijn maar ook interventies uit landelijke databanken.
8. Een *focusgroep* van (potentiële) deelnemers aan welzijnsinterventies brainstormt over psychosociale problemen, passende welzijnsinterventies, voorwaarden voor deelname en slagen van Welzijn op recept en de manier van verwijzen en terugkoppelen.
9. Vastgesteld wordt welke *welzijnsinterventies passend* zijn voor de meest voorkomende psychosociale problemen.
10. Passende welzijnsinterventies worden gerangschikt onder de zes *Principes van duurzaam geluk*.
11. In een *beslisdiagram* voor de huisarts worden de doelgroepen en de geordende welzijnsinterventies inzichtelijk gemaakt.
12. In een *workshop* met medewerkers van de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening worden pakkende namen gekozen voor de welzijnsarrangementen, bestaande uit interventies die onder één van de zes Principes van duurzaam geluk vallen.
13. Voor de potentiële deelnemers wordt een aansprekende *brochure* gemaakt van de welzijnsarrangementen.

Fase 3: Implementatie van de samenwerkingsafspraken

14. Afspraken over verwijzing naar de welzijnsorganisatie tot en met terugkoppeling naar de zorgverlener worden beschreven in een *standaardprocedure* zodat duidelijk is wie wat wanneer doet.
15. De intake bij de welzijnscoach (de welzijnsprofessional) moet gestructureerd worden. Omdat de achtergrond of opleiding van welzijnscoaches kan verschillen (veelal gaat het hierbij om een sociaal agoog), maakt de welzijnsorganisatie afspraken over hoe de intake voor Welzijn op recept eruit ziet. Dat kan bijvoorbeeld gaan over de gespreksmethodiek, de zes principes van duurzaam geluk als uitgangspunt en de vragen die gesteld worden om een passende interventie voor de deelnemer te vinden.
16. Kennis en vaardigheden die nodig zijn om met Welzijn op recept te werken worden overgebracht in een gezamenlijke *informatiebijeenkomst* voor zorgverleners en welzijnsmedewerkers. Onderdeel is een workshop waarin zorgverleners en welzijnsmedewerkers samen aan de hand van casuïstiek de stappen van de standaardprocedure bespreken.

17. Omdat de uitvoering van de welzijnsarrangementen vaak door vrijwilligers van de welzijnsinstelling wordt gedaan, wordt er ook een *bijeenkomst voor deze vrijwilligers* georganiseerd.
18. Om op de hoogte te blijven van elkaars werkwijze en mogelijkheden kan de welzijnscoach deel uitmaken van het *multidisciplinair overleg* in de huisartsenvoorziening en/of *spreekuur* houden in het gebouw van de huisartsenvoorziening.
19. Er zijn verschillende *factoren* die de implementatie van Welzijn op recept *beïnvloeden*. Door deze in kaart te brengen, kunnen er acties op ondernomen worden.
20. Welzijn op recept moet *blijvend onder de aandacht* gebracht worden van de medewerkers van het gezondheidscentrum, de welzijnsorganisatie en potentiële deelnemers, bijvoorbeeld door middel van een communicatieplan.
21. Tussentijds vindt er een *raadpleging plaats van de focusgroep* ten behoeve van de voortgang van de implementatie.

Fase 4: Evaluatie

22. Welzijnsorganisatie en huisartsenvoorziening maken concrete *resultaatafspraken* over wat ze in een bepaalde periode willen bereiken en wat een ieder hiervoor moet doen.
23. Door de *resultaatafspraken regelmatig te evalueren*, wordt inzichtelijk wat goed loopt en wat beter kan en worden procedures en activiteiten bijgesteld.
24. Ten slotte wordt een *effectmeting* gedaan om inzicht te krijgen in het effect van een welzijnsinterventie op het welbevinden, zorggebruik en kwaliteit van leven. Hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar.

Afhankelijk van de lokale situatie kan het gehele traject van stakeholderanalyse tot het daadwerkelijk starten met verwijzen 6- 12 maanden in beslag nemen.

B. Uitvoering welzijnsrecept, het traject van patiënt naar deelnemer

De standaardprocedure kan lokaal variëren, maar ziet er globaal als volgt uit.

1. Uitgeven van het welzijnsrecept in de spreekkamer: de patiënt en de zorgverlener bespreken het psychosociale probleem en mogelijke oplossingen in de vorm van welzijnsinterventies (activiteiten oppakken, creatief bezig zijn, bewegen, enzovoort). Als de patiënt geïnteresseerd is, geeft de zorgverlener een welzijnsrecept en de brochure over de welzijnsarrangementen mee. De zorgverlener registreert de gegevens, zodat in het volgende contact met de patiënt meteen te zien is dat deze een welzijnsrecept heeft gekregen.
2. Opvolgen verwijzing
3. Heeft de deelnemer een welzijnsarrangement gekozen, dan vult deze dit in op het welzijnsrecept. Genoteerd wordt ook aan welk(e) interventie(s) hij of zij gaat deelnemen en of toestemming gegeven wordt voor het delen van informatie met de verwijzend zorgverlener over het starten van en stoppen met een interventie. Als de deelnemer twijfels heeft over deelname of geen keuze kan maken, volgt een gesprek met de welzijnscoach waarin eventuele belemmeringen voor deelname worden besproken en de mogelijkheden worden bekeken. Eventueel wordt de deelnemer terugverwezen naar de zorgverlener. De zorgverlener die de deelnemer heeft verwezen, checkt bij een volgende afspraak met de deelnemer hoe een en ander is verlopen en hoe de deelname bevalt.
4. Starten met het welzijnsarrangement
5. De welzijnscoach bemiddelt de deelnemer naar een interventie (binnen of buiten de welzijnsorganisatie). De aanwezigheid van de deelnemers wordt geregistreerd, zodat deelname gevolgd kan worden door de welzijnscoach en de verwijzer. In het privacyreglement is opgenomen dat de medewerkers van de welzijnsorganisatie geheimhoudingsplicht hebben. Dit betekent dat ze eventuele medische en psychische informatie die ze van de deelnemer krijgen niet zonder toestemming van de deelnemer delen. Gemiddeld blijkt de welzijnscoach ongeveer 6 uur nodig te hebben om een deelnemer met gesprekken en ondersteuning aan een passende activiteit/vrijwilligerswerk te laten deelnemen. Dit traject duurt nooit langer dan drie maanden.
6. Volgen welzijnsarrangement
7. Als de deelnemer in het kader van zijn welzijnsarrangement deelneemt aan een groepsactiviteit, monitort de begeleider van de groepsactiviteit de deelname. Als de deelnemer een interventie met een individueel karakter of een interventie buiten de welzijnsorganisatie volgt, doet de

welzijnscoach dit. Wanneer de deelnemer aangeeft dat een arrangement niet bevalt, dan vraagt de welzijnscoach de deelnemer het evaluatieformulier in te vullen en wordt de verwijzend zorgverlener geïnformeerd, mits de deelnemer hiervoor toestemming heeft gegeven.

8. Terugkoppelen eindresultaat aan de eerstelijnsprofessionals.
 9. Aan het einde van de interventie (of na een periode van een half jaar als er geen duidelijk eind is) vult de deelnemer een evaluatieformulier in dat bij de welzijnscoach en de zorgverlener terecht komt, mits de deelnemer hiervoor toestemming heeft gegeven. Op dit formulier staat ook of de deelnemer doorgaat met een interventie of zelf iets anders oppakt.
-

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

De methode Welzijn op recept is met ZonMw-subsidie ontwikkeld in het project 'Zorg en welzijn op één lijn'. Dit project liep van februari 2011 tot en met november 2013.

Sinds 2006 was er in de wijk Doorslag in Nieuwegein een samenwerkingsverband tussen de welzijnsinstelling MOvactor, de gezondheidszorg, woningbouwcorporaties en de gemeente, ook wel woonservicezone genoemd. De samenwerking op bestuurlijk en professioneel niveau werd versneld door de in 2008 verschenen GGD-rapportage 'Iedereen gezond en wel'. De deelrapportage over de wijk Doorslag liet een beeld zien van ongelukkige bewoners in een ongezonde wijk. Daarop besloten Gezondheidscentrum de Roerdomp en MOvactor tot een intensieve samenwerking. Aan het Trimbos Instituut is gevraagd een stakeholderanalyse uit te voeren onder wijkbewoners, Cliëntenraad, zorgverzekeraar Agis, gemeente, de professionals van de Roerdomp en MOvactor waaruit bleek dat de wil en mogelijkheden tot samenwerking er waren. Dit was de aanleiding voor het project.

Betrokkenheid doelgroep

Een belangrijk onderdeel van het project is de interactie met wijkbewoners en patiënten. Dit is gerealiseerd door deelname van een bewoner in de projectgroep en door focusbijeenkomsten met een klankbordgroep van bewoners/patiënten.

Buitenlandse interventie

Welzijn op recept is in Nederland ontwikkeld, maar is gebaseerd op het gedachtegoed van 'social prescribing' in Engeland. Hierbij verwijst de huisarts de patiënt bijvoorbeeld naar creatieve, scholings- of beweegactiviteiten (Friedli et al., 2008).

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Voor zover bekend worden in Nederland geen vergelijkbare interventies uitgevoerd.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Verminderd welbevinden wordt veroorzaakt door ingrijpende gebeurtenissen, relatieproblemen of een zieke partner. Dit uit zich vaak in lichamelijke klachten, somberheid, stress en angstklachten.

Dit verminderd welbevinden wordt in stand gehouden doordat de patiënten om wie het gaat doorgaans met hun klachten naar de huisarts gaan en daar medische of psychologische zorg krijgen, terwijl deze vaak onnodig is en de effectiviteit onduidelijk is.

Hoewel er aanwijzingen zijn dat deelname aan welzijnsinterventies voor mensen met psychosociale problemen wel effectief zijn (Friedli et al., 2008), verwijzen huisarts en andere eerstelijnsprofessionals doorgaans niet door naar welzijnsinterventies. Dit wordt veroorzaakt door onder andere de volgende factoren.

- Professionals van de eerstelijnszorgvoorziening zijn vaak niet bekend met het aanbod van welzijnsinterventies.
- In het algemeen is er weinig contact, laat staan samenwerking, tussen de eerstelijnszorgvoorziening en de welzijnsorganisatie.
- Professionals van de eerstelijnszorgvoorziening hebben vaak geen of weinig vertrouwen in de effectiviteit van welzijnsinterventies.
- Het is niet duidelijk welke interventies aansluiten op de behoefte van de doelgroep.

Aan te pakken factoren

De interventie heeft als hoofddoel het verhogen van het welbevinden van mensen die met psychosociale klachten bij de huisarts komen.

De volgende factoren spelen hierbij een rol, zijn beïnvloedbaar en worden aangepakt door de methode.

- Onbekendheid van medewerkers van de zorgverlener met het welzijnsaanbod (subdoel 1).
- Onvoldoende kennis van medewerkers van de zorgverlener en van de welzijnsorganisatie over hoe ze naar elkaar kunnen verwijzen en kunnen terugkoppelen (subdoel 2).
- Onvoldoende vertrouwen in het welzijnsaanbod van de zorgverlener om te verwijzen naar de welzijnsorganisatie (subdoel 4).
- Een ongestructureerd welzijnsaanbod dat onvoldoende aansluit bij de doelgroep (subdoel 3 en 5).

Verantwoording

Eerstelijnsprofessionals kennen het welzijnsaanbod (subdoel 1)

Eerstelijnsprofessionals zijn van het begin af aan actief betrokken bij de welzijnsarrangementen, onder meer door vertegenwoordiging in de werkgroep die het voortouw heeft in de ontwikkeling en door deelname aan de workshop waarin pakkende namen voor de welzijnsarrangementen worden bedacht. Actieve deelname van betrokken professionals is een belangrijke voorwaarde voor succesvolle implementatie (o.a. Grol & Wensing, 2006; Francke et al., 2008).

In een bijeenkomst voor eerstelijns- en welzijnsprofessionals gezamenlijk wordt aandacht besteed aan het overdragen van de ontwikkelde arrangementen. Bij voorkeur neemt één van de betrokken welzijnsprofessionals deel aan het multidisciplinair overleg in de huisartsvoorziening, zodat continue uitwisseling over de welzijnsarrangementen gemakkelijker wordt. Er wordt continu aandacht besteed aan de communicatie over de arrangementen met alle betrokken professionals. Onderdeel van de aanpak is de terugkoppeling over het verloop van de arrangementen vanuit de welzijnscoach naar de eerstelijnsprofessionals.

Eerstelijns- en welzijnsprofessionals werken met elkaar samen (subdoel 2)

Er wordt een standaardprocedure geschreven voor het hele proces van de uitvoering van het welzijnsrecept, zodat alle betrokkenen weten wie wat wanneer doet. Deze standaardprocedure wordt in de eerdergenoemde bijeenkomst door eerstelijns- en welzijnsprofessionals gezamenlijk doorgenomen aan de hand van casuïstiek. Het op zo'n manier schriftelijk vastleggen van werkafspraken is één van de factoren die van invloed zijn op de implementatie van nieuwe werkwijzen (o.a. Grol & Wensing, 2006; Francke et al., 2008).

Er is een interventieaanbod ontwikkeld op basis van de zes Principes van duurzaam geluk (subdoel 3)

De werkgroep brengt bestaande welzijnsinterventies in kaart en bepaalt welke interventies passend zijn voor welke psychosociale problemen. Vervolgens worden de interventies gerangschikt volgens de zes principes van duurzaam geluk. Deze principes zijn: Positief en optimistisch denken; Leven vanuit een betekenisvolle missie; Bewust leven en genieten; Interactie met anderen; Gezonde leefstijl en Geluk delen (Walburg, 2008). Door de welzijnsarrangementen lokaal te ontwikkelen, sluiten deze optimaal aan bij de lokale patiëntenpopulatie en het lokale welzijnsaanbod. De mogelijkheid om de arrangementen op deze manier aan te passen aan de lokale situatie is een factor die de implementatie van nieuwe werkwijzen bevordert (o.a. Grol & Wensing, 2006; Francke et al., 2008).

Het is duidelijk welke interventies binnen het interventieaanbod bij welke problemen horen (subdoel 4)

Op basis van een inventarisatie van de psychosociale problemen in de wijk worden de specifieke doelgroepen bepaald. In een beslisdigram worden de doelgroepen en de volgens de zes Principes van duurzaam geluk geordende welzijnsinterventies inzichtelijk gemaakt. Deze informatie wordt ook verwerkt in een aansprekende brochure, zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wat het aanbod is en welke interventies wanneer toegepast kunnen worden. Het gemakkelijk kunnen begrijpen van de arrangementen en een overzichtelijke presentatie zijn twee van de factoren die van invloed zijn op de implementatie van nieuwe werkwijzen (o.a. Grol & Wensing, 2006; Francke et al., 2008).

Er is voldoende vertrouwen bij de zorgverlener om te verwijzen naar de welzijnsorganisatie (subdoel 5)

De eerstelijnsprofessionals zijn van het begin af aan samen met de welzijnsprofessionals betrokken bij de ontwikkeling van de welzijnsarrangementen. Dit vergroot hun kennis van de welzijnsprofessionals en hun aanbod.

Bij de ontwikkeling van de welzijnsarrangementen wordt gebruik gemaakt van kennis over de aard en omvang van de lokale psychosociale problemen. Zo wordt gewaarborgd dat de arrangementen aansluiten bij de problemen die de zorgverleners in de spreekkamer tegenkomen.

Er worden welzijnsinterventies gekozen waarvan de effectiviteit zo veel mogelijk is aangetoond. De welzijnsinterventies worden geselecteerd op en geordend volgens de Principes van duurzaam geluk, waarvan bekend is dat deze het mentaal vermogen van mensen verhogen (Walburg, 2008). Op deze manier sluiten de welzijnsarrangementen zoveel mogelijk aan bij de professionele inzichten en normen van de eerstelijnsprofessionals, wat een belangrijke factor is voor effectieve implementatie (o.a. Grol & Wensing, 2006; Francke et al. 2008).

Patiënten met psychosociale klachten hebben gebruik gemaakt van een voor hen geschikt welzijnsarrangement (subdoel 6)

Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het hele proces van de uitvoering van het welzijnsrecept, inclusief de verwijzing door de eerstelijnsprofessional.

Bij de ontwikkeling van de lokale welzijnsarrangementen wordt veel aandacht besteed aan het bepalen van welke interventies voor welke psychosociale problemen geschikt zijn. Een hulpmiddel hierbij is de opsomming van de zes Principes van duurzaam geluk.

Zowel voor als na de verwijzing worden de verschillende mogelijke welzijnsarrangementen uitgebreid besproken met de patiënt, om te bevorderen dat deze een voor hem of haar geschikt welzijnsarrangement kiest. De eerstelijnsprofessional bespreekt het psychosociale probleem en de mogelijke welzijnsinterventies die daarbij aansluiten met de patiënt. Bij interesse krijgt deze de brochure mee waarin het aanbod overzichtelijk wordt gepresenteerd, gekoppeld aan psychosociale problemen en de zes Principes van duurzaam geluk. Vervolgens kan de patiënt in een gesprek met de welzijnscoach nog verder ondersteund worden bij het maken van een passende keuze.

Deelnemers hebben hun mentale gezondheid en veerkracht zelf actief verhoogd (subdoel 7)

De welzijnsarrangementen worden zoveel mogelijk samengesteld uit interventies waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze het welbevinden van mensen kunnen verhogen. Voorbeelden van dit soort interventies zijn:

- Actief bewegen (Salmon, 2001)
- Genieten, met behulp van creatieve activiteiten (Health Education Authority, 1999), muziek maken (Bradt & Dileo, 2009), yoga (Chong, Tsunaka, Tsang, Chan & Cheung, 2011; Uebelacker et al., 2010), meditatie (Saeed, Antonacci & Bloch, 2010) of activiteiten in de natuur (Yerrel & P., 2008)
- Geluk delen, door middel van vrijwilligerswerk (Greenfield & Marks, 2004) of een 'time bank' (Seyfang, 2011).
- Interactie met anderen, zoals het activerend huisbezoek (Van de Maat & Van der Zwet, 2010) of maatjesprojecten (Harris, Brown & Robinson, 1999).

De laatste jaren wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de samenhang tussen interventies op basis van de Principes van duurzaam geluk en welbevinden (Walburg, 2008). De uitkomsten van de onderzoeken zijn lang niet altijd helder. Zo is bekend dat het hebben van goede sociale contacten belangrijk is voor het welbevinden van mensen, maar of het stimuleren van sociale contacten het welbevinden van mensen verbetert, is nog onduidelijk.

Er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de effectiviteit van positief-psychologische interventies. Dit zijn interventies gericht op het verhogen van het welbevinden en de veerkracht van mensen. Deze interventies passen goed binnen de welzijnsarrangementen van Welzijn op recept. In twee meta-analyses (Bolier e.a., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009) zijn significante effecten van deze interventies gevonden op het vergroten van een gevoel van welbevinden en het verminderen van depressieve symptomen. In de meta-analyse van Bolier e.a. (2013) lagen de effectgroottes wat lager en bleek de kwaliteit van de studies niet erg hoog. Door welzijnsinterventies aan te bieden die effectief gebleken zijn of waarschijnlijk effectief zijn, is er een grotere kans dat het welbevinden van de deelnemers vergroot wordt.

Welzijnsactiviteiten zoals opgenomen in de welzijnsarrangementen kunnen gemakkelijk een structureel onderdeel gaan vormen van iemands leven. Bijvoorbeeld wanneer zij wekelijks gaan wandelen met een wandelclub, zingen in een koor of regelmatig met elkaar gaan koken en eten. Dit vergroot de kans dat deelname aan de welzijnsarrangementen het welbevinden van mensen duurzaam verhoogt.

Uit onderzoek blijkt dat een vergroting van het welbevinden een positieve invloed heeft op de gezondheid van mensen. In een onderzoek aan de universiteit van Michigan (Kim, Nansook, Sun, Smith & Peterson, 2014) is gebleken dat gelukkige mensen minder vaak naar de dokter gaan. De onderzoekers verklaren dit door een verband tussen geluk en gezondheid dat twee kanten op werkt. Gelukkige mensen maken veelal gezondere levenskeuzes, bijvoorbeeld op het gebied van eten en drinken. Ze bewegen meer en hebben meer sociale contacten. Dit alles leidt tot een betere gezondheid die weer leidt tot een gelukkiger leven. Op die manier leiden geluk en gezondheid tot een positieve spiraal. Dit maakt het aannemelijk dat interventies gericht op welbevinden effect kunnen hebben op vermindering van gezondheidsklachten.

Werkzame elementen

- Het werken volgens de Principes van duurzaam geluk zorgt voor duidelijkheid en structuur in het welzijnsaanbod (2, 3, 5).
- Door zo veel mogelijk te werken met evidence based welzijnsinterventies, is de kans groter dat de klachten van de doelgroep verminderen. Bovendien vergroot dat het vertrouwen van de eerstelijnszorgverleners in de werkzaamheid van het welzijnsaanbod (2, 3, 5).
- De workshops met eerstelijnszorgverleners en welzijnsprofessionals samen zorgen ervoor dat ze meer op één lijn zitten (2, 3, 5).
- De intentieverklaring en de samenwerkingsovereenkomst van huisartsvoorziening en welzijnsorganisatie borgen de samenwerking (2, 3).
- Het aan elkaar koppelen van de psychosociale problemen in de wijk en het welzijnsaanbod vergroot de kans dat de doelgroep een passend welzijnsarrangement krijgt toegewezen (2, 3).
- Het vormgeven van de welzijnsarrangementen met pakkende namen en een brochure maakt de welzijnsarrangementen toegankelijk voor de verwijzer en de doelgroep (2, 3).
- De welzijnsarrangementen sluiten aan bij de individuele voorkeuren van de deelnemer (2, 3).
- De betrokkenheid van professionals bij de ontwikkeling van de welzijnsarrangementen vergroten het draagvlak (2, 3).

4. Uitvoering

Materialen

Welzijn op recept heeft de volgende materialen beschikbaar:

- Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. Deze handleiding is bedoeld voor organisaties die Welzijn op recept willen invoeren en beschrijft de verschillende stappen die hiervoor gezet moeten worden. Er staan voorbeelden in van:
 - Werkplan
 - Overzicht mogelijke welzijnsinterventies
 - Beslisdiagram psychosociale problemen en welzijnsinterventies
 - Brochure welzijnsarrangementen
 - Standaardprocedure verwijzing en terugkoppeling 'welzijn op recept'
 - Welzijnsrecept
 - Beïnvloedende factoren bij implementatie
 - Werkwijze intervisie
 - Evaluatieformulier Welzijnsinterventie

De handleiding is gratis te downloaden in de webwinkel van het Trimbos-instituut, [artikelnr. AF1129](#).

- Poster / Informatiefolder met welzijnsarrangementen, te verkrijgen bij www.movactor.nl
- Praktische informatiemap voor huisartsen en praktijkondersteuners (die werken met Promedico), te verkrijgen bij kgroot@roerdomp.nl.
- Filmpje over [Welzijn op recept](#) op YouTube en uitzending [EenVandaag](#).

Type organisatie

Welzijn op recept wordt uitgevoerd door welzijnsorganisaties in samenwerking met eerstelijnszorgvoorzieningen, zoals een huisartsenpraktijk of een gezondheidscentrum.

Welzijn op recept wordt uitgevoerd in Nieuwegein, Zwolle en Gouda en binnenkort ook in Delft. Op vele andere plaatsen is men bezig met voorbereidingen of heeft men er belangstelling voor. In Tilburg wordt een vergelijkbare werkwijze toegepast onder een andere naam.

De MOgroep onderzoekt in 2014 hoe het concept Welzijn op recept landelijk verder gebracht kan worden. Hiertoe willen ze een *business case* laten ontwikkelen, ze onderzoeken de mogelijkheid van een landelijke standaard en ze hebben een bijeenkomst georganiseerd voor uitvoerende organisaties.

Opleiding en competenties

Voor alle betrokken professionals en vrijwilligers geldt dat ze (inhoudelijke) kennis nodig hebben van Welzijn op recept en het lokale aanbod van de welzijnsinterventies. De samenwerking met een andere zorg- of welzijnsorganisatie dan de eigen organisatie vraagt ook om vaardigheden. Iedere organisatie kent zijn eigen werkwijze, manier van vergaderen, financiering, et cetera. Bereidheid om aan elkaar te wennen, activiteiten af te stemmen en verschillen te aanvaarden is noodzakelijk.

Daarnaast vraagt de uitvoering de volgende specifieke competenties van de betrokken professionals.

- De huisarts en andere eerstelijnsprofessionals

Huisartsen en andere verwijzende eerstelijnsprofessionals hebben elk hun eigen specialistische opleiding. Zij moeten niet denken in termen van ziekte en zorg, maar in termen van gezondheid en gedrag. Een bijscholing op dit thema voor de eerstelijnsgezondheidszorgprofessionals is dan ook aan te raden.

Bijvoorbeeld: een lezing over positieve psychologie, van hulpverlening naar coachen.

- De welzijnsprofessional

De welzijnsprofessional heeft een agogische hbo-opleiding afgerond. De competenties voor gestructureerde gespreksvoering zijn goed ontwikkeld. Bijscholing zal afhankelijk van de opleiding en ervaring van de sociaal agoog eventueel nodig zijn. Extra aandacht is vooral geboden voor de terugkoppeling naar de gezondheidszorg en het maken van afspraken over privacy binnen de welzijnsorganisatie.

- De vrijwilliger

Speciale aandacht vragen de vrijwilligers van de welzijnsorganisatie omdat zij veelal de welzijnsinterventies uitvoeren. Het is belangrijk om de vrijwilligers direct te betrekken bij Welzijn op recept, zodat ze een goed beeld krijgen van de mensen met een recept voor welzijn (zij zijn niet zielig). Er kan dan ook optimaal gebruik worden gemaakt van de ideeën van de vrijwilligers.

Kwaliteitsbewaking

Kwaliteitsbewaking vindt binnen de lokale uitvoering plaats, door middel van evaluatie en effectmeting.

Resultaatafspraken evalueren

Evaluatie is een onderdeel van de aanpak van Welzijn op recept (fase 4). Aan de hand van structurele evaluaties wordt inzichtelijk wat goed loopt en wat beter kan en worden procedures en activiteiten bijgesteld. Daartoe worden concrete afspraken gemaakt over wat de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening in een bepaalde periode willen bereiken en wat een ieder hiervoor moet doen.

Door *feedback* worden de resultaten met regelmaat (conform afspraak) teruggekoppeld naar elkaar om het verloop van het proces te kunnen bijsturen en successen te vieren (evaluatie).

Resultaatafspraken kunnen op verschillende niveaus gemaakt worden. De welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening kunnen bijvoorbeeld afspraken maken over de verwijzings- en terugkoppelingsprocedure, registratie van bereikcijfers, de evaluatie van het aantal verwijzingen en de evaluatie van het aanbod. Medewerkers kunnen afspraken maken met elkaar over bijvoorbeeld intervisie met onderwerpen als successen en knelpunten in de inhoud en organisatie van het aanbod en het functioneren van de deelnemers. Ook kunnen medewerkers afspraken maken met de deelnemers, bijvoorbeeld over de evaluatie van de welzijnsinterventie (bijvoorbeeld door middel van een evaluatieformulier).

Door het maken van resultaatafspraken weet een ieder wat er verwacht wordt en krijgt een ieder een eigen verantwoordelijkheid in het tot een succes maken van de welzijnsarrangementen.

Effecten meten

Om inzicht te krijgen in het effect van de welzijnsinterventie op het welbevinden, zorggebruik en kwaliteit van leven, zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar.

Voor het monitoren van welbevinden kan bijvoorbeeld de Dutch Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) gebruikt worden (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Voor het meten van het effect op de kwaliteit van leven kan bijvoorbeeld de EuroQoL-5D (EQ-5D) (www.euroqol.org) gebruikt worden.

Om te kunnen beoordelen of de welzijnsinterventie het welbevinden van de deelnemer verhoogt, wordt aangeraden de vragenlijst voor, tijdens en na deelname aan de interventie af te nemen.

Zorggebruik kan geïnventariseerd worden door dossieronderzoek met behulp van het huisartsinformatiesysteem of met behulp van extra software (www.proigia.nl). Er zullen afspraken gemaakt moeten worden met zorgverleners over wat wanneer geregistreerd wordt.

Uitgebreider onderzoek naar het effect op zorggebruik, medische kosten en productieverliezen kan met een naar de situatie aangepaste TiC-P (Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness), een vragenlijst voor zorggebruik en productieverliezen bij psychische aandoeningen (Hakkaart-van Roijen, 2002).

Randvoorwaarden

1. De samenwerkende eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnsorganisatie hebben dezelfde *visie* op de samenwerking tussen hun organisaties en natuurlijk ook op het welzijnsrecept zelf.
 2. Geld en middelen worden vrijgemaakt om het welzijnsrecept te kunnen opzetten, implementeren en evalueren.
-

Implementatie

De lokale ontwikkeling van de welzijnsarrangementen is een cruciaal onderdeel van de uitvoering van Welzijn op recept, omdat alleen daarmee voldoende aansluiting bij de specifieke problemen van de patiëntenpopulatie en het lokale welzijnsaanbod gerealiseerd kan worden. De betrokkenheid van professionals en patiënten is cruciaal voor het benodigde draagvlak. Daarom is de implementatie als integraal onderdeel van de aanpak beschreven in onderdeel 2.3.

Trimbos-instituut, MOvector en Gezondheidscentrum de Roerdomp, de drie bij de ontwikkeling van Welzijn op recept betrokken partijen, zijn elk voor advies bij de implementatie van Welzijn op recept op andere locaties in te schakelen. De MOgroep onderneemt verschillende activiteiten om de methode verder te ontwikkelen, onder meer bijeenkomsten voor geïnteresseerden. Voor meer informatie, zie:

<http://www.mogroep.nl/categorieen/thema/welzijn-op-recept>.

Kosten

Om een indicatie te geven van de benodigde financiering voor de uitvoering van Welzijn op recept staan hier de kosten die in Nieuwegein zijn gemaakt in de periode 2011 t/m 2013 voor de opzet, implementatie, evaluatie, effectmeting en kennisoverdracht aan belangstellenden:

• Personele kosten (gezondheidszorg en welzijn)	€ 100.000
• Materiele kosten (ontwerp- en drukkosten foldermateriaal en handleiding)	€ 6.000
• Onderzoekskosten	€ 14.000
• Overige kosten (bv. vacatiegelden adviesorgaan)	€ 2.000
Totaal	€ 122.000

De personele kosten zijn onder te verdelen in:

- Projectgroepoverleg (deelname van huisarts, praktijkondersteuner, deelnemer, welzijnscoach en projectleiders eerste lijn en welzijn). De frequentie hiervan wisselt per projectfase. De hoogste frequentie, van eenmaal per zes weken, was nodig in fase 1 en 2.
- Inzet projectleiders, eveneens afhankelijk per fase. Na de implementatie en voor de evaluatie nam het aantal uren af van acht tot tien naar twee tot vier uur per week.
- Afstemming praktijkondersteuner en welzijnscoach: vanaf start project maandelijks een uur.

Dit is exclusief de tijd die de welzijnscoach besteedt aan de uitvoering van de welzijnstrajecten met de deelnemers.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek en resultaten

1. Groot, K. de & Meijs, J. J. (2013). *Voortgangsverslag gegevens zorg en welzijn op één lijn, organisatorische integratie van wijkgerichte zorg en welzijn No. 154012205*. Den Haag: ZonMw.

Onderzoeksopzet

Onderzoek naar de samenwerking tussen eerste lijn en welzijn binnen het project in Nieuwegein.

Het onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen.

- Interviews met de bestuurder, de welzijnscoach, de projectleider welzijn en de projectleider van het gezondheidscentrum; aan het begin, halverwege en aan het einde van het project.
- Een feedbackmoment (spiegelbijeenkomst) met zorgverleners en patiënten; aan het begin, halverwege en aan het einde van het project.
- Een enquête onder een steekproef van zorgverleners en patiënten; aan het begin en aan het einde van het project. Aan de enquête aan het begin van het project (vier tot zes weken na de start) deden 30 zorgverleners mee (respons van 65%) en 40 patiënten (respons van 56%). Aan de enquête aan het eind van het project deden 30 zorgverleners (respons van 88%) en 6 deelnemers (respons van 10%) mee.

Onderzoekresultaten

Uit de documentenanalyse, interviews en spiegelbijeenkomsten blijkt dat er een structurele samenwerking is ontstaan tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn, bijvoorbeeld doordat de welzijnswerker deelneemt aan het multidisciplinair overleg en spreekuur houdt in het gezondheidscentrum. Er zijn in de onderzoeksperiode 59 welzijnsrecepten uitgeschreven.

De volgende mogelijke faalfactoren kwamen naar voren.

- a. De tijd die de huisarts durft te investeren in de gespreksvoering met de patiënt. Op dit moment blijft de huisarts, door de enorme druk op het spreekuur, vast zitten in de vicieuze cirkel van nu de kortetermijnklacht beantwoorden en niet de ruimte hebben om het langetermijngesprek aan te gaan.
- b. Geloof van de huisarts in het wetenschappelijk vastgesteld effect van de interventie (alleen het onderzoek uit Engeland is niet voldoende).
- c. De terugkoppeling vanuit welzijn, die sneller en volgens de privacyregels in de gezondheidszorg moet plaatsvinden (welzijnsmedewerkers zijn niet BIG-geregistreerd en dus niet gehouden aan de regels voor het medisch beroepsgeheim).

De zorgverleners

- 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 patiënten 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).

Als de drie belangrijkste voordelen van het samenwerkingsverband noemen de zorgverleners (t1):

- Ik leer andere organisaties kennen (N=6).
- Ik kan hierdoor kwalitatief betere zorg verlenen (N=6).
- Het zorgt voor inhoudelijke verdieping (N=4).

Als de drie belangrijkste nadelen van het samenwerkingsverband noemen de zorgverleners (t1):

- Bureaucratische rompslomp (N=4).
- Ik moet veel afstemmen met anderen (N=4).
- Het duurt lang voordat je resultaat ziet (N=4).

Als de drie belangrijkste factoren voor het slagen van het samenwerkingsverband noemen de zorgverleners (t1):

- Draagvlak onder betrokken zorgverleners (N=10).
- Goede bereikbaarheid van de zorgverleners onderling (N=5).
- Heldere communicatie en overleg van zorgverleners over het project (N=5).

De patiënten/deelnemers

- 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 (T⁰ 8% van de 13; T¹ 0% van de 5).

2. Sinnema, H., Smiesing, J., Ruiter, M. de, Vossepoel, L., Bolier, L., Muntingh, A., et al. (2014). Welzijn op recept. *Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept*. Herziene uitgave februari 2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Onderzoeksopzet

Er is een doelgroepenanalyse en tevredenheidsmeting uitgevoerd bij de pilot in gezondheidscentrum de Roerdomp in Nieuwegein. Dit onderzoek bestond uit:

- a. monitoring van uitgeschreven welzijnsrecepten in de pilotperiode van december 2011 tot maart 2013
- b. evaluatie door de deelnemers door middel van een evaluatieformulier van de welzijnsorganisatie MOvactor. Van de 29 deelnemers hebben 17 een evaluatieformulier ingevuld.

Onderzoeksresultaten

Van december 2011 tot maart 2013 zijn er 59 welzijnsrecepten uitgeschreven, meestal door huisartsen. Van de mensen die een Welzijn op recept ontvingen was bijna driekwart vrouw en zij hadden een gemiddelde leeftijd van 59 jaar. De meest voorkomende geregistreerde problemen op basis waarvan een Welzijn op recept werd uitgeschreven waren eenzaamheid, depressie en angst. Meer dan een derde had matige tot ernstige problemen met de mobiliteit en de dagelijkse activiteiten en meer dan de helft had matige tot ernstige pijn/klachten. De verwezen mensen hadden gemiddeld een hoger aantal contacten met de huisarts ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Het gebruik van antidepressiva en kalmeringsmiddelen was hoger dan het gemiddelde gebruik bij de populatie van het gezondheidscentrum waar de pilot plaatsvond. Bij de verwezen mensen was sprake van forse multiproblematiek, terwijl in oorsprong het welzijnsrecept ook bedoeld was voor mensen met lichtere klachten.

De onderzoekers concluderen dat meer kennis nodig is over voor wie Welzijn op recept geschikt is, omdat er meer mensen zijn verwezen dan er daadwerkelijk deelnamen en omdat mensen met lichtere klachten, voor wie Welzijn op recept ook bedoeld is, niet zijn verwezen. Daarnaast concluderen ze dat kennis nodig is over wat mensen (met multiproblematiek) nodig hebben om deel te kunnen nemen aan een welzijnsarrangement.

De scores op de vragenlijst voor welbevinden (MHC-FC) bij de patiënten met een welzijnsrecept weken bij aanvang niet significant af van het Nederlands gemiddelde. De gemiddelde score van de patiënten met een welzijnsrecept op de vragenlijst voor waardering van de eigen gezondheid (EQ-FD-5L) was 0,68 op een schaal van 0 (slechte gezondheid) tot 1 (volledige gezondheid).

Het bereik van Welzijn op recept

Patiënten bleken niet altijd gemotiveerd te zijn om meteen deel te nemen aan een arrangement. Daarom konden ze één of twee gesprekken met een welzijnscoach hebben waarin besproken werd hoe hun ervaren kwaliteit van leven verbeterd kon worden met behulp van een welzijnsarrangement en welk arrangement dan het beste aansloot op hun behoefte en mogelijkheden. Van de 59 patiënten die een Welzijn op recept ontvingen hadden 46 (78%) contact met de welzijnscoach en van alle patiënten namen uiteindelijk 29 (49%) daadwerkelijk deel aan een activiteit van een arrangement.

Evaluatie patiënten

De deelnemers aan de welzijnsarrangementen die het evaluatieformulier hebben ingevuld, gaven gemiddeld een 8 voor deelname aan een welzijnsarrangement (standaarddeviatie 1.2), het minimumcijfer was een 6 en maximum een 10. Deelnemers waren overwegend positief en noemden onder andere: "Fijn om iets voor iemand te kunnen betekenen"; "Een duwtje in de rug was prettig"; "Dankzij de activiteit uit een dip gekomen"; "Botst qua karakter soms met anderen"; "Een schot in de roos".

Praktijkvoorbeeld

Hieronder volgen twee praktijkvoorbeelden, afkomstig uit de handleiding (Sinnema et al., 2014).

Casus 1. Mevrouw B., 61 jaar

De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige in de eerste lijn verwijst na een aantal gesprekken mevrouw B. door. Haar partner is vijf jaar geleden overleden en ze vindt het alleen zijn nog steeds moeilijk en mist haar maatje. Ze werkt drie dagen per week en zou op andere dagen graag iets leuks doen en nieuwe mensen ontmoeten. Zelf vindt ze het moeilijk om initiatief te nemen en contact te leggen. Mevrouw houdt van bewegen en buiten zijn en na een gesprek met de welzijnscoach komt ze uit op de activiteit begeleid zwemmen met verplichte lunch na afloop. Deze activiteit is bedoeld voor mensen voor wie het goed is om te bewegen maar die daarnaast ook behoefte hebben aan meer sociale contacten. Na de intensieve zwemles wordt er gezellig samen gegeten en onderling kennis gemaakt. Het doel is dat zij hier een maatje aan overhoudt met wie ze ook op andere dagen samen dingen kan gaan doen. Voor mevrouw B. is de zwemactiviteit met lunch de leukste ochtend van de week. Ze kijkt hier elke week naar uit. Na een aantal maanden besluit ze de stap te nemen om haar huis te verkopen en terug te gaan naar de regio waar ze vandaan komt. Door het welzijnsarrangement heeft ze meer zelfvertrouwen gekregen, ze weet beter wat ze wil en ze durft hier nu ook voor te gaan.

Casus 2. Mevrouw F., 75 jaar

Mevrouw F. is nog niet zo lang geleden samen met haar man in Nieuwegein komen wonen. Een mooie plek, naast een sloot waar haar man lekker kon vissen. Hij overlijdt heel onverwacht. Ze blijft achter met een hele grote tuin waar nog veel aan gedaan moet worden. Haar kinderen wonen verspreid over Nederland. Ze kent niemand in Nieuwegein en voelt zich eenzaam. Ze is rusteloos en eet slecht. Ze heeft moeite met zien en moet aan staar geopereerd worden. De huisarts verwijst haar door naar de welzijnscoach en ze komt op het spreekuur. Een lange woordenstroom volgt. Ze vertelt haar verhaal wat onsamenhangend en vraagt meer tijd dan er op het spreekuur is. Daarom volgt een wat langer durend huisbezoek. Ze wil graag iets buitenshuis gaan doen maar weet niet zo goed wat. Daarnaast zoekt ze hulp bij de tuin en bij wat andere praktische zaken. Er volgen nog wat gesprekken en mevrouw raakt gemotiveerd om zich op te geven voor een MBVO activiteit (Meer Bewegen Voor Ouderen). De welzijnscoach introduceert haar bij de bestaande groep. Ze vindt het leuk en komt nog een keer, maar daarna gaat ze minder vaak. Ze heeft het druk met haar kleinkinderen en wil graag haar huis en schuur opruimen. Er is een paar keer contact om haar te motiveren. Soms gaat ze wel maar vaker niet. Uiteindelijk bezoekt ze regelmatig de bingo en gaat ze eens per maand bij het buurtcentrum eten samen met een vriendin die ze in de wijk ontmoet heeft. Doordat ze bekend is geraakt met welzijn, heeft ze haar eigen activiteit gevonden. Het gaat inmiddels stukken beter met haar. Ze is minder gestrest en heeft meer controle over haar leven.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Sinnema, H., Smiesing, J., Ruiter, M. de, Vossepoel, L., Bolier, L., Muntingh, A., et al. (2014). Welzijn op recept. *Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept*. Herziene uitgave februari 2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Onderzoeksopzet

Er is een effectonderzoek uitgevoerd bij de pilot in Nieuwegein (Sinnema et al., 2014). Dit onderzoek bestond uit het afnemen van twee vragenlijsten bij patiënten. De vragenlijsten werden op drie momenten ingevuld: vóór deelname aan een welzijnsarrangement (t^0), na 3 (t^1) en na zes (t^2) maanden. Op t^0 waren er 59 welzijnsrecepten uitgeschreven. Dit leidde bij 29 mensen tot het daadwerkelijk deelnemen aan een welzijnsarrangement. Een deel heeft hiervoor eerst gesprekken met een welzijnscoach gehad, om de motivatie te vergroten. Op t^1 waren er 18 deelnemers en op t^2 nog 14. De gebruikte vragenlijsten zijn:

- a. De Mental Health Continuüm Short Form (Lamers et al., 2011) voor welbevinden.
Van de 59 patiënten die een Welzijn op recept kregen, vulden er 28 (47%) bij aanvang een MHC-SF vragenlijst in, 20 (34%) na 3 maanden en 14 (24%) na 6 maanden.
- b. De EuroQol-5D-5L (Herdman e.a., 2011) voor kwaliteit van leven. Deze vragenlijst is door 30 patiënten (51%) bij aanvang ingevuld, door 22 (37%) na drie maanden en door 16 (27%) na zes maanden.

Onderzoeksresultaten

Het onderzoek bleek onvoldoende om het effect van het welzijnsrecept op welbevinden en kwaliteit van leven in deze pilot vast te stellen. Oorzaken waren uitval van deelnemers, lage respons en het feit dat niet alle deelnemers direct na ontvangst van het welzijnsrecept deelnamen aan een activiteit, waardoor de meting na drie en zes maanden niet synchroon liep met drie of zes maanden deelname aan activiteit.

Mensen die een Welzijn op recept ontvingen en de vragenlijst invulden, scoorden gemiddeld 2.76 (standaarddeviatie 1.1) op de MHC-SF schaal voor welbevinden. De gemiddelde score in de Nederlandse bevolking is 2.98 (Lamers et al. 2011 in). Dit betekent dat de positieve geestelijke gezondheid van de mensen die verwezen zijn naar Welzijn op recept vergelijkbaar is met die in de algehele bevolking.

Voor deelname aan een arrangement was de gemiddelde waarde op de EQ-5D-5L 0.68. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de gemiddelde score in de algehele Nederlandse bevolking.

7. Aangehaalde literatuur

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Bradt, J., & Dileo, C. (2009). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Cardol M, Van Dijk L, de Jong LD, de Bakker DH, Westert GP. *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* 2004. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM.
- Chong, C. S. M., Tsunaka, M., Tsang, H. W. H., Chan, E. P., & Cheung, W. M. (2011). Effects of yoga on stress management in healthy adults: A systematic review. *Alternative Therapies In Health And Medicine*, 17, 32-38.
- Francke, A.L., Smit, M.C., Veer A.J.E. de, et al. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38.
- Friedli, L., Jackson, C., Abernethy, H., & Stansfield, J. (2008). *Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery*.
- Greenfield, E. A. & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B, S258-S264.
- Grol R, Wensing, M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg.
- Groot, K. de & Meijs, J. J. (2013). *Voortgangsverslag gegevens zorg en welzijn op één lijn, organisatorische integratie van wijkgerichte zorg en welzijn No. 154012205*. Den Haag: ZonMw.
- Hakkaart-van Roijen L. *Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness* (in Dutch). Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment; 2002.
- Harris, T., Brown, G. W., & Robinson, R. U. T. H. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 174(3), 219-224.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonnel, G., Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727–1736
- Kim, E. S., Nansook, P., Sun, J. K., Smith, J. & Peterson, C. (2014). *Life Satisfaction and Frequency of Doctor Visits. Psychosomatic Medicine*, 76(1).
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2012). *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rosenberg E, Lussier MT, Beaudoin C, Kirmayer LJ, Dufort GG. Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(5):322-327.

Saeed, S. A., Antonacci, D. J., & Bloch, R. M. (2010). Exercise, yoga, and meditation for depressive and anxiety disorders. *American family physician*, 81(8), 981-986.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33-61.

Seyfang, G. (2011). Growing cohesive communities one favour at a time: Social exclusion, active citizenship and time banks. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27, 699-706.

Smits FT, Brouwer HJ, ter RG, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009; 9:36.

Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65, 467-487.

Sinnema, H., Smiesing, J., Ruiter, M. de, Vossepoel, L., Bolier, L., Muntingh, A., et al. (2014). *Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept*. Herziene uitgave februari 2014. Utrecht: Trimbos-instituut.

Thio S, Van Balkom AJLM. [Effectiveness of antidepressants. Implications of two meta-analyses for clinical practice]. *Tijdschrift Psychiatrie mei* 2009; 51(12):887-891.

Uebelacker, L. A., Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B. A., Tremont, G., Battle, C. L., & Miller, I. W. (2010). Hatha yoga for depression: critical review of the evidence for efficacy, plausible mechanisms of action, and directions for future research. *Journal of Psychiatric Practice*, 16, 22-33.

Walburg, J. A. (2008). *Mentaal Vermogen -Investeren in geluk (Mental Capital - The investment in happiness)*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

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(555):694-698.

Yerrell, P. (2008). *National evaluation of BTCV's Green Gym*. Oxford: Oxford Brookes University.

Zwet, R. van der; Maat, J. van de (2010), *Verkenning eenzaamheid*. Utrecht: Movisie