

Duurzaam borgen van Welzijn op Recept

Lessen uit de literatuur en actieonderzoek

RIVM & TNO-rapport 2024-0027



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

TNO innovation
for life

Colofon

© RIVM & TNO 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) & TNO, de titel van de publicatie en het jaar van uitgave. Vermelden als: RIVM & TNO (2023). Duurzaam borgen van Welzijn op Recept. Lessen uit de literatuur en actieonderzoek.

TNO en het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0027

P. Kemper (auteur), RIVM
C. Bos (auteur), RIVM
K. Preuhs (auteur), TNO
S. Vader (auteur), RIVM
M. van der Klauw (auteur), TNO

Met dank aan:
E. du Pon, RIVM
E. de Weger, Vrije Universiteit
I. Wildeman, TNO
N. Pannebakker, TNO
J.J. Meijs, Landelijk Kennisnetwerk
Welzijn op recept
M. Heijnders, Landelijk
Kennisnetwerk Welzijn op recept

En alle geraadpleegde experts en leden van de reflectietafel

Contact:
Peter Kemper (peter.kemper@rivm.nl)

Dit onderzoek werd in samenwerking door TNO en RIVM verricht in opdracht van het ministerie van VWS, voor de directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO).

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor
Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

TNO
Healthy Living and Work
Postbus 2215 | 2333 BE Leiden
Nederland
<http://www.tno.nl>

Publiekssamenvatting

Duurzaam borgen van Welzijn op Recept

Lessen uit de literatuur en actieonderzoek

De overheid wil meer verbinding leggen tussen het medisch en het sociaal domein. Een voorbeeld daarvan is Welzijn op Recept. Hierbij verwijst de huisarts mensen met lichte psychosociale klachten, zoals eenzaamheid, naar een welzijnscoach in het sociale domein. Deze coach zoekt samen met de cliënt naar een activiteit om het welbevinden te vergroten. Voorbeelden zijn verschillend, variërend van een buurtcentrum bezoeken tot vrijwilligerswerk doen. Het blijkt alleen lastig om het contact tussen de huisarts en de welzijnscoach een vast onderdeel te laten zijn van het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod.

RIVM en TNO hebben daarom onderzocht wat nodig is om dit beter te realiseren. Het RIVM en TNO adviseren een kernteam op te zetten, waarin alle betrokken partijen zitten. Dat zijn zowel de huisarts en de welzijnscoach, als een vertegenwoordiger uit het management van het gezondheidscentrum of de huisartspraktijk, en de gemeente voor een breed draagvlak. In dit team moet eerst duidelijk worden wat Welzijn op Recept is, voor wie, en wie welke rollen en taken heeft. Daarnaast is blijvende financiering belangrijk en moet de professional genoeg tijd hebben om de patiënt goed te kunnen helpen. Goede samenwerking tussen de betrokken partijen is daarvoor essentieel, net als genoeg aanbod van activiteiten.

Om Welzijn op Recept een vaste plek te laten krijgen, is het belangrijk dat zowel de patiënt als professionals de interventie kennen. Ook moet de patiënt bereid zijn om aan activiteiten deel te nemen. Verder is het belangrijk dat de welzijnscoach zichtbaar is in de praktijk, om zo een vertrouwd gezicht te zijn en met wie het makkelijk contact maken is. Daarnaast is het belangrijk dat de huisarts en de welzijnscoach met elkaar in contact blijven, zodat duidelijk is hoe het met de cliënt gaat. Hierdoor krijgt de patiënt vertrouwen in de aanpak. Tot slot is het belangrijk inzicht te krijgen in de effecten van deze interventie en de aanpak onder de aandacht te blijven brengen.

Kernwoorden: Welzijn op Recept, sociaal verwijzen, Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), ketenaanpak, preventie, psychosociale problematiek

Synopsis

Safeguarding the intervention 'Welzijn op Recept' for the long term

Lessons from the literature and an action study

The government wants to strengthen the connection between the medical and social domains. The '*Welzijn op Recept*' (Well-being on prescription) intervention is an example of this. As part of this intervention, general practitioners refer people with mild psychosocial symptoms, such as loneliness, to well-being coaches in the social domain. Together with the client, this coach will then look for an activity to enhance well-being. Examples can vary widely, from visiting the community centre to participating in volunteer work. However, it has proven difficult to make contact between GPs and well-being coaches a structural component of care and support offered at the local level.

RIVM and TNO have therefore investigated what is needed to achieve this. RIVM and TNO recommend that GP practices set up a core team, involving all stakeholders, to generate broad support. The stakeholders in question include the GP, the well-being coach, a municipal representative and someone from the health centre's or GP practice's management team. The core team should first establish what '*Welzijn op Recept*' entails, for whom it is intended and who should take on which roles and tasks. Moreover, structural funding is important, and the professionals involved should have enough time to help patients effectively. Effective cooperation between the stakeholders is crucial in this regard, as is a sufficient range of activities.

To make sure that '*Welzijn op Recept*' becomes a fixed component of the care and support offered at the local level, it is important for both patients and professionals to be aware that this intervention exists. Also, patients must be prepared to take part in activities. Furthermore, well-being coaches must be visible in practices to make them a familiar face and lower the threshold for contact. Additionally, the GP and the well-being coach must maintain contact, so it is clear how the patient is doing. This will give the patient confidence in the approach. Finally, it is important to gain insight into the effects of this intervention and to keep making people aware of this approach.

Keywords: Well-being on prescription, social prescribing, intervention, prevention, Healthy and Active Living Agreement (GALA), psychosocial symptoms

Inhoudsopgave

Samenvatting — 6

1 Inleiding — 8

1.1 Achtergrond — 8

1.2 Doel en vraagstelling onderzoek — 9

2 Review wetenschappelijke literatuur — 10

2.1 Inleiding — 10

2.2 Methode — 10

2.3 Resultaten — 12

3 Actieonderzoek bij vier praktijklocaties — 17

3.1 Inleiding — 17

3.2 Methode — 17

3.2.1 Participatief actieonderzoek — 17

3.2.2 Selectie vier praktijklocaties — 17

3.2.3 Werkwijze — 18

3.2.4 Data-analyse — 19

3.3 Kenmerken van de praktijklocaties — 19

3.4 Lessen over de praktijklocaties heen — 23

3.4.1 Uitgangspunten — 23

3.4.2 Randvoorwaarden — 25

3.4.3 Uitvoering — 27

3.4.4 Monitoren, evalueren en dissemineren — 30

4 Discussie — 32

Referenties — 37

Samenvatting

De beweging richting meer verbinding tussen het medisch en het sociaal domein is een belangrijk punt binnen het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Een interventie waar de verbinding tussen deze domeinen naar voren komt, is Welzijn op Recept. Dit is een interventie waarbij mensen met psychosociale klachten door de huisarts worden doorverwezen naar een welzijnscoach in het sociale domein. Samen met de cliënt zoekt de welzijnscoach naar een passende activiteit. Ondanks de groeiende aandacht voor Welzijn op Recept laat de praktijk zien dat de implementatie van de interventie op sommige plekken niet doorzet naar een situatie waarin Welzijn op Recept is geborgd als een vast onderdeel van de lokale zorg- en ondersteuningsaanbod.

Om inzicht te krijgen in wat nodig is om Welzijn op Recept duurzaam te borgen, inventariseren het RIVM en TNO in opdracht van VWS manieren waarop de werkwijze van Welzijn op Recept structureel onderdeel kan zijn van de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals en hulpverleners uit verschillende sectoren. Om dit doel te bereiken, bestaat het onderzoek uit: 1) een literatuurreview over de lessen uit de wetenschappelijke literatuur over sociale verwijzingen en 2) een actieonderzoek om zowel gezamenlijk met de praktijk het vraagstuk van optimaliseren en borgen te onderzoeken alsook de benodigde verandering direct in gang te zetten.

In hoofdstuk 2 staat de wetenschappelijke review beschreven waarin is gekeken naar leidende principes voor de implementatie en borging van sociale verwijzingen zoals Welzijn op Recept richting borging en wat onderliggende contextuele factoren en mechanismen zijn die de leidende principes beïnvloeden.

In totaal zijn vijf leidende principes met onderliggende kernlessen geïdentificeerd voor de implementatie van een sociale verwijzing:

- I. Creëer continu bewustzijn voor het adresseren van de bredere determinanten van gezondheid en de rol die een sociale verwijzing daarbij kan spelen om de houding ten opzichte van het gebruik van sociale verwijzing te veranderen.
- II. Zorg dat zorgprofessionals vertrouwensrelaties opbouwen met alle betrokken stakeholders om een cyclisch doorverwijzingsproces te creëren.
- III. Investeer in de vaardigheden en capaciteit van de personen die de verwijzing begeleiden om hen te laten fungeren als een brug tussen de verschillende sectoren.
- IV. Zorg ervoor dat cliënten de juiste ondersteuning krijgen om hun zelfredzaamheid te verbeteren en hun deelname aan de gemeenschap te vergroten.
- V. Investeer in de onderlinge afstemming van structuren, processen en middelen tussen de betrokken sectoren om het gebruik van een sociale verwijzing te bevorderen.

Hoofdstuk 3 beschrijft het actieonderzoek. Hierin zijn vier praktijklocaties gevolgd in het proces om Welzijn op Recept op een

duurzame wijze te borgen. Er is gekozen voor participatief actieonderzoek, omdat dit de mogelijkheid biedt om praktijkgericht en participatief gegevens te verzamelen en kort-cyclisch terug te koppelen aan de praktijklocaties. Als start van het actieonderzoek is in alle praktijklocaties een kernteam opgericht met de vertegenwoordigers uit de Welzijn op Recept-keten. Vervolgens zijn zes werksessies gehouden waarin belemmerende en bevorderende factoren voor een optimale borging van de interventie werden geïdentificeerd. Op basis daarvan zijn acties geformuleerd, uitgevoerd en geëvalueerd. Verder hadden alle praktijklocaties een ondersteuningsbudget van 5.000 euro.

Alle praktijklocaties hadden ruime ervaring met Welzijn op Recept, maar waren toch verschillend in de uitdagingen waarvoor ze stonden. Elke praktijklocatie kende een eigen traject met eigen keuzes en specifieke accenten. Desalniettemin zijn er overkoepelende lessen te trekken die in meerdere praktijklocaties naar voren kwamen. Als startpunt moet er een visie komen op wat Welzijn op Recept is, wie de doelgroep is en wie welke rollen en taken heeft. Op randvoorwaardelijk vlak is structurele financiering belangrijk, net als het hebben van voldoende tijd om de cliënt goed te helpen. Goede samenwerking is daarbij essentieel. Het kernteam kan daarin een belangrijke schakel vormen. Voor een goede uitvoering van Welzijn op Recept zijn de bekendheid van de interventie bij zowel cliënten als professionals belangrijk en de bereidwilligheid van de client om aan activiteiten deel te nemen. Daarnaast is de zichtbaarheid van de welzijnscoach van belang. Tot slot is een goede terugkoppeling van de welzijnscoach naar de huisarts van belang, zodat het verdere vervolg van de cliënt voor iedereen inzichtelijk is. Dit versterkt het vertrouwen in de interventie, wat essentieel is voor een goede borging. Op het vlak van monitoren, evalueren en dissemineren, blijft het belangrijk inzicht te hebben in effecten en blijvend de interventie onder de aandacht te brengen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sociale basis versterken door meer sociale samenhang

Binnen het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) vormt het versterken van de sociale basis een belangrijk onderdeel (p18.(1)). Dit met het doel om vanuit preventie, omkijken naar elkaar en lichte ondersteuning, het beroep op gespecialiseerde zorg voor een deel overbodig te maken, terug te dringen of te vervangen. In wijken met minder sociale samenhang vraagt dit om voldoende laagdrempelige en toegankelijke initiatieven en ondersteuningsmogelijkheden om de sociale basis te versterken. Belangrijk onderdeel is een integrale samenwerking tussen het medisch en sociaal domein.

Meer verbinden tussen het medisch en sociaal domein

De beweging richting meer verbinding tussen het medisch en het sociaal domein is daarom een belangrijk punt binnen het GALA. Een kansrijke interventie die hierbij naar voren komt, en al voor het tekenen van het GALA in de praktijk is gebracht, is Welzijn op Recept. Welzijn op Recept is een interventie waarbij mensen met psychosociale klachten door de huisarts worden doorverwezen naar de welzijnscoach (2). Samen met de cliënt zoekt de welzijnscoach naar een passende activiteit op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur, zodat de cliënt (opnieuw) kan ontdekken wat hem of haar gelukkig maakt. Het doel van Welzijn op Recept is het verhogen van het welbevinden van mensen die met (milde) psychosociale klachten bij voornamelijk de huisarts of andere eerstelijnszorgverleners komen. Met dit doel wordt beoogd dat het zorggebruik in de eerstelijnszorg afneemt.

Welzijn op Recept als voorbeeld van sociaal verwijzen

Welzijn op Recept is niet de enige interventie die zich richt op het verbinden van het medisch en sociaal domein. Zowel nationaal als internationaal bestaan er verschillende vormen of werkwijzen die de verbinding tussen deze domeinen leggen. Internationaal wordt deze bredere beweging, ook wel sociaal verwijzen genoemd, afgeleid van het Engelse 'social prescribing'. Binnen het GALA wordt beoogd initiatieven rondom sociaal verwijzen te stimuleren, waaronder de interventie Welzijn op Recept. In dit onderzoek is Welzijn op Recept als vertrekpunt gebruikt, omdat dit de meest toegepaste vorm in Nederland is.

Welzijn op Recept te vaak niet geborgd

Ondanks de groeiende aandacht voor Welzijn op Recept, laat de praktijk zien dat de implementatie van de interventie op sommige plekken niet doorzet naar een situatie waarin Welzijn op Recept is geborgd als een vast onderdeel van het zorgaanbod binnen het medisch en sociaal domein. Borging is essentieel voor behoud van de werkwijze en wordt bereikt als deze is geïntegreerd in de dagelijkse routine en is verankerd in de organisatie (3). Borging is hierbij geen laatste stap, maar een continu en blijvend proces (4). In het geval van Welzijn op Recept blijft de interventie hangen in de fase waarin er op beperkte schaal ervaring wordt opgedaan met de uitvoering. Deze fase kenmerkt zich doordat

Welzijn op Recept in sommige gevallen verwatert of dat het aantal verwijzingen stagneert, dan wel afneemt. Dit is aanleiding om te onderzoeken wat nodig is om deze stap wel te zetten en de uitvoering van de interventie verder te optimaliseren, zodat deze structureel onderdeel is van de dagelijkse praktijk.

1.2 Doel en vraagstelling onderzoek

Om inzicht te krijgen in wat nodig is om Welzijn op Recept te borgen, inventariseren het RIVM en TNO in opdracht van VWS hoe de werkwijze van Welzijn op Recept structureel onderdeel kan zijn van de dagelijkse praktijk van (zorg) professionals en betrokkenen. Om dit doel te bereiken, bestaat het onderzoek uit: 1) een literatuurreview over de lessen uit de wetenschappelijke literatuur over sociale verwijzingen en 2) actieonderzoek om zowel gezamenlijk met de praktijk het vraagstuk van optimaliseren en borgen te onderzoeken als tegelijkertijd de verandering die hiervoor nodig is direct in gang te zetten. Beide onderdelen zijn parallel uitgevoerd. De volgende onderzoeksvragen staan centraal:

1. Wat is er nodig om Welzijn op Recept te optimaliseren en borgen?
2. Wat zijn de belemmerende of bevorderende factoren die bijdragen aan de optimalisatie en borging en welke mogelijke oplossingsrichtingen of handelingsperspectieven dragen hieraan bij?

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft de lessen uit de wetenschappelijke literatuur en hoofdstuk 3 presenteert de Nederlandse lessen uit het actieonderzoek. Hoofdstuk 4 sluit af met een discussie over de bevindingen over de internationale en Nederlandse lessen en aanbevelingen voor zowel het beleid als de uitvoering in de praktijk.

2 Review wetenschappelijke literatuur

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de opzet en de uitkomsten van het wetenschappelijke literatuurreview. Met de wetenschappelijke review is gekeken naar leidende principes die helpen bij de implementatie en borging van sociale verwijzingen. Daarnaast zijn er onderliggende factoren en mechanismen geïdentificeerd die de leidende principes beïnvloeden. De resultaten van dit hoofdstuk zijn tevens beschreven in een Engelstalig wetenschappelijk artikel. In dit hoofdstuk wordt de methode in hoofdlijnen besproken en worden de belangrijkste lessen uit het artikel gedeeld. Meer informatie staat in het betreffende artikel (5).

Belangrijk om te benoemen, is dat een sociale verwijzing, zoals beschreven in internationale literatuur, verschilt van Welzijn op Recept. In beide aanpakken wordt een cliënt vanuit het medische domein via een welzijnscoach of andere hulpverlener gekoppeld aan een passende activiteit. Maar waar Welzijn op Recept zich richt op cliënten met lichte psychosociale problematiek, wordt er bij een sociale verwijzing, zoals beschreven in internationale literatuur, ingegaan op bredere gezondheidsdeterminanten, zoals hulp bij financiën, huisvesting, sociale isolatie, werk, leefstijlaanpassingen of het in contact brengen van cliënten met lotgenoten. Ook verschilt een sociale verwijzing wat betreft doelgroepen, diensten en activiteiten. Om het verschil met Welzijn op Recept te benadrukken, wordt in dit hoofdstuk daarom gesproken over een sociale verwijzing in plaats van over Welzijn op Recept.

Ook de rol en benaming van de personen die de verwijzing begeleiden verschilt. Bij Welzijn op Recept wordt verwezen naar de welzijnscoach. In de internationale literatuur wordt gesproken over zogenoemde *linkworkers*. Linkworkers kunnen een achtergrond hebben in verschillende disciplines, zoals psychologie of psychotherapie, maar vaak hebben ze echter helemaal geen specifieke professionele achtergrond en/of zijn het vrijwilligers (6-8). De welzijnscoach bij Welzijn op Recept is een professional met vaak een achtergrond binnen welzijn of het sociaal domein en heeft een training gehad door het Landelijk Kennisnetwerk. In dit hoofdstuk wordt de term *linkworker* gebruikt, omdat de lessen volgen uit de internationale literatuur. Ondanks verschillen in rollen en terminologie, zullen de getrokken lessen uit de internationale literatuur over sociaal verwijzen en linkworkers ook relevant zijn voor Welzijn op Recept.

2.2 Methode

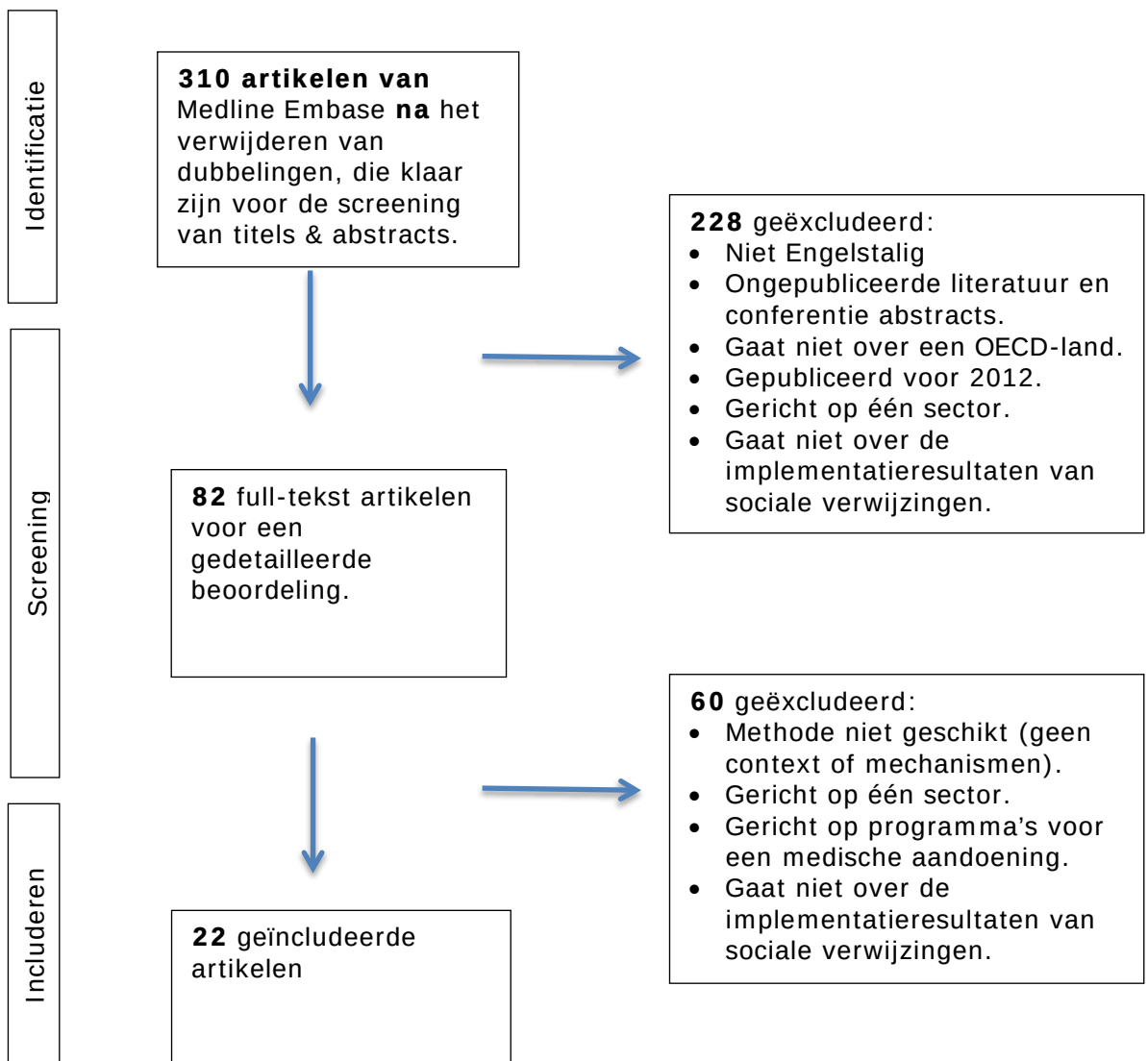
Rapid Realist Review

Voor de review van de wetenschappelijke artikelen is een Rapid Realist Review uitgevoerd. Deze methode wordt gebruikt voor de analyse van complexe programma's of interventies, omdat het niet alleen laat zien of een programma of interview werkt, maar ook voor wie, onder welke omstandigheden en met welke uitkomsten (9). Het effect van bijvoorbeeld een financiële impuls kan per locatie of onderzoek verschillen. In de realist-benadering wordt bij het duiden van het effect

de context meegenomen, om zo een verdiepend beeld te krijgen waarom een bepaalde actie of interventie een specifieke uitkomst heeft. Dit samenspel tussen de context, factoren die tot verandering leiden en de uitkomst, worden context-mechanisme-outcome (CMO)-configuraties genoemd (10).

Het doel van een Rapid Realist Review is hetzelfde als dat van een traditionele realist-review, maar maakt het mogelijk in minder tijd belangrijke bevindingen voor beleid en betrokken belanghebbende te vergaren (11, 12).

Voor de review zijn in totaal 22 artikelen geïnccludeerd. In Figuur 1 is het proces van in- en exclusie te zien. Op basis van de 22 geïnccludeerde artikelen hebben de onderzoekers vervolgens gekeken in welke context bepaalde factoren tot een uitkomst leiden en zijn hier CMO-configuraties voor geformuleerd. De CMO-configuraties zijn vervolgens geclusterd in vijf overkoepelende thema's, waarop de leidende principes zijn gebaseerd.



Figuur 1 Proces van in- en exclusie van artikelen.

2.3 Resultaten

In totaal zijn vijf leidende principes geïdentificeerd voor de implementatie van een sociale verwijzing. De principes zijn actief geformuleerd, gericht aan de betrokkenen die sociaal verwijzen willen borgen binnen een praktijklocatie. De leidende principes met de bijbehorende kernlessen zijn op basis van thema's weergegeven in Figuur 2 en worden daaronder verder toegelicht.



Figuur 2 Overzicht leidende principes en kernlessen.

Leidend Principe 1:

Creëer continu bewustzijn voor het adresseren van de bredere determinanten van gezondheid en de rol die een sociale verwijzing daarbij kan spelen om de houding ten opzichte van het gebruik van sociale verwijzing te veranderen.

1.a Zorg ervoor dat een sociale verwijzing net zo gangbaar wordt als een verwijzing naar het medische domein door een positieve houding te creëren bij zowel zorgverleners als cliënten.

Een sociale verwijzing is voor zowel zorgprofessionals als cliënten nog niet altijd onderdeel van de dagelijkse praktijk (13-15). Regelmatig is er onduidelijkheid over wat een sociale verwijzing inhoudt en wat het cliënten kan opleveren. Mede daarom is het belangrijk dat alle betrokken partijen weten van de mogelijkheden en voordelen die een sociale verwijzing te bieden heeft wanneer cliënten niet-medische problemen ervaren. Het creëren van bewustzijn gaat over de erkenning dat sommige (lichamelijke) klachten van cliënten geen medische oorzaak hebben en een sociale verwijzing effectiever zal zijn dan een medische interventie, zoals medicatie voor hoofdpijklachten. Daarnaast gaat het creëren van bewustzijn over het adresseren van de bredere gezondheidsdeterminanten van cliënten om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de situatie waarin de cliënt zich bevindt en waardoor de fysieke klachten van cliënten worden veroorzaakt. Voor

zowel zorgprofessionals als cliënten is het belangrijk aangemoedigd te worden om verder te denken dan het aanbod in het reguliere zorglandschap. Een belemmerende factor kan zijn dat huisartsen voor zichzelf geen functie of taken zien om niet-medische vragen te stellen en cliënten door te verwijzen naar sociale diensten (16).

I.b Zorg ervoor dat er enig inzicht is over de effectiviteit en verbeteringen van cliëntuitkomsten, zodat zowel zorgverleners als cliënten meer gebruikmaken van sociale verwijzingen.

Voor het creëren van bewustzijn is het voor zorgprofessionals die cliënten doorverwijzen naar sociale diensten belangrijk om te weten wat voor effect een sociale verwijzing heeft op cliëntuitkomsten. Door als zorgprofessional regelmatig een terugkoppeling te krijgen van de linkworker over hoe het met de cliënten gaat na een doorverwijzing met een positieve ervaring, zal een zorgprofessional in het vervolg eerder geneigd zijn een sociale verwijzing te doen (16). Door een terugkoppeling te geven over de ervaringen van cliënten wordt het zorgprofessionals duidelijker wat een sociale verwijzing inhoudt. Daarnaast is het belangrijk cliënten van tevoren duidelijk uit te leggen wat ze van een sociale verwijzing kunnen verwachten (17). Overigens geven sommige auteurs ook aan dat de behoefte aan terugkoppeling niet ten koste moet gaan van de aandacht aan de patiënt (16).

Leidend Principe II: Zorg dat zorgprofessionals vertrouwensrelaties opbouwen met alle betrokken stakeholders om een cyclisch doorverwijzingsproces te creëren.

IIa. Creëer een gedeeld begrip over sociale verwijzingen met alle betrokken stakeholders ter versterking van vertrouwensrelaties en de samenwerking, waardoor verwijzen gemakkelijker wordt.

Gedeeld begrip tussen zorgprofessionals ontstaat als er duidelijkheid is over de samenwerking en de verschillende rollen, taken en verwachtingen met elkaar zijn afgestemd (17). Dit helpt zorgprofessionals om cliënten met een goed gevoel door te verwijzen naar diensten of activiteiten van andere hulpverleners (16). Onduidelijkheid in bijvoorbeeld de manier van verwijzen, kan leiden tot verschillende routes. Dit ervaren professionals als een belemmering.

IIb. Zorg ervoor dat cliënten vertrouwen hebben in hun gezondheids- en zorgprofessionals, zodat ze hun problemen delen en meer bereid zijn om deel te nemen aan aanbevolen gemeenschapsdiensten.

Een vertrouwensrelatie tussen cliënten en gezondheids- en zorgprofessionals is enorm belangrijk. Wanneer cliënten gezondheids- en zorgprofessionals vertrouwen, is de kans groter dat zij zich veilig genoeg voelen om hun problemen over hun dagelijks leven te delen, zodat ook alle problemen rondom de bredere determinanten van gezondheid kunnen worden aangepakt. Tegelijkertijd zijn cliënten dan ook meer bereid om deel te nemen aan een aanbevolen activiteit (6, 18).

Leidend Principe III: Investeer in de vaardigheden en capaciteit van linkworkers om hen te laten fungeren als een brug tussen de verschillende sectoren.

IIIa. Zorg ervoor dat linkworkers in staat zijn om overzicht te creëren in het lokale ondersteuningsaanbod en de betrokken organisaties hierbij te verbinden, en om ondersteuning te bieden aan (kwetsbare) cliënten met (meervoudige) gezondheidsbehoeften.

Om de juiste ondersteuning rondom bredere gezondheidsbehoeften van cliënten te organiseren, is het voor de linkworker van belang het lokale ondersteuningsaanbod goed te kennen en de betrokken organisaties met elkaar te laten samenwerken. Vaardigheden als netwerken en communiceren over de sectoren heen, is belangrijk om die samenwerking tot stand te kunnen laten komen en gezamenlijk te kijken of activiteiten en diensten ontbreken op basis van de ondersteuningsbehoeften van cliënten. Bij het ontbreken van bepaalde activiteiten en diensten kunnen organisaties samenwerken om die ondersteuning alsnog te bieden (19). Om cliënten de juiste ondersteuning te bieden, is het belangrijk overzicht te hebben van de lokale infrastructuur. Voor cliënten, specifiek voor cliënten met multi-problematiek, is het belangrijk dat zij contact hebben met een persoon (linkworker) die overzicht heeft over de lokale sociale infrastructuur en beschikt over een netwerk van stakeholders van de gemeenschap en vrijwilligerssector om hen op deze manier de juiste ondersteuning te kunnen bieden (6).

IIIb. Zorg voor voldoende ondersteuning en erkenning van linkworkers, zodat zij zich zelfverzekerd genoeg voelen om hun functie uit te voeren. De rol van linkworkers kan veeleisend zijn. Daarom is het belangrijk dat zij met voldoende zelfvertrouwen deze rol kunnen vervullen en bovenstaande vaardigheden kunnen ontwikkelen. Ondersteuning kan op diverse manieren geboden worden. Een manier is het bieden van educatie, bijvoorbeeld door opleiding, cursussen of training (6, 8, 18-20). Een andere manier is het bieden van intervisie of samenwerking met andere linkworkers om ervaringen uit te wisselen (21, 22). Tot slot is ook ondersteuning van het management vanuit de organisaties nodig. Bijvoorbeeld door het bieden van voldoende tijd om een persoonsgerichte aanpak te faciliteren en te stimuleren (23). Naast het creëren van zelfvertrouwen om de functie uit te voeren, is het voor linkworkers belangrijk dat zij als competente professional worden gezien. Dit geeft andere zorgprofessionals vertrouwen om cliënten door te verwijzen en te geloven in het concept Sociale verwijzing en biedt een grotere kans dat de rol wordt geaccepteerd (18).

Leidend Principe IV: Zorg ervoor dat cliënten de juiste ondersteuning krijgen om hun zelfredzaamheid te verbeteren en hun deelname aan de gemeenschap te vergroten.

IVa. Voorkom uitval van cliënten door aandacht te hebben voor situaties, waarbij meerdere problemen tegelijk spelen.

Casuïstiek binnen sociaal verwijzen is zelden simpel en eenduidig. Er zijn met regelmaat cliënten bij wie zich op meerdere vlakken problemen voordoen, bijvoorbeeld door een combinatie van financiële, huishoudelijke en sociale zorgen. In dergelijke gevallen is het van belang dat ook deze problemen worden aangepakt (24). De sociale activiteiten kunnen gelijktijdig of zelfs even worden uitgesteld. Wanneer

deze problemen worden verholpen, is de kans groter dat cliënten meer zelfvertrouwen hebben om deel te nemen aan de gemeenschap en zij zich minder afhankelijk voelen van diverse zorgprofessionals (19).

IVb. Zorg ervoor dat cliënten zich voldoende ondersteund voelen om deel te nemen aan gemeenschapsdiensten en -activiteiten.

Door cliënten voldoende ondersteuning te bieden, wordt de zelfredzaamheid van cliënten beter en kunnen ze makkelijker deelnemen aan gemeenschapsdiensten en -activiteiten. Gezondheidsprofessionals kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten door hen te voorzien van de juiste informatie over sociale verwijzingen. Linkworkers kunnen cliënten helpen door het bieden van praktische en emotionele steun en daarmee voorkomen dat cliënten afhaken bij activiteiten. Cliënten voelen zich vaak ook ondersteund, wanneer zij mensen kunnen ontmoeten die in dezelfde omstandigheden zitten, zodat zij ervaringen kunnen uitwisselen (19, 23, 25). Een andere manier waarop cliënten ondersteund kunnen worden, is door toegang tot transport en structurele financiering om blijvend deel te kunnen nemen aan activiteiten (7, 8).

Leidend Principe V: Investeren in de onderlinge afstemming van structuren, processen en middelen tussen de betrokken sectoren om het gebruik van een sociale verwijzing te bevorderen.

Va. Zorg voor de beschikbaarheid van gedeelde middelen en systemen tussen de sectoren voor het bevorderen van communicatie en samenwerking.

Op dit moment ervaart de zorgsector voor het doen van sociale verwijzingen een gebrek aan gedeelde middelen (bijvoorbeeld een gemeenschappelijk digitaal systeem). Dit kan ervoor zorgen dat het doorverwijzen van cliënten naar sociale diensten belemmerd wordt en dat cliënten telkens opnieuw hun verhaal moeten doen (7, 8). Het is dus belangrijk dat gezondheidscentra middelen beschikbaar stellen voor een goede samenwerking tussen linkworkers en hulpverleners uit verschillende sectoren (8).

Vb. Zorg voor structurele financiering, zodat diensten structureel aangeboden kunnen worden.

Om sociale verwijzingen een structureel onderdeel te laten zijn van de dagelijkse werkzaamheden van zorgprofessionals, is het belangrijk dat er structurele financiering is. Door een gebrek aan structurele financiering kunnen sociale verwijzingen niet blijvend worden aangeboden (16, 26). Een structureel aanbod waarvan cliënten blijvend gebruik kunnen maken, is belangrijk voor het vertrouwen in sociale diensten. Door korte termijnfinanciering moeten sommige organisaties en activiteiten sluiten, wat een negatieve invloed heeft op het vertrouwen van burgers in de lokale diensten (26). Naast de negatieve impact op het vertrouwen van cliënten is het voor de linkworker en andere zorgprofessionals lastig overzicht te houden als activiteiten en diensten steeds veranderen of verdwijnen.

Tabel 1 Overzicht van de leidende principes I t/m V en de onderliggende kernlessen. De principes en kernlessen zijn actief geformuleerd, gericht aan personen die sociaal verwijzen willen borgen.

I. Creëer continu bewustzijn voor het adresseren van de bredere determinanten van gezondheid en de rol die een sociale verwijzing daarbij kan spelen om de houding ten opzichte van het gebruik van sociale verwijzing te veranderen.

- a) Zorg ervoor dat een sociale verwijzing even normaal wordt als een verwijzing naar het medische domein door een positieve houding te creëren bij zowel zorgverleners als cliënten.*
- b) Zorg ervoor dat er enig inzicht is in de effectiviteit van sociale verwijzingen.*

II. Zorg dat zorgprofessionals vertrouwensrelaties opbouwen met alle betrokken stakeholders om een cyclisch doorverwijzingsproces te creëren.

- a) Creëer een gedeeld begrip over sociale verwijzing met alle betrokken stakeholders ter versterking van vertrouwensrelaties en samenwerking, waardoor verwijzen gemakkelijker wordt.*
- b) Zorg ervoor dat cliënten vertrouwen hebben in hun gezondheids- en zorgprofessionals, zodat zij hun problemen delen en meer bereid zijn om deel te nemen aan aanbevolen gemeenschapsdiensten.*

III. Investeer in vaardigheden en middelen van linkworkers, zodat zij als brug tussen verschillende sectoren kunnen fungeren.

- a) Zorg ervoor dat linkworkers in staat zijn om overzicht te creëren in het lokale ondersteuningsaanbod en de betrokken organisaties hierbij te verbinden, en om ondersteuning te bieden aan (kwetsbare) cliënten met (meervoudige) gezondheidsbehoeften.*
- b) Zorg voor voldoende ondersteuning van linkworkers, zodat zij zich zelfverzekerd genoeg voelen om hun functie uit te voeren.*

IV. Zorg ervoor dat cliënten de juiste ondersteuning krijgen om hun zelfredzaamheid te verbeteren en hun deelname aan de gemeenschap te vergroten.

- a) Voorkom uitval van cliënten door aandacht te hebben voor situaties waarbij meerdere problemen tegelijk spelen.*
- b) Zorg ervoor dat cliënten zich voldoende ondersteund voelen om deel te nemen aan diensten of gemeenschapsactiviteit.*

V. Investeer in afstemming tussen sectoren over structuren, processen en middelen om het doen van sociale verwijzingen te bevorderen.

- a) Zorg voor de beschikbaarheid van gedeelde middelen en systemen tussen de sectoren voor het bevorderen van communicatie en samenwerking.*
- b) Zorg voor structurele financiering, zodat diensten structureel kunnen worden aangeboden.*

3 Actieonderzoek bij vier praktijklocaties

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de opzet en de uitkomsten van het actieonderzoek. Hierin zijn vier praktijklocaties gevolgd in het proces om Welzijn op Recept op een duurzame wijze te borgen. Het actieonderzoek is erop gericht om samen met de praktijklocaties in kaart te brengen wat er voor nodig is Welzijn op Recept optimaal in te regelen en te verankeren en hieruit lessen te trekken die relevant zijn voor zowel de eigen praktijklocatie, alsook andere praktijklocaties die met deze interventie aan de slag zijn.

3.2 Methode

3.2.1 *Participatief actieonderzoek*

Er is gekozen om de onderzoeksvraag te beantwoorden door het uitvoeren van participatief actieonderzoek. Actieonderzoek geeft de mogelijkheid om praktijkgericht en participatief gegevens te verzamelen en kort-cyclisch terug te koppelen aan de deelnemers. De duurzame borging van Welzijn op Recept is afhankelijk van vele factoren. Welke van belang zijn, verschilt per locatie. Sommige factoren zijn zichtbaar, zoals het hebben van een periodiek overleg. Andere factoren zijn onzichtbaar, zoals de relatie tussen de betrokkenen. Actieonderzoek biedt de mogelijkheid onderliggende belemmeringen of bevorderende factoren te identificeren en op basis daarvan handelingsopties te formuleren. Deze handelingsopties worden vervolgens uitgevoerd en geëvalueerd. Op deze manier komen oplossingsrichtingen naar voren die zowel voor de praktijklocatie zelf van waarde zijn, alsook in andere praktijklocaties kunnen worden toegepast.

Een van de kernaspecten van participatief actieonderzoek is om te blijven aansluiten bij de ontwikkelingen en behoeften van onderzoekdeelnemers. Dat betekent dat betrokken praktijken het traject samen met de onderzoekers vormgeven. Dit geldt zowel voor de aanpak van het onderzoek (onder andere de vragen en lokale behoeftes), als voor de evaluatie van de gekozen acties. De praktijklocaties voeren hierbij zelf regie over de uitvoering van acties en interventies voor de uitvoering en bestendiging van Welzijn op Recept.

3.2.2 *Selectie vier praktijklocaties*

In totaal namen vier praktijklocaties deel aan het actieonderzoek. Om tot deze vier te komen, is, in afstemming met het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept, gezocht naar locaties die al ervaring hadden met Welzijn op Recept en reeds langere tijd hiermee intensief hadden gewerkt en dus echt voorbij de pilot- of opstartfase waren. Het opstarten van Welzijn op Recept is al goed gedocumenteerd (2) en niet de focus van dit onderzoek. Naast ervaring moest er draagvlak zijn om Welzijn op Recept verder te ontwikkelen en een bereidheid van de betrokkenen om hiervoor de gevraagde tijdsinvestering te doen. Praktijken die net met de implementatie van Welzijn op Recept waren gestart, zijn expliciet niet meegenomen in dit onderzoek.

Samen met het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept is een shortlist gemaakt van mogelijke locaties die in aanmerking kwamen voor het onderzoek. Bij de keuze van de te benaderen locaties is zoveel mogelijk gestreefd naar een variatie aan kenmerken, zoals het aantal huisartsenpraktijken, de ligging in Nederland, en de mate van stedelijkheid. Idealiter was hierbij ook het aantal verwijzingen als selectiecriteria meegenomen, maar dat bleek in de praktijk niet haalbaar.

Op basis van de shortlist zijn praktijken benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Bij interesse is een verkennend gesprek gevoerd, waarbij het draagvlak en de bereidheid van de tijdsinvestering zijn getoetst, alsmede een eerste inventarisatie is gedaan van de problematiek rondom optimalisatie en borging. Paragraaf 3.3 beschrijft de kenmerken van de geselecteerde praktijklocaties.

3.2.3 *Werkwijze*

In alle praktijklocaties is een kernteam opgericht met de vertegenwoordigers uit de Welzijn op Recept-keten. De precieze invulling was per locatie verschillend, maar bestond in ieder geval uit een vertegenwoordiging van het management van het gezondheidscentrum, huisartsen, en welzijnscoaches. Aanvullend zaten er bijvoorbeeld nog vertegenwoordigers van de gemeente, het management van de welzijnsorganisatie en andere voor de locatie relevante organisaties of personen.

In totaal zijn per praktijklocatie zes werksessies gehouden waarbij een vooropgestelde agenda via specifieke werkvormen werd afgewerkt. Tijdens de eerste sessies waren de onderzoekers leidend. Gedurende het onderzoek werd dit overgedragen aan het kernteam van de betreffende praktijklocatie zelf. De eerste sessie was gericht op kennismaking en het inventariseren van de huidige stand van zaken. In de tweede sessie is, mede op basis van de input van de eerste sessie, scherper geformuleerd wat het kernprobleem is en waar men naartoe zou willen werken. Hiervoor is een zogenoemde probleem- en wensboom opgesteld (27). In deze bomen kunnen bij het probleem de belangrijkste oorzaken en gevolgen worden geformuleerd en bij de gewenste situatie de behoeften en tot welke effecten dit weer leidt. In de derde sessie zijn acties opgesteld, die volgen uit de eerste twee sessies. In deze sessie is het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept ook gevraagd om vanuit hun expertise mee te reflecteren. Daarbij konden tevens gericht vragen worden gesteld aan het Landelijk Kennisnetwerk. In de sessies vier tot en met zes is het actieplan steeds leidend geweest. Hierbij verschoof het voorzitterschap ook van de onderzoekers naar het kernteam zelf. In de laatste sessie is ook nog gereflecteerd op het actieonderzoek.

Gedurende het onderzoek hadden de kernteams de beschikking om 5.000 euro als ondersteuningsbudget in te zetten. Dit budget was bedoeld om gericht acties verder te helpen. Hierbij kan gedacht worden aan het inschakelen van het Landelijk Kennisnetwerk, het inhuren van een projectbegeleider, of het opzetten van een deel van een IT-systeem.

3.2.4 *Data-analyse*

Van alle bijeenkomsten zijn verslagen gemaakt, die bij de volgende sessie weer aan de deelnemers zijn teruggelegd. Onderdeel van de verslagen waren ook de uitkomsten van de oefeningen om een probleem- en wensboom te formuleren, het actieplan indien deze al concreet werd geformuleerd, alsmede observaties van de onderzoekers.

De verslagen zijn thematisch gecodeerd naar de onderdelen van het kwaliteitsmodel van het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept (2). Dit model bestaat uit uitgangspunten, randvoorwaarden, uitvoering en monitoring en evaluatie. Onder de uitgangspunten van Welzijn op Recept worden onder andere de visie, definitie, en doestelling verstaan. Essentiële randvoorwaarden omvatten de samenwerking, borging en financiering van Welzijn op Recept. De uitvoering bestaat uit indicatiestelling en verwijzing, ondersteuning door de welzijnscoach en van de activiteit zelf. Het laatste onderdeel vormt het monitoren en evalueren van data. Dit omvat het in de gaten houden van het werkproces, presenteren van tussentijdse resultaten, en – waar nodig - bijsturen op basis van de resultaten. Tijdens het thematisch coderen is de indeling in deze vier onderdelen als leidraad gebruikt.

3.3 **Kenmerken van de praktijklocaties**

Alle praktijklocaties hadden door de specifieke selectie ruime ervaring met Welzijn op Recept. Toch waren de uitdagingen waarvoor zij stonden niet gelijk. Elke praktijk kende een eigen traject met eigen keuzes die werden gemaakt en specifieke accenten die werden gelegd. Om meer inzicht te geven in dit proces, staat hieronder voor alle deelnemende praktijklocaties een *journey*, waarin het vertrekpunt, de acties en de punten voor de toekomst worden beschreven. Gaande het onderzoek bleken twee van de vier praktijklocaties keuzes te maken die ertoe leidden dat deze niet meer aan de definitie van Welzijn op Recept voldeden, zoals gesteld door het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept. Zij bleven echter wel werken aan het verbinden van het medisch en sociaal domein via een welzijnscoach.

Den Haag

De eerste praktijklocatie was een gezondheidscentrum met twee huisartsenpraktijken in de Schilderswijk in Den Haag. Het centrum werkt al sinds 2015 met Welzijn op Recept. Tijdens de start van het actieonderzoek was er een welzijnscoach beschikbaar die voor 16 uur in de week op locatie cliënten ontving.

Startpunt

Het gezondheidscentrum had al geruime tijd ervaring met Welzijn op Recept en had al een welzijnscoach op locatie, voordat ze aan het actieonderzoek deelnamen. De doorverwijzingen naar Welzijn op Recept waren wel sterk verminderd en er was behoefte aan structureel overleg en een duidelijkheid in het verschil van Welzijn op Recept ten opzichte van ander ondersteuningsaanbod. Ook de financiële borging van de interventie was een thema.

Acties

1. Duidelijke scheiding tussen Welzijn op Recept en ander ondersteuningsaanbod. Omdat er in de wijk van de praktijklocaties veel cliënten met multi-problematiek zijn, sluit de interventie Krachtige Basiszorg vaak beter aan bij de cliëntenbehoeften dan Welzijn op Recept.
2. Aansluiten bij effectonderzoek bij een naburige praktijk om meer inzicht te krijgen in het aantal doorverwijzingen naar en de effecten van Welzijn op Recept. Deze inzichten zijn helpend in het vergaren van structurele financiering en borging van de interventie.
3. Extra uren regelen voor de welzijnscoach.
4. Gebruikmaken van zorgdomein om verwijzingen van cliënten naar Welzijn op Recept te vergemakkelijken. Hieraan is de 5.000 euro ondersteuningsbudget besteed.
5. Opfrissen kennis over Welzijn op Recept en over het voeren van het 'andere gesprek'¹.
6. Welzijn op Recept zichtbaarder maken richting cliënten. Veel cliënten weten nog niet van het bestaan van Welzijn op Recept af. Het zichtbaarder maken van de interventie kan leiden tot meer vertrouwen bij de cliënt.

Toekomst

1. Vanwege de doorgaans complexe problematiek van de cliënten van het gezondheidscentrum is er besloten om naast Welzijn op Recept ook de interventie Krachtige Basiszorg op te zetten. Het is de bedoeling dat beide interventies in de toekomst verder ontwikkeld worden.
2. Het is belangrijk dat er in de toekomst een goede afstemming tussen alle betrokken zorgprofessionals plaatsvindt en er een duidelijke continue overlegstructuur komt.

Groningen - Lewenborg

De tweede praktijk die participeerde was een gezondheidscentrum in de wijk Lewenborg in Groningen. Dit centrum werkt al sinds 2015 met Welzijn op Recept. Bij de start van het onderzoek was er een welzijnscoach op locatie beschikbaar voor 16 uur in de week.

Startpunt

In het gezondheidscentrum was Welzijn op Recept al bekend. De voornaamste belemmering voor het borgen van de interventie waren de jaarlijks terugkerende onderhandelingen met de gemeente om de uren en de huisvesting van de welzijnscoach veilig te stellen. Er bestond daarom een duidelijke wens om een vernieuwd en meer structureel contact met de gemeente te leggen. Via de gemeente zou ook een olievlekwerking kunnen optreden voor de uitrol van Welzijn op Recept naar andere gezondheidscentra in de omgeving. Tot slot had men de wens om het proces van verwijzen beter te stroomlijnen en de digitale mogelijkheden hierin te verkennen. Hierbij was een vereiste dat de manier van registratie zou aansluiten bij een landelijke methode, zodat gegevens ook voor bredere doeleinden zouden kunnen worden gebruikt.

¹ Het aangaan van het gesprek met de cliënt om een vervolg buiten het medische domein wordt vaak 'het andere gesprek' genoemd. Dit gesprek is ook een belangrijk onderdeel binnen Positieve Gezondheid.

Acties

1. Contact gelegd met de gemeente om een aanspreekpunt te hebben voor de financiering van Welzijn op Recept, alsmede om de gemeente bekend te maken met de uitvoering van Welzijn op Recept op deze locatie.
2. Registratie van Welzijn op Recept in het huisartseninformatiesysteem met de verwijscade Z68.
3. Een aantal huisartsen van het gezondheidscentrum heeft een cursus gevolgd over het verkort toepassen van het spinnenweb uit Positieve Gezondheid. Hieraan is de 5.000 euro vergoeding besteed.
4. Het gezondheidscentrum neemt deel aan het effectonderzoek van ZonMW. Tijdens het onderzoek is de aanvraag gehonoreerd, het onderzoek loopt nog.
5. Er zijn vanuit de gemeente financiële toezeggingen voor de interventie gedaan.

Toekomst

1. Het gezondheidscentrum zal worden gebruikt als voorbeeld binnen Groningen over Welzijn op Recept.
2. Door verwijzingen te registreren met een vaste ICPC-code² (Z68) is deelname aan toekomstig onderzoek veel laagdrempeliger. Momenteel wordt al deelgenomen aan het ZonMW-onderzoek.
3. De kortere manier om het spinnenweb van Positieve Gezondheid te gebruiken zal nog meer worden toegepast.
4. Wens om naar de digitale verwijscade VIPLive³ over te stappen.

Houten

Als derde casus hebben alle vijf de gezondheidscentra in Houten meegedaan aan het actieonderzoek. De centra werken sinds 2017 met Welzijn op Recept. Er wordt gebruikgemaakt van VIPLive. Welzijnscoaches zijn beschikbaar voor 20 uur in de week per gezondheidscentrum.

Startpunt

De gezondheidscentra in Houten hadden al veel ervaring met Welzijn op Recept. Mede door corona is de aandacht voor de interventie en de achterliggende overlegstructuur echter flink verwaterd. De wens is dan ook om de uitvoering van Welzijn op Recept weer op te frissen en te verankeren.

Acties

1. Welzijnscoaches aanwezig laten zijn in de centra en af en toe laten aanschuiven bij MDO.
2. Welzijn op Recept thema maken op de jaarlijkse scholingsdag (Houten breed).
3. Werkwijze tussen alle betrokken professionals afstemmen.
4. De ICPC-code Z68 voor Welzijn op Recept gebruiken.
5. VIPLive-verwijscade opnemen.
6. Borging langetermijn door een terugkerend overleg van het kernteam.

² De International Classification of Primary Care (ICPC) is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenzorg.

³ VIPLive is een digitaal platform waarop zorgverleners kunnen samenwerken

7. Nieuwe welzijnscoaches de training voor welzijnscoach laten volgen
8. Betere registratie in digitale verwijlsruhe VIPLive.

Toekomst

1. De scholingsdag is na afloop van het actieonderzoek gehouden. Hierbij is ook het Landelijk Kennisnetwerk uitgenodigd om deze dag te begeleiden.
2. Welzijnscoaches blijven fysiek een dagdeel aanwezig in de vijf medische centra.
3. Stuurgroep komt halfjaarlijks bijeen om de continuïteit van Welzijn op Recept te bewaken en vervolg aan de openstaande actiepunten te blijven geven.

Assen

Tenslotte heeft een zorggroep van 350 huisartsen in Assen meegewerkt aan het actieonderzoek, waarbij 10 van de 15 huisartspraktijken meedoen aan Welzijn op Recept. In Assen is er per huisartsenpraktijk 4 uur per week beschikbaar voor een welzijnscoach. Dit is ongeacht de grootte van de praktijk; kleine praktijken met mogelijk minder doorverwijzingen hebben evenveel uur als grotere praktijken met meer cliënten.

Startpunt

In Assen werkt men al een aantal jaren met Welzijn op Recept, maar de interventie is niet bij alle praktijken bekend. De wens is om meer praktijken en de doelgroep te bereiken door Welzijn op Recept bekender te maken en meer praktijken te laten aansluiten. Een uitdaging die in Assen speelt is onduidelijkheid over de definitie en invulling van Welzijn op Recept. Door dit gezamenlijk verwijssysteem te gebruiken, zou ook de terugkoppeling, die op dit moment nog stroef loopt, verholpen kunnen worden.

Acties

1. Definieren van Welzijn op Recept voor zowel welzijn als zorg.
2. De inzet van Welzijn op Recept laten aansluiten op de verwachtingen en bedoeling van de interventie.
3. Betrekken overige huisartspraktijken.
4. VIPLive als ICT-verwijssysteem dat door alle partijen wordt gebruikt.

Toekomst

1. Duidelijke definitie en afspraken met gezamenlijke visie: Er is een handreiking gemaakt met een duidelijke beslisboom en omschrijving wanneer een casus wel of niet onder Welzijn op Recept valt.
2. Zichtbaarheid welzijnscoach verhogen met een pilot bij twee praktijken.
3. Bekendheid van Welzijn op Recept verhogen met (digitale) folders, nieuwsbrieven, het delen van succesverhalen en informeren van andere praktijken en patiënten.
4. Aanspreekpunt Welzijn op Recept in de praktijk met duidelijke taken en verantwoordelijkheden.

5. Organiseren van scholing van betrokken professionals over Welzijn op Recept.
6. Gezamenlijke casuïstiekbepreking, huisartsen laten aansluiten bij lerend netwerk welzijnscoaches en betrekken bij informele zorg.
7. Praktijklocatie Assen gaat verder met een vaste kerngroep om Welzijn op Recept te borgen en verbreden.

3.4 Lessen over de praktijklocaties heen

De resultaten van het actieonderzoek zijn thematisch onderverdeeld in vier onderdelen: Uitgangspunten (3.4.1), Randvoorwaarden (3.4.2), Uitvoering (3.4.3) en Monitoren, evalueren en dissemineren (3.4.4). Hieronder worden per onderdeel de lessen weergegeven.

3.4.1 *Uitgangspunten*

Onder uitgangspunten valt een aantal basisprincipes waar binnen de praktijklocatie consensus over moet zijn, voordat er richting borgen en optimalisatie gewerkt kan worden. Hieronder worden de uitgangspunten besproken die in de sessies naar voren zijn gekomen.

Gedeelde visie op wat Welzijn op recept betekent binnen de praktijklocatie als start

In alle praktijklocaties startte het traject met wat onder Welzijn op Recept werd verstaan. Vaak is het algemene idee wel bekend, maar wordt de inhoudelijke invulling anders uitgelegd of is die op de achtergrond geraakt. Er kan ook een verschil in visie zijn tussen betrokken professionals of tussen de koplopers binnen een praktijklocatie en de wat minder betrokken mensen. Als eerste stap werd hierbij binnen de kerngroep afgestemd waarvoor Welzijn op Recept binnen de praktijklocatie staat en werden de werksessies benut om een eenduidige visie te creëren over de basisprincipes van Welzijn op Recept voor de specifieke locatie.

De vier deelnemende praktijklocaties verschillen onderling in de precieze invulling en uitleg van Welzijn op Recept. De gemene deler is en blijft hierbij de verwijzing van de huisarts naar een passende activiteit via de welzijnscoach. Maar hoe deze verder is ingericht, verschilt per locatie. Zo zijn er locaties waar de huisarts, in lijn met het handboek van het Landelijk Kennisnetwerk, de tijd neemt om het 'andere gesprek' met de cliënt te voeren, om deze daarna gericht door te verwijzen naar een welzijnscoach voor Welzijn op Recept en mogelijkheden in ontmoeting, sport of cultuur. En er zijn ook locaties waar de huisarts meer een brede verwijzing doet naar het sociaal domein, waarna een welzijnscoach met de cliënt het gesprek aangaat over mogelijkheden. Een dergelijke brede verwijzing is ook vaker in de internationale literatuur te zien. In het onderzoek zijn voor beide varianten voors en tegens op tafel gekomen. Los van welke keuze wordt gemaakt, is het van belang dat deze keuze gemaakt wordt en de definitie en invulling binnen de praktijklocatie voor alle betrokkenen weloverwogen en helder moet zijn.

Welzijn op Recept vaak complementair aan andere aanpakken zoals Positieve Gezondheid

Tijdens het actieonderzoek bleken de praktijklocaties ook met verschillende andere bewegingen en aanpakken bezig te zijn, gericht op het verbinden van het medisch en het sociaal domein, bijvoorbeeld in het kader van Juiste Zorg op de Juiste Plek. Daarnaast zijn tijdens het actieonderzoek ook het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) gesloten. Binnen beide akkoorden vormt Welzijn op Recept een belangrijke schakel, maar wordt het altijd in samenhang met de andere ketenaanpakken besproken. Door deze verschillende bewegingen, waarbij vaak dezelfde mensen zijn betrokken, kan het soms wel lastig zijn om de aanpakken binnen een praktijklocatie te scheiden en eenheid in de uitwerking te creëren. Voor de deelnemende praktijklocaties was het daarom goed om kennis te nemen van de verschillende stromingen en de positie van Welzijn op Recept daarin te kennen.

In de werksessies werd ook vaak de relatie met Positieve Gezondheid genoemd. In drie van de vier praktijken werd het spinnenweb van Positieve Gezondheid gebruikt om het andere gesprek met de cliënt te voeren, zowel door de huisarts als de welzijnscoach. Daarbij was het voor de zorgprofessionals nog wel onduidelijk hoe Positieve Gezondheid zich verhiel tot Welzijn op Recept en was er het gevoel dat er voor één aanpak gekozen moest worden. Gedurende het actieonderzoek kwam men echter tot de conclusie dat de aanpakken complementair zijn. In het kader van Welzijn op Recept gaat het niet om het spinnenweb⁴ van Positieve Gezondheid over hoe zij gezondheid ervaren inhoudelijk te bespreken, maar is het een middel om de cliënt te laten nadenken over waar zijn of haar behoeften en mogelijkheden liggen. In Groningen is als onderdeel van het actieplan een training georganiseerd hoe het gesprek met het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid binnen Welzijn op Recept op een verkorte wijze kon worden toegepast.

Afstemming over de doelgroep van Welzijn op Recept

In het verlengde van het bespreken van de visie ligt de gezamenlijke afbakening over de beoogde doelgroep van Welzijn op Recept. Een factor die de verwijzing en brede uitrol van Welzijn op Recept ondermijnt, is dat niet voor alle zorgprofessionals duidelijk is voor wie Welzijn op Recept bedoeld is. Onduidelijkheid kan ertoe leiden dat niet iedereen daadwerkelijk wordt verwezen, dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd en hun verhaal dubbel moeten doen, of dat de reden van verwijzing niet duidelijk is voor de cliënt en/of de welzijnscoach.

Wat precies de doelgroep is, kan weer van de lokale context en visie afhangen. In Groningen wordt bijvoorbeeld de lijn van het Landelijk Kennisnetwerk gevolgd en gaat het om mensen met lichte psychosociale problematiek. Den Haag kent een patiëntpopulatie waarbij de problematiek om een bredere aanpak vraagt dan alleen kleur terugbrengen in het leven met een kortdurende activatie. Dit is ook terug te zien in het feit dat de welzijnscoach vaak 5 tot 10 gesprekken nodig heeft om tot een passende activiteit te komen. Bij lichte

⁴ Voor meer informatie over Positieve Gezondheid en het spinnenwebmodel zie <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>.

psychosociale problematiek en een voorafgaand gesprek met de huisarts, zou dit gemiddelde lager moeten liggen.

Duidelijkheid over rollen en taken

Om goed te kunnen doorverwijzen, wordt een duidelijke rolverdeling tussen de verschillende professionals door de praktijklocaties als belangrijk benoemd. Als voorbeeld werd hierbij onduidelijkheid rond de rol van de welzijnscoach ervaren. De welzijnscoach is een belangrijke schakel tussen medisch en sociaal domein. Deze rol wordt vaak vervuld door professionals die naast welzijnscoach, ook maatschappelijk werker zijn. Daar waar echter de welzijnscoach zich primair richt op wat een cliënt in het dagelijks leven kan doen om zich beter te voelen, kijkt de maatschappelijk werker ook naar verwijsmogelijkheden naar andere instanties zoals schuldhulpverlening. Zowel voor de welzijnscoach zelf, als voor de verwijzer en de cliënt is het daarom belangrijk dat er duidelijkheid is over de rol en taak van de welzijnscoach ten opzichte van die van de maatschappelijk werker. Een ander voorbeeld van een gevolg van onduidelijke rolverdeling is dat in Assen huisartsen en welzijnscoaches aangeven met regelmaat werk dubbel doen. De gesprekken die bij de huisarts plaatsvinden, vinden dan ook plaats bij de welzijnscoach, terwijl het de bedoeling is dat de welzijnscoach de cliënt kan doorverwijzen naar een activiteit in plaats van het gesprek opnieuw te voeren. Het moet duidelijk worden wie wat doet, zodat de cliënt beter aan een activiteit gekoppeld kan worden.

Aanbeveling voor de paragraaf over uitgangspunten:

- *Ga expliciet in gesprek over de uitgangspunten van Welzijn op Recept: wie is de doelgroep, welke rollen en taken zijn er en wie vervult welke rol?*
- *Blijf tussentijds toetsen of de uitvoering van Welzijn op Recept congruent is met de geformuleerde uitgangspunten of dat één van beide aanpassing nodig heeft.*

3.4.2

Randvoorwaarden

Voor het uitvoeren van Welzijn op Recept is voor de deelnemende praktijken een aantal randvoorwaarden van belang: (1) structurele financiering en (bestuurlijk) commitment, (2) voldoende tijd voor samenwerking, overleg en het 'andere gesprek' met cliënten, en (3) een goede samenwerking tussen het zorg- en sociaal domein, 4) oprichten kernteam. Hieronder worden deze randvoorwaarden verder toegelicht.

Structurele financiering belangrijk voor continuïteit

Alle praktijklocaties geven aan dat structurele financiering een belangrijke randvoorwaarde is voor een goede borging van Welzijn op Recept. Toch missen de meeste praktijken (zicht op) doorlopende financiering voor de interventie. Hierdoor is er weinig ruimte voor lange termijn plannen of investeringen in ICT-infrastructuur. In Groningen moest er bijvoorbeeld elk jaar weer discussie over de huisvesting van de welzijnscoach in de praktijk worden gevoerd. Een kamer in het wijkcentrum kost minder geld dan een kamer in de huisartsenpraktijk en dus moeten de huisartsen en de welzijnscoach ieder jaar weer lobbyen voor een ruimte in de praktijk. Structurele financiering zou veel onzekerheid wegnemen en een goede borging en het voortbestaan van Welzijn op Recept ten goede komen.

Belangrijk bij de gesprekken over financiering is een vast aanspreekpunt binnen de gemeente. In Groningen was het hebben van een aanspreekpunt zelfs een apart onderdeel in het actieplan. Het ontbreken van een aanspreekpunt bemoeilijkt het contact en daarmee borging en structurele financiering van de interventie.

Tijd om samen te werken en het andere gesprek te voeren essentieel

Tijd werd naast financiering als één van de belangrijkste randvoorwaarden voor het welslagen van Welzijn op Recept genoemd. Dit betreft zowel tijd in de spreekkamer voor het voeren van het 'andere gesprek' met cliënten, als tijd voor samenwerking tussen de verschillende professionals in het zorg- en welzijnsdomein. Het gebrek aan tijd werd voor beide aspecten dan ook vaak als belemmerend aangedragen. Het meer tijd realiseren voor de cliënt is met de huidige werkdruk van de huisarts soms erg moeilijk. Bij verschillende praktijklocaties werd verkend of de met de regeling 'meer tijd voor de cliënt' meer ruimte kon worden gecreëerd voor het andere gesprek. Wat betreft de tijd voor de samenwerking, kost het opzetten hiervan soms een tijdsinvestering, maar goede afspraken leveren op de lange termijn weer winst op. Dit was ook terug te zien in het actieonderzoek, waar initiële terughoudendheid vanwege de tijdsinvestering al snel wegviel.

Samenwerking tussen betrokken professionals erg belangrijk

In de sessies kwam regelmatig naar voren dat Welzijn op Recept valt of staat met de samenwerking tussen betrokken professionals bij de interventie. Het kost tijd en vraagt investering om elkaar te leren kennen en goed samen te werken. Continuïteit in de personen die bij Welzijn op Recept betrokken zijn, en vaste contactpersonen voor het sociaal domein per gezondheidspraktijk, werd dan ook als een bevorderende factor benoemd. Niet bij alle locaties loopt de samenwerking altijd goed. Dit komt voornamelijk doordat duidelijke afspraken over Welzijn op Recept ontbreken of vanwege een gebrek aan tijd of gelegenheid voor regelmatig overleg. Regelmatig overleg tussen de professionals uit de verschillende domeinen werd door de praktijklocaties als een bevorderende factor voor samenwerking genoemd. In Groningen sluit de welzijnscoach daarom aan bij koffiemomenten in de praktijk en in Houten zit de Welzijnscoach regelmatig bij casuïstiek overleggen.

Een fysieke plek voor de welzijnscoach binnen de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum werd ook als bevorderende factor genoemd. Cliënten kunnen dan op een voor hun bekende locatie in contact komen met de welzijnscoach. Ook bevordert het de samenwerking en afstemming tussen zorg- en welzijnsprofessionals wanneer zij elkaar op de wandelgangen tegenkomen en laagdrempelig informatie kunnen uitwisselen. In Groningen, Den Haag en Houten werkt de welzijnscoach al op locatie. In Assen is dit nog niet het geval. Hier werd financiering voor de te huren spreekkamerruimte voor een aantal praktijken als belemmering genoemd.

Kernteam belangrijke schakel in slagkracht en continuïteit

Als onderdeel van het actieonderzoek hebben alle praktijklocaties een kernteam opgericht. In dit kernteam waren alle disciplines vertegenwoordigd die in de lokale context een rol speelden in de keten rondom Welzijn op Recept. Terugkijkend op het actieonderzoek gaven

alle locaties aan dat het regelmatig bijeenkomen van dit kernteam bevorderend werkte om Welzijn op Recept stevig op de agenda te zetten en door te ontwikkelen. In alle locaties is het blijven bijeenkomen van het kernteam ook opgenomen in de toekomstplannen, zodat de continuïteit van Welzijn op Recept geborgd is.

Aanbevelingen voor de paragraaf randvoorwaarden:

- Richt een kernteam op om de randvoorwaarden voor de uitvoering van Welzijn op Recept te borgen voor financiering, commitment, tijdsinvestering en samenwerking.
- Een kernteam bestaat idealiter uit vertegenwoordiging vanuit de zorg, welzijn en de gemeente. Een (onafhankelijke) projectleider van een kernteam kan bijdragen aan de daadwerkelijke aansturing en begeleiding van de voor de uitvoering van Welzijn op Recept.

3.4.3 Uitvoering

Wat betreft de uitvoering van de interventie Welzijn op Recept is een aantal belangrijke kernfactoren benoemd, te weten: (1) het voeren van het andere gesprek, (2) de bekendheid met het sociaal domein en de sociale kaart, (3) de aanwezigheid van de welzijnscoach, (4) een standaard digitaal verwijs systeem, en (5) terugkoppeling (en evaluatie) na afloop van het traject.

Het andere gesprek vraagt vaardigheid van de verwijzer en bereidwilligheid van de cliënt

Het voeren van 'het andere gesprek' is een specifieke vaardigheid, die tijd en training kost om te leren en altijd verbeterd kan worden. Vaak zijn het enkele voorlopers die al daadwerkelijk het andere gesprek voeren, maar is het niet in elke praktijk breed onder alle zorgprofessionals geborgd. Om deze vaardigheid scherp te houden, wordt dit bijvoorbeeld in Houten op de jaarlijkse scholingsdag weer aan de orde gesteld. Ook kan het aanvoelen van het moment om het gesprek te voeren lastig zijn. Niet iedere cliënt staat open voor Welzijn op Recept wanneer hij/zij met fysieke klachten bij de huisarts komt. Hierbij moet de inschatting worden gemaakt wanneer een cliënt toe is aan het andere gesprek. Een goede timing is van belang. Vanuit de welzijnscoach wordt ook aangegeven dat het verdere traject beter loopt als een cliënt zelf gemotiveerd is om de stap naar de coach te zetten.

Bekendheid met het sociaal domein en de sociale kaart noodzakelijk

Een andere factor die een rol speelt, is de kennis en het begrip van het sociaal domein bij zorgprofessionals. Uit het actieonderzoek bleek het bijvoorbeeld een belemmering dat huisartsen beperkt zicht hebben op wat de activiteiten zijn waarnaar cliënten binnen het sociaal domein verwezen kunnen worden. Zij voelen zich hierdoor terughoudend om hun cliënt te verwijzen, omdat ze niet goed kunnen uitleggen wat de cliënten van de verwijzing kunnen verwachten. De welzijnscoach heeft dit overzicht wel. Omdat de sociale kaart regelmatig verandert, is het bij zorgprofessionals lastig altijd om altijd een compleet overzicht hiervan te hebben. Het werkt dan ook bevorderend wanneer welzijnscoaches regelmatig aanschuiven bij casuïstiekbespreking en hun ideeën delen over het soort activiteiten dat voor de cliënt van waarde kan zijn.

Ook hebben huisartsen aangegeven dat ze niet altijd zicht hebben op de vraag of de welzijnscoach tijd heeft en op welke termijn een cliënt daar terecht kan. In Houten en Groningen is de capaciteit een grote belemmering om het aantal doorverwijzingen op te schalen. Een lage capaciteit zorgt voor wachtlijsten, wat de doorverwijzing belemmert.

Fysieke aanwezigheid van de welzijnscoach meerwaarde in de uitvoering

Het wordt als echte meerwaarde beschouwd dat de welzijnscoach fysiek in de praktijk of het gezondheidscentrum aanwezig is. De aanwezigheid hoeft niet continu te zijn, maar op vaste tijden, zodat de welzijnscoach een bekend gezicht is in de huisartsenpraktijk. Zo kan op een meer laagdrempelige manier gesproken worden met, en over (mogelijke) cliënten. Mede door de COVID-19-pandemie was de aanwezigheid in bijvoorbeeld de praktijklocatie Houten naar de achtergrond geschoven. Dit is in de loop van het actieonderzoek weer opnieuw ingeregeld.

De aanwezigheid van de welzijnscoach op locatie komt ook de warme overdracht tussen de huisarts en welzijnscoach ten goede. Een warme overdracht houdt in dat de huisarts de cliënt, in sommige gevallen letterlijk, naar de welzijnscoach begeleidt, er een goede overdracht van informatie is, en er eventueel persoonlijke afstemming is tussen verwijzer en welzijnscoach. Daarnaast hebben praktijken benoemd dat in veel van de gevallen de cliënt niet genoeg eigen regie kan nemen om contact met de welzijnscoach op te nemen. Het is daarom belangrijk dat er vanuit de huisarts meteen een afspraak met de welzijnscoach wordt ingepland, in plaats van alleen een verwijzing te doen. De aanwezigheid van de welzijnscoach op locatie van de huisarts maakt deze stap laagdrempeliger.

Het regelen van een fysieke plek voor de welzijnscoach op een locatie kan in de praktijk echter als een organisatorische uitdaging worden ervaren, aangezien de plek in praktijken soms beperkt is en de kosten hiervoor ook moeten worden gedekt. Als eerste stap helpt het al als de welzijnscoach bijvoorbeeld geregeld op een dagdeel bij de koffiepauze aansluit.

Er is behoefte aan één digitaal verwijs systeem

In de uitvoering van Welzijn op Recept kwam in de werksessies met alle praktijklocaties terug dat bij voorkeur een digitaal systeem wordt gebruikt. Idealiter kan dit platform gebruikt worden voor het registreren van de verwijzingen, voor de communicatie tussen verwijzer en welzijnscoach, om de cliënt over de tijd te kunnen volgen, en om een terugkoppeling te kunnen geven. Het helpt hierbij als in de regio hetzelfde systeem wordt gebruikt. Op deze manier kan er geleerd worden van elkaar en hoeven organisaties, met name aan de welzijnskant, niet met verschillende systemen te werken. Bij de praktijklocaties werken de verwijzers in Den Haag met Zorgdomein, in Assen en in Houten met VIPlive. In Groningen moeten ze nog een besluit hierover nemen. Als beveiligde vorm communicatie werd ook vaak de SILO-app genoemd.

Voor de digitale verwijzing is het van belang dat er vaste, structurele afspraken rondom de verwijzing worden gemaakt. Zo kan een vast systeem worden gebruikt die gepaard gaat met een duidelijk en kort geformuleerde hulpvraag vanuit de verwijzer. Hierbij kan de

communicatie ook gebruikt worden voor een korte terugkoppeling van de welzijnscoach. Twee van de praktijklocaties benoemden de kosten van een digitaal verwijssysteem als uitdaging.

Een praktijklocatie was vooral geïnteresseerd in het inrichten van een dashboard op basis van het digitale verwijssysteem, waardoor het mogelijk is om de verwijzingen binnen de praktijk te monitoren en te evalueren.

Op dit moment is er volgens een van de praktijklocaties daarnaast behoefte aan een betere registratie van het behandelingsverloop in het algemeen: de huidige manier van verwijzing biedt alleen de verwijzing als enige registratiepunt, maar is er verder weinig bekend over het verdere verloop. Een goed overzicht van doorverwijzingen biedt daarmee ook (mogelijkheid tot) terugblik, evaluatie en optimalisatie van de werkwijze en van de cliëntenpopulatie waarvoor Welzijn op Recept van waarde is.

Terugkoppeling versterkt vertrouwen in Welzijn op Recept

Tot slot is terugkoppeling binnen het traject van groot belang. Terwijl de helft van de praktijklocaties aangaf dat er op een fijne manier terugkoppeling over het traject plaatsvindt, gaf de andere helft aan dat op dit vlak binnen hun eigen samenwerking nog vooruitgang te boeken valt en er nog niet voldoende over het gesprek tussen cliënt en de welzijnscoach naar de huisarts wordt teruggekoppeld. De terugkoppeling omvat idealiter zowel de terugkoppeling tussen cliënt en welzijnscoach, alsook van de welzijnscoach naar de huisarts toe. Deze terugkoppeling maakt het ook mogelijk om ervaringen te verzamelen. Deze kunnen vervolgens gedeeld worden met de huisarts en andere cliënten, om deze met de interventie meer bekend te maken en hun vertrouwen in de interventie te verhogen. Volgens een van de praktijklocaties is terugkoppeling een essentieel element om de huisartsen betrokken en geïnformeerd te houden. Hierbij moet echter wel gewaakt worden voor een te hoge administratieve last voor de welzijnscoach: een korte terugkoppeling over de verkende of ingezette activiteiten is voldoende.

Aanbevelingen voor de paragraaf uitvoering

- *Voor de uitvoering van Welzijn op Recept is het vastleggen en duidelijk maken van de samenwerkings- en uitvoeringsafspraken van essentieel belang om ervoor te zorgen dat iedereen weet wat deze inhouden.*
- *Een digitaal systeem kan een behulpzaam middel zijn in de uitvoering van verwijzingen, terugkoppeling en onderlinge communicatie.*
- *Persoonlijk contact tussen zorg- en welzijnsprofessionals is belangrijk voor een informele afstemming over de samenwerking en de uitvoering van Welzijn op Recept.*
- *Een vaste plek voor de welzijnscoach op het gezondheidscentrum vergemakkelijkt deze informele afstemming.*
- *Vaste terugkoppeling over de cliënt versterkt het vertrouwen in de interventie.*

3.4.4 *Monitoren, evalueren en dissemineren*

Voor het onderdeel monitoren, evalueren en dissemineren zijn de volgende uitkomsten beschreven: (1) Belang van het inzicht hebben in effecten, (2) Welzijn op Recept onder de aandacht blijven brengen, (3) het belang Welzijn op Recept onder de aandacht te blijven houden, en (4) leren van elkaar en in de regio.

Goed inzicht in effecten is nodig voor interne als ook externe motivatie
Volgens meerdere praktijklocaties is er, voor het optimaliseren en borgen van Welzijn op Recept, behoefte om effecten inzichtelijker te maken. Positieve effecten stimuleren ook de motivatie en het doorzetten van de samenwerking, alsmede het vertrouwen van zowel cliënten als ook betrokken verwijzers (huisartsen) in de interventie. Het laten zien van de effecten kan gaan om de cijfers, bijvoorbeeld het aantal verwijzingen, alsook het verzamelen van ervaringsverhalen van betrokkenen. Een belangrijk onderdeel is volgens de meerdere praktijklocaties het hebben van een duidelijk overzicht van bijvoorbeeld het behandelingsverloop, de beweegredenen van de cliënten, alsook de demografische gegevens van cliënten. Een eerste stap hierbij is om ervoor te zorgen dat verwijzingen worden geregistreerd in het huisartsen informatiesysteem, bijvoorbeeld door de ICPC-code Z68 ('andere verwijzing') te gebruiken. Een andere manier om de effecten inzichtelijk te maken, is door casuïstiek te bespreken in het multidisciplinair overleg (MDO). Het kunnen laten zien van de effecten helpt om collega's en andere (zorg)professionals in de omgeving met de interventie mee te krijgen. Daarnaast is het een overtuigend argument in de financiële verantwoording.

Welzijn op Recept onder de aandacht blijven brengen

Om Welzijn op Recept duurzaam te borgen, is het belangrijk dat iedereen bekend is en blijft met Welzijn op Recept. Een goede manier hiervoor is wederom het geregeld in het multidisciplinair overleg laten terugkomen van de Welzijn op Recept-casuïstiek. Dit overleg blijft volgens de praktijklocaties de interventie op de agenda zetten, wat door praktijken als bevorderend is aangegeven. Een andere optie om zorgprofessionals te blijven betrekken, is bijvoorbeeld aandacht hiervoor tijdens scholingsdagen, interne mailings en presentaties. Door deze communicatie blijft de interventie op het netvlies van de zorgprofessionals, ook voor nieuwe professionals.

Ook cliënten zullen positiever staan ten opzichte van Welzijn op Recept als zij hiermee bekend zijn. Verschillende huisartsen gaven aan dat bekendheid met de interventie een verwijzing naar de welzijnscoach makkelijker maakte. Om de bekendheid te versterken, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het plaatsen van ervaringsverhalen in een lokale krant. Dit werd in het verleden bijvoorbeeld in Houten gedaan. In Houten heeft men als onderdeel van het actieplan ook een wachtkamer filmpje laten ontwikkelen, om via deze route ook potentiële cliënten te informeren.

Leren van elkaar en van andere regio's

Het huidige actieonderzoek bleek een krachtig middel om interne kennisoverdracht, reflectie en evaluatie aan te jagen. In alle praktijklocaties was het bijeenbrengen van de verschillende disciplines in

het kernteam een uitstekende basis om het gesprek te voeren over Welzijn op Recept. Alle kernteams blijven ook na het onderzoek actief om Welzijn op Recept binnen de praktijklocatie te blijven ontwikkelen.

Naast de interne kennisoverdracht is eveneens de samenwerking met andere praktijken en ketenpartners over regio's heen van groot belang, met een genoemd streven naar uitwisselingsmogelijkheden. Vanuit Assen is bijvoorbeeld expliciet de wens genoemd om met andere praktijken in de regio ervaringen rondom Welzijn op Recept uit te wisselen, om per intervisie van elkaar te kunnen leren. Hierdoor kunnen praktijken van elkaar blijven leren en kunnen goede praktijken zich sneller verspreiden. Een voorbeeld hiervan is dat het in Houten gewenste dashboard voor het monitoren van Welzijn op Recept, al in Haarlem beschikbaar bleek te zijn en het wiel dus niet opnieuw uitgevonden hoefde te worden. Een integraal leernetwerk zou hiervoor een middel kunnen zijn.

Aanbevelingen paragraaf monitoren, evalueren en dissemineren:

- *Multidisciplinaire overleggen, uitwisseling van ervaringen en monitoring en evaluatie dragen bij aan het continu op de agenda houden van Welzijn op Recept. Hierbij spelen kwantitatieve gegevens een rol (tellen), maar ook de ervaringsverhalen van cliënten en zorgverleners (vertellen). Dit zorgt ervoor dat de interventie bij zowel de doelgroep als de zorgverleners bekend wordt en blijft.*
- *Het inplannen en organiseren van vaste momenten en netwerken voor deze uitwisseling en reflectie zorgt voor mogelijkheid om van elkaar te leren en daarmee de werkwijze rondom Welzijn op Recept te optimaliseren en te borgen.*

4 Discussie

Dit onderzoek is gericht op het bieden van inzicht in wat nodig is voor een verdere optimalisatie en duurzame borging van Welzijn op Recept. Voor deze inzichten is breder gekeken dan alleen de interventie Welzijn op Recept, maar ook naar de achterliggende beweging van sociaal verwijzen. Voor het literatuuronderzoek is bewust voor een bredere focus gekozen, omdat dit internationaal meer als zodanig wordt toegepast. Binnen het actieonderzoek bleken twee van de vier praktijklocaties gaande het onderzoek af te wijken van de interventie, zoals deze is beschreven door het landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept. De lessen die uit de praktijklocaties zijn getrokken, blijven echter onverminderd relevant als het gaat om het leggen van een duurzame verbinding tussen het medisch en sociaal domein, alsook voor de praktijken die wel Welzijn op Recept toepassen.

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel was de review van wetenschappelijke literatuur over sociaal verwijzen. Er zijn vijf leidende principes geïdentificeerd, namelijk: 1) creëer bewustzijn voor het adresseren van de bredere gezondheidsdeterminanten, 2) bouw vertrouwensrelaties met betrokkenen voor een cyclisch verwijsproces, 3) investeer in de vaardigheden en capaciteiten van zogenoemde *linkworkers*, 4) zorg dat problemen rondom de bredere gezondheidsdeterminanten worden aangepakt voor zelfredzaamheid en participatie en, 5) investeer in continu afstemming tussen de sectoren. Het tweede onderdeel bestond uit een actieonderzoek bij praktijklocaties uit vier verschillende regio's, waar lessen uit de Nederlandse praktijk zijn opgehaald. Hieronder worden de lessen uit beide onderdelen samengebracht.

Gedeeld begrip nodig vanwege onduidelijkheden concept

Uit de literatuur blijkt dat professionals een gedeeld begrip moeten hebben wat een sociale verwijzing betekent. Als de beelden van een interventie tussen de betrokken professionals niet overeenkomen, verstoort dat de uitvoering van de interventie en daarmee de borging. In het actieonderzoek was de eerste stap dan ook om tot een gedeelde visie te komen. In deze visie was aandacht voor hoe de uitvoering zou worden ingeregeld en wat de beoogde doelgroep zou moeten zijn. Daarnaast zijn de rollen en taken van de verschillende betrokken professionals besproken en met elkaar afgestemd.

Vertrouwensrelaties en samenwerking nodig voor de uitvoering

Een goede samenwerking als basis voor verdere optimalisatie is een punt dat zowel in de literatuur als in het actieonderzoek naar voren komt. Hiervoor laten de resultaten van de review zien dat vertrouwen tussen de zorgprofessionals bij de uitvoer van Welzijn op Recept een belangrijk element is. Ook praktisch moet de samenwerking goed zijn ingeregeld. Binnen het actieonderzoek was de focus op de samenwerking vaak meer van praktische aard, aangezien het onderlinge vertrouwen er wel was. Hierbij valt te denken aan het hebben van vaste contactpersonen en inregelen van een regelmatig overleg. Vanuit het

actieonderzoek kwam verder naar voren dat een sleutelfiguur in de samenwerking de welzijnscoach is, of *linkworker* in de internationale literatuur. In de literatuur wordt onderstreept dat deze getraind moet worden in de juiste vaardigheden om deze rol te vervullen, zoals gespreksvaardigheden en kennis van de lokale sociale kaart. Verder komt vanuit het actieonderzoek naar voren dat het belangrijk is dat de welzijnscoach voldoende zichtbaar is. De aanwezigheid van de welzijnscoach op locatie, al is het maar tijdens een gezamenlijke koffiepauze, wordt als erg bevorderend ervaren in de samenwerking.

Structurele financiering nodig voor rust

Op randvoorwaardelijk vlak komt vanuit de literatuur en het actieonderzoek naar voren dat het van belang is dat er rust is rondom de financiering. Onzekerheid op dit vlak kan een belemmering vormen voor het borgen van Welzijn op Recept. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat het essentieel is dat er voldoende tijd is om met de cliënt over Welzijn op Recept in gesprek te gaan. Ook een ICT-systeem om te kunnen verwijzen en om terug te koppelen is een belangrijke randvoorwaarde om de communicatie tussen de professionals scherp te krijgen. Tot slot blijkt uit het actieonderzoek dat een kernteam van essentieel belang is om uitgangspunten scherp te zetten, de randvoorwaarden in te regelen en de continuïteit van de interventie te waarborgen.

Expliciet maken wat het cliënten oplevert

Een ander aspect is het belang voor bewijs, of de ervaren overtuiging, dat een sociale verwijzing leidt tot verbetering in het welzijn voor cliënten. In de praktijk van het actieonderzoek werd het bijvoorbeeld als zeer relevant ervaren om Welzijn op Recept goed te registreren en daarmee te kunnen monitoren. Bewijs hoeft overigens niet alleen uit onderzoek te komen. Ook het bespreken van casuïstiek tijdens het multidisciplinair overleg of het steekproefsgewijs nabellen van cliënten en dat in het dossier zetten, kan hierin voorzien.

Cliëntenperspectief nog onderbelicht gebleven

In de literatuur zijn ook handvatten te zien voor de borging van Welzijn op Recept die gericht is op de cliënt. Deze zijn voornamelijk gericht op het voorkomen van uitval door het hebben van meerdere problemen tegelijk en het goed ondersteunen van een cliënt richting welzijn. Wat zowel in de literatuur als in het actieonderzoek nog onderbelicht is, is het cliëntperspectief dat meegenomen zou moeten worden in de vormgeving van sociaal verwijzen of Welzijn op Recept. De inzichten van de patiënt kunnen relevante inzichten bieden in bijvoorbeeld de redenen waarom iemand uitvalt of wat er beter kan in het proces. Binnen het actieonderzoek is het cliëntperspectief onderbelicht gebleven, omdat in alle praktijklocaties de voorkeur werd gegeven om eerst goede afspraken te maken tussen zorgprofessionals, alvorens hier de cliënten bij te betrekken. Daarnaast werd aangegeven dat de cliënten een kwetsbare groep betreffen en daardoor moeilijk te bevragen zijn. Hierdoor zijn er geen inzichten op dit vlak opgedaan, maar hier liggen wel mogelijkheden om nog winst te behalen.

Aanbevelingen

Uit dit onderzoek volgen verschillende aanbevelingen om de uitvoering van Welzijn op Recept te optimaliseren en de interventie op een duurzame manier te borgen. De aanbevelingen zijn gericht aan praktijken die al de nodige ervaring hebben met de interventie en stappen willen zetten om de werkwijze nog verder aan te scherpen, zodat deze opgenomen wordt in de normale manier van werken.

- 1) Richt een kernteam op met als taak de continuïteit van Welzijn op Recept te bewaken. Dit kernteam bestaat idealiter uit vertegenwoordiging van zorg, welzijn en gemeente. Een (onafhankelijke) projectleider van zo'n kernteam draagt bij aan de daadwerkelijke aansturing en begeleiding van de samenwerkingsafspraken voor de uitvoering van Welzijn op Recept.
- 2) Ga expliciet over de uitgangspunten (sociaal model, doelgroep, rollen en taken en aansluiting andere aanpakken) in gesprek in het kernteam. Maak hierbij onderscheid tussen hoe het nu gaat, en wat je graag zou willen vanuit de meerwaarde die je hoopt te bereiken. Blijf tussentijds toetsen of de uitvoering congruent is met de uitgangspunten, of dat een van beide aanpassing nodig heeft.
- 3) Maak gebruik van de bestaande ervaringen, zodat Welzijn op Recept bij de doelgroep en zorgverleners bekend wordt, en het vertrouwen in de interventie wordt bevorderd. Intercollegiaal is het bespreken van casuïstiek in een multidisciplinair overleg van enorme meerwaarde. Het delen van ervaringen kan tevens ook het argument voor structurele financiering versterken of om nieuwe cliënten te overtuigen.
- 4) Zorg dat de welzijnscoach zichtbaar is. Idealiter zit de welzijnscoach een dag(deel) op de praktijklocatie. Hierdoor kan laagdrempelig casuïstiek worden besproken. Dit maakt een korte terugkoppeling ook gemakkelijker.

Reflectie op het onderzoek

Dit onderzoek bestaat uit een aantal sterke kanten en beperkingen. De sterke kanten zijn de combinatie van wetenschap met de praktijk. Daarnaast bleek het actieonderzoek een goed middel om in de verschillende praktijklocaties het gesprek over optimalisatie en borging van Welzijn op Recept te starten en tegelijk hieraan gericht acties te verbinden. De praktijk leert dat elke situatie anders is en de uitvoering van Welzijn op Recept lokaal maatwerk is. In een actieonderzoek kan goed hierop worden ingespeeld.

Zoals aan het begin van de discussie aangegeven, bleek gedurende het actieonderzoek dat in twee van de vier praktijklocaties de lokale visie op de interventie afweek van Welzijn op Recept zoals deze is beschreven door het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept (2). In deze praktijklocaties was nog steeds sprake van een verbinding van het medische met het sociale domein, maar dus niet van de interventie Welzijn op Recept. Hoewel het aanpassen van een interventie op de lokale context vaker voorkomt, betekent het wel dat de beschreven werkzame elementen mogelijk niet langer van toepassing zijn. Het aanpassen van de interventie ging op basis van voortschrijdend inzicht

in wat de lokale context vereist ten opzichte van wat Welzijn op Recept is. De resultaten van de twee afwijkende praktijklocaties waren dusdanig gelijk met die van de andere twee, dat ervoor gekozen is hierin geen onderscheid te maken. Bovendien is het daarmee ook in lijn met de internationale literatuur waar de focus op sociale verwijzing in bredere zin ligt en zoals het ook beschreven is in het GALA.

De kern van het actieonderzoek ligt in de uitvoering van Welzijn op Recept in het gezondheidscentrum. De lessen zijn dan ook vaak gericht op het medische domein. Dat betekent niet dat de lessen alleen voor het medisch domein gelden. De behoefte aan terugkoppeling en inzicht in cliëntverhalen en effecten is ook voor de welzijnsorganisatie en de gemeente van belang. Zichtbaarheid en bekendheid van de interventie is ook van belang als er binnen het sociaal domein moet worden afgestemd als de problematiek breder blijkt dan psychosociale problematiek allen.

Een beperking van het onderzoek is dat er niet is gekeken naar het aantal verwijzingen per praktijklocatie. Idealiter zou er na het onderzoek een stijging in te zien zijn als indicatie dat Welzijn op Recept breder is toegepast binnen ene praktijklocatie. In de praktijklocaties werd echter aangegeven dat meer verwijzen geen doel was, aangezien dit alleen maar zou leiden tot wachtlijsten bij de welzijnscoach. Het zou desalniettemin mogelijk zijn dat het aantal verwijzingen toch is gestegen, ondanks dat de uren van de welzijnscoach gelijk zijn gebleven. Bijvoorbeeld doordat dubbel werk door de huisarts en de welzijnscoach zijn afgevangen door het maken van goede afspraken.

Een ander aandachtspunt is dat er niet gekeken is naar het clientperspectief. Hiervoor zijn er twee redenen. De eerste is dat het de ervaring binnen de praktijklocaties was dat de doelgroep van Welzijn op Recept een moeilijk te benaderen groep is voor onderzoek. Bovendien kunnen de onderwerpen gevoelig zijn om te bespreken en kan er sprake zijn van schaamte, wat deelname verder belemmert. Een tweede reden is dat alle praktijklocaties er de voorkeur aan gaven om eerst zelf de processen en afspraken rondom Welzijn op Recept op orde te hebben, alvorens de cliënt in dit proces te betrekken. Daarom zijn in het kader van het onderzoek geen interviews met cliënten gehouden. Wel zijn cliëntervaringen bij een aantal locaties een belangrijk actiepunt geworden. Bijvoorbeeld om deze mee te nemen in de lokale communicatie om Welzijn op Recept meer bekendheid te geven of om deze te kunnen bespreken tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). Er werd echter in het kader van dit onderzoek hiervoor geen dataverzameling gedaan.

Conclusie

Dit onderzoek geeft verschillende inzichten over de borging en optimalisatie van Welzijn op Recept of andere interventies die gericht zijn op het verbinden van het medisch en sociaal domein. Ondanks verschillen tussen het internationale sociaal verwijzen en de Nederlandse interventie Welzijn op Recept, zijn er overkoepelende lessen te trekken hoe de borging is te verbeteren. Hetzelfde kan gesteld worden over bevindingen uit het actieonderzoek, waar de verschillende

praktijklocaties voor diverse uitdagingen stonden. De belangrijkste aanbeveling hierbij is om in een multidisciplinair kernteam met een vertegenwoordiging uit zorg, welzijn en gemeente met dit onderwerp aan de slag te gaan. Het uitwisselen van ervaringen, vastleggen van definities en uitzetten van acties maakt Welzijn op Recept voor zowel cliënten als professionals duidelijker en draagt bij aan de toekomstbestendigheid van de interventie.

Referenties

1. VNG Z, VWS, GGD. Gezond en Actief Leven Akkoord: Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezon en actief leven met een stevige sociale basis. Den Haag: Ministerie van VWS; 2023.
2. Heijnders M, Meijs, J.J. Handboek Welzijn op Recept: Zorg en welzijn maken samen het verschil. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2019.
3. Grol R, Wensing, M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier; 2006.
4. Verenso. Handleiding implementatie. Utrecht: Verenso; 2019.
5. Bos C, De Weger, E, Wilderman, I., Pannebakker, N., Kemper, P.F. Implement Social Prescribing successfully towards embedding: what works, for whom and in which context? A rapid realist review. submitted.
6. Bertotti M, Frostick C, Hutt P, Sohanpal R, Carnes D. A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(3):232-45.
7. Holding E, Thompson J, Foster A, Haywood A. Connecting communities: A qualitative investigation of the challenges in delivering a national social prescribing service to reduce loneliness. *Health Soc Care Community.* 2020;28(5):1535-43.
8. Hazeldine E, Gowan G, Wigglesworth R, Pollard J, Asthana S, Husk K. Link worker perspectives of early implementation of social prescribing: A 'Researcher-in-Residence' study. *Health Soc Care Community.* 2021;29(6):1844-51.
9. Pawson R, Tilley, N. Realistic Evaluation. London: Sage; 1997.
10. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsberg J, Bush PL, Henderson J, et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Q.* 2012;90(2):311-46.
11. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews.* 2012;1(1):10.
12. Saul JE, Willis CD, Bitz J, Best A. A time-responsive tool for informing policy making: rapid realist review. *Implementation Science.* 2013;8(1):103.
13. Islam MM. Social Prescribing-An Effort to Apply a Common Knowledge: Impelling Forces and Challenges. *Front Public Health.* 2020;8:515469.
14. Costa A, Lopes J, Sousa CJ, Santos O, Virgolino A, Nogueira P, et al. Developing a social prescribing local system in a European Mediterranean country: a feasibility study to promote active and healthy aging. *BMC Health Services Research.* 2021;21(1):1164.
15. Scott J, Fidler G, Monk D, Flynn D, Heavey E. Exploring the potential for social prescribing in pre-hospital emergency and urgent care: A qualitative study. *Health Soc Care Community.* 2021;29(3):654-63.

16. Aughterson H, Baxter L, Fancourt D. Social prescribing for individuals with mental health problems: a qualitative study of barriers and enablers experienced by general practitioners. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):194.
17. Pescheny J, Randhawa G, Pappas Y. Patient uptake and adherence to social prescribing: a qualitative study. *BJGP Open.* 2018;2(3):bjgpopen18X101598.
18. Tierney S, Wong G, Roberts N, Boylan A-M, Park S, Abrams R, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. *BMC Medicine.* 2020;18(1):49.
19. Calderón-Larrañaga S, Greenhalgh T, Finer S, Clinch M. What does the literature mean by social prescribing? A critical review using discourse analysis. *Sociol Health Illn.* 2022;44(4-5):848-68.
20. Fixsen DA, Barrett DS, Shimonovich M. Supporting Vulnerable Populations During the Pandemic: Stakeholders' Experiences and Perceptions of Social Prescribing in Scotland During Covid-19. *Qual Health Res.* 2022;32(4):670-82.
21. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Services Research.* 2017;17(1):835.
22. Rhodes J, Bell S. "It sounded a lot simpler on the job description": A qualitative study exploring the role of social prescribing link workers and their training and support needs (2020). *Health Soc Care Community.* 2021;29(6):e338-e47.
23. Wood E, Ohlsen S, Fenton S-J, Connell J, Weich S. Social prescribing for people with complex needs: a realist evaluation. *BMC Family Practice.* 2021;22(1):53.
24. Gibson K, Pollard TM, Moffatt S. Social prescribing and classed inequality: A journey of upward health mobility? *Soc Sci Med.* 2021;280:114037.
25. Dayson C, Bashir, N., Bennet, E.,. The Rotherham social prescribing service for people with long term health conditions. Sheffield Sheffield Hallam University, Centre for Regional Economic and Social Research; 2016.
26. Khan K, Ward F, Halliday E, Holt V. Public perspectives of social prescribing. *J Public Health (Oxf).* 2022;44(2):e227-e33.
27. Eelderink M. *Handboek Participatief Actieonderzoek.* Amsterdam: SWP; 2021.