

Henny Sinnema, Jeannette Smiesing, Marja de Ruiter, Laurette Vossepoel
Linda Bolier, Anna Muntingh, Karen de Groot

Welzijn op recept

Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept
Herziene uitgave februari 2014



Welzijn op recept

Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept

Herziene uitgave februari 2014

Trimbos-instituut,
Utrecht februari 2014



Colofon

Auteurs

Henny Sinnema, Jeannette Smiesing, Marja de Ruiters, Laurette Vossepoel, Linda Bolier, Anna Muntingh, Karen de Groot

Advies

Wanja Flantua

Letty van Ginkel

Miriam Heijnders

Arthur Kocken

Contact

MOVactor: Jeannette Smiesing, jsmiesing@movactor.nl

De Roerdomp: Karen de Groot, kgroot@roerdomp.nl

Trimbos-instituut: Henny Sinnema, hsinnema@trimbos.nl

Omslagontwerp

Canon Nederland N.V.

Productie

Trimbos-instituut

Mede mogelijk gemaakt door ZonMw



Beeld

www.istockphoto.com

Trevor Simpson

Willibrord van Raaij

Ton den Engelsman

Deze uitgave is te verkrijgen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1129**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2014, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Voorwoord	5	
Samenvatting	7	
1	Waarom welzijn op recept?	8
1.1	Wat er met 'Welzijn op recept' beoogd wordt	8
1.2	Doelgroep	8
1.3	Wetenschappelijke onderbouwing van welzijnsinterventies	9
2	Fase 1: voorbereiding	11
2.1	Inventarisatie van draagvlak voor 'Welzijn op recept'	11
2.2	Vorming van een werkgroep	11
2.3	Financiering zoeken	12
2.4	De begroting	12
2.5	Werkplan opstellen	12
3	Fase 2: ontwikkeling	13
3.1	Doelgroep	13
3.2	Inventarisatie bestaand welzijnsaanbod	14
3.3	De welzijnsarrangementen	14
3.4	De randvoorwaarden en benodigde competenties	15
4	Fase 3: implementatie	17
5	Fase 4: evaluatie	19
6	Praktijkervaringen in Nieuwegein	21
7	Conclusie	23
8	Literatuurlijst	25
Bijlage 1. Werkplan 'Welzijn op recept'		29
Bijlage 2. Beslisdiagram psychosociale problemen en welzijnsinterventies		30
Bijlage 3. Folder Welzijnsarrangementen		31
Bijlage 4. Standaardprocedure verwijzing en terugkoppeling 'Welzijn op recept'		32
Bijlage 5. Welzijnsrecept		34
Bijlage 6. Beïnvloedende factoren bij implementatie		35
Bijlage 7. Werkwijze intervisie		38
Bijlage 8. Evaluatieformulier Welzijnsinterventie		39
Bijlage 9. Resultaten pilot Nieuwegein		41

Voorwoord

Ruim 2 jaar nadat de eerste handleiding voor 'Welzijn op recept' in 2012 is verschenen kunnen we concluderen dat 'Welzijn op recept' van een idee is uitgegroeid tot een getest en werkend concept. Dat het concept aansluit bij een behoefte die in Nederland breed in het veld van zorg en welzijn wordt gevoeld, blijkt uit de landelijke interesse en aandacht voor Welzijn op recept.

Op vele plaatsen in Nederland zijn lokale partijen met de handleiding voor 'Welzijn op recept' uit 2012 actief aan de slag gegaan en hebben 'Welzijn op recept' gestart. Complimenten daarvoor!

Gezien de interesse en het actieve gebruik van de handleiding is besloten om de handleiding uit 2012 aan te passen aan de hand van de lessen en ervaringen van de afgelopen 2 jaren waarin 'Welzijn op recept' is ontwikkeld, getest en verbeterd.

In deze aangepaste handleiding zijn de ervaringen van twee jaar werken verwerkt. De wetenschappelijke achtergrond en de verschillende stappen, van opzet tot en met succesvolle invoering van 'Welzijn op recept', worden hierin beschreven. Begin 2014 neemt Movisie deze versie op in de databank effectieve sociale interventies. Hiermee vormt de handleiding een mooi basisdocument voor als u zelf met Welzijn op recept aan de slag wilt. U hoeft dan niet meer zelf het wiel uit te vinden, en kan direct aan de slag met de zorg- en welzijnspartners om 'Welzijn op recept' op lokaal niveau inhoudelijk en organisatorisch vorm te geven. Dit vraagt om een zekere mate van lokaal maatwerk, wat ons inziens cruciaal is voor lokaal "eigenaarschap" bij de betrokken professionals. Dit "eigenaarschap" is een noodzakelijke voorwaarde voor succes is onze ervaring.

Belangrijker dan de interesse uit het land is natuurlijk het enthousiasme van deelnemers aan 'Welzijn op recept'! "Fijn om iets voor iemand te kunnen betekenen"; "een duwtje in de rug was prettig"; "dankzij de activiteit uit een dip gekomen"; "een schot in de roos". Dat zijn mooie antwoorden op de beginvragen waarmee we aan 'Welzijn op recept' zijn begonnen. "Hoe helpen wij het welzijn van nog meer inwoners te versterken? Hoe zorgen we ervoor dat mensen zo lang mogelijk gebruik maken van hun eigen kracht? Kunnen we minder medisch oplossen en meer met verbetering van de Kwaliteit van Leven". Teveel welzijnsklachten, zoals slaapproblemen, piekeren en onduidelijke pijnklachten belanden nu bijna altijd als medische klacht in de spreekkamer van de huisarts. Bij De Roerdomp betreft dat zeker één derde van alle consulten! Inmiddels hebben we zicht gekregen op de cliëntgroep en hun ervaringen met 'Welzijn op recept'; goede indicaties voor gericht effectonderzoek. Veelal gaat het om gemis aan sociaal contact en aan zingeving. Dit wordt zichtbaar bij tegenslagen in het leven of bij toenemende sociale isolatie (eenzaamheidsproblematiek). Het leidt tot herhaalbezoek aan de huisarts als het niet direct in de kern wordt opgepakt. Met 'Welzijn op recept' worden welzijnsvragen door inwoners zelf beantwoord nadat de inwoner samen met de welzijnscoach heeft geïnventariseerd wat hij WEL kan doen en op basis daarvan bijvoorbeeld vrijwilliger te worden bij of zelf deel te nemen aan een goede en aantrekkelijke welzijnsactiviteit.

Hiermee past 'Welzijn op recept' bij een aantal belangrijke landelijke trends en ontwikkelingen zoals de beweging van Zorg en Ziekte naar Gezondheid en Gedrag en het versterken en aanspreken van de eigen kracht van mensen. Allemaal woorden die daadwerkelijk tot uiting komen in het recept dat de huisarts uitschrijft voor een patiënt met klachten die voortkomen uit bijvoorbeeld eenzaamheid of werkloosheid en verwezen wordt naar de welzijnscoach en met haar samen op zoek gaat naar zijn eigen kracht & zingeving. Dat hierbij iets doen voor een ander vaak gekozen wordt, is niet verbazingwekkend. Mensen groeien en bloeien in het contact met anderen.

De pilot heeft de samenwerking tussen eerste lijn en welzijn in een stroomversnelling gebracht. Door deelname van de welzijnscoach aan het multidisciplinaire overleg in de eerstelijnszorg, is de kennis over wat MOvactor kan betekenen voor inwoners van Nieuwegein toegenomen. Doordat de welzijnscoach tevens spreekuur is gaan houden in het gezondheidscentrum, is haar vindbaarheid verbeterd en de doorverwijzing naar de welzijnscoach makkelijker geworden. De eerstelijnszorg weet de deskundigheid van MOvactor nu te vinden. MOvactor is ook zichtbaar in het communicatiemateriaal dat in de wachtkamer aanwezig is. Patiënten in het gezondheidscentrum raken zo gewend aan deze samenwerking.

'Welzijn op recept' is ontwikkeld door Gezondheidscentrum De Roerdomp Nieuwegein, MOvactor Nieuwegein en het Trimbos-instituut. Gemeente Nieuwegein heeft daarin gefaciliteerd. Voor de financiering van de ontwikkeling bedanken wij Bestuur Regio Utrecht, provincie Utrecht en ZonMw. En hopelijk kan een volgende uitgave van deze handleiding worden medeondertekend door de zorgverzekeraar.

Wij hopen dat deze aangepaste handleiding nog meer professionals vanuit zorg en welzijn, gemeenten en zorgverzekeraars zal stimuleren om 'Welzijn op recept' in te voeren zodat dit binnenkort in heel Nederland vanuit zorg en welzijn gemeengoed is.

Hans Adriani, Wethouder Nieuwegein, Jan Joost Meijs, Directeur De Roerdomp en Dennis Duiker, Directeur MOvactor

Nieuwegein 2014

Samenvatting

Een groot deel van de mensen die regelmatig de huisarts bezoeken heeft psychosociale problemen als gevolg van bijvoorbeeld ingrijpende gebeurtenissen, relatieproblemen of een zieke partner. De psychosociale problemen uiten zich vaak in lichamelijke klachten, somberheid, stress en angstklachten. Een groot deel van deze groep hoeft hiervoor geen medicijnen of een verwijzing naar psychologische zorg. Ze geven aan zelf hun klachten te boven willen komen.

'Welzijn op recept' wil met haar aanpak mensen die klachten hebben en hier geen medische of psychologische behandeling voor nodig hebben, ondersteunen in het behouden en verbeteren van gezondheid en welzijn. Hierbij verwijst de huisarts, of een andere zorgverlener in de huisartsvoorziening, de persoon met psychosociale klachten, naar een zogenaamd 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie. Deze arrangementen bestaan uit interventies die het welbevinden van mensen kunnen verhogen doordat zij zich richten op activiteiten die samenhangen met positief en optimistisch denken, zingeving, bewust leven en genieten, interactie met anderen, gezonde leefstijl en geluk delen, de zogenaamde 'Principes van duurzaam geluk' en welbevinden. Bijvoorbeeld creatieve activiteiten, samen eten, vrijwilligerswerk, sport en bewegen of een combinatie hiervan. De verwezen persoon maakt zelf, of samen met de medewerker van de welzijnsorganisatie, een keuze voor een arrangement. De deelnemer van het welzijnsarrangement evalueert zelf de deelname en deelt deze informatie (indien de cliënt dit wenst) met de zorgverlener die heeft verwezen. Omdat de interventies kunnen worden ingebed in het dagelijks leven, kunnen zij een duurzaam effect hebben op de kwaliteit van leven. Een gewenst neveneffect zou zijn dat mensen met psychosociale klachten minder (onnodig) gebruik zullen maken van de gezondheidszorg.

Voor 'Welzijn op recept' is in 2012 een handleiding opgesteld, waarin de methodiek beschreven is voor de invoering in vier fasen: voorbereiding, ontwikkeling, implementatie en evaluatie. De handleiding is gebaseerd op literatuur en praktijkervaringen met de ontwikkeling van 'Welzijn op recept' bij Gezondheidscentrum De Roerdomp en MOvactor, de welzijnsorganisatie in Nieuwegein, in de wijk Doorslag. De handleiding dient als leidraad en hulpmiddel voor wijken in Nieuwegein en andere wijken in het land, die 'Welzijn op recept' willen invoeren. De precieze invulling van 'Welzijn op recept' is afhankelijk van de eigen lokale situatie.

In deze update van de handleiding zijn de ervaringen met en tips voor de uitvoering van 'Welzijn op recept' in Nieuwegein aan de handleiding uit 2012 toegevoegd samen met de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen. De update heeft als doel de ervaringen te delen met anderen die 'Welzijn op recept' willen invoeren.

De handleiding is een gezamenlijk product van Gezondheidscentrum De Roerdomp, welzijnsorganisatie MOvactor, de gemeente Nieuwegein en het Trimbos-instituut. Het Trimbos-instituut heeft het proces begeleid en onderzoek uitgevoerd vanuit haar expertise op het gebied van het bevorderen van mentale gezondheid en veerkracht en implementatie van innovaties.

1 Waarom welzijn op recept?

Psychosociale problemen zijn veel voorkomende problemen in de huisartsvoorziening. Schattingen van het vóórkomen van psychosociale problemen bij burgers die bij de huisarts komen liggen rond de 50% (Walters e.a., 2008; Rosenberg e.a., 2002). Burgers met psychosociale problemen maken vaker gebruik van huisartsenzorg dan andere burgers (Cardol e.a., 2004; Smits e.a., 2009). Psychosociale problemen hangen samen met het dagelijks functioneren, zoals het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, relatieproblemen of een zieke partner en kunnen zich uiten in lichamelijke klachten, stress, somberheid en angstklachten. Voor deze klachten is vaak geen medische- of psychologische zorg nodig, terwijl deze zorg wel wordt aangeboden. Eveneens bestaat er twijfel over de effectiviteit van medicatie bij lichte psychische klachten (Thio & Van Balkom, 2009). Voor de meeste mensen met psychosociale problemen lijkt deelname aan welzijnsinterventies het welbevinden te vergroten (Friedli e.a., 2008). Om een idee te krijgen van de mensen die in aanmerking komen voor 'Welzijn op recept' en welk welzijnsarrangement passend is, zijn in de handleiding een aantal casussen beschreven.

Vaak zijn eerstelijns zorgverleners onvoldoende op de hoogte van het welzijnsaanbod voor psychosociale problemen. Door de samenwerking tussen de huisartsvoorziening en de welzijnsorganisatie worden zorg en welzijn meer geïntegreerd. De kracht van 'Welzijn op recept' is dat er bewustwording plaatsvindt bij eerstelijns zorgverleners van een welzijnsaanbod voor cliënten met psychosociale problemen waarnaar zij kunnen verwijzen, in plaats van naar medische- of psychologische zorg. Wanneer een burger met psychosociale problemen bij de huisarts of een andere zorgverlener in de huisartsvoorziening komt, wordt samen met de burger overeenstemming gevonden over de klacht en besproken of een welzijnsaanbod passend is. Zo ja, dan krijgt de burger 'Welzijn op recept' mee en wordt verwezen naar een welzijnsorganisatie. Juist door deze aanpak kunnen welzijnsactiviteiten een structureel onderdeel gaan vormen van iemands leven.

Voor 'Welzijn op recept' worden welzijnsarrangementen ontwikkeld, die bestaan uit verschillende welzijnsinterventies.

1.1 Wat er met 'Welzijn op recept' beoogd wordt

Het doel van 'Welzijn op recept' is het welbevinden van burgers met psychosociale problemen te vergroten door deelname aan welzijnsinterventies. Een secundair doel is bewustwording bij eerstelijnsprofessionals van een welzijnsaanbod om onterecht verwijzen naar medische- of psychologische zorg te voorkomen wanneer deze niet geïndiceerd is.

1.2 Doelgroep

Welzijn op recept is er voor alle burgers met psychosociale problemen (zie voor meer informatie paragraaf 3.1). In hoofdstuk 6 wordt de doelgroep beschreven die in Nieuwegein een welzijnsrecept ontving.

Praktijkvoorbeeld 1. Mw. B, 61 jaar

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de eerstelijns verwijst na een aantal gesprekken mw B door. Haar partner is 5 jaar geleden overleden en ze vindt het al-leen zijn nog steeds moeilijk en mist haar maatje. Ze werkt 3 dagen per week en zou op andere dagen graag iets leuks doen en nieuwe mensen ontmoeten. Zelf vindt ze het moeilijk om initiatief te nemen en contact te leggen. Mw. houdt van bewegen en buiten zijn en na een gesprek met de welzijnscoach komt ze uit op de activiteit begeleid zwemmen met lunch na afloop. Deze activiteit is bedoeld voor mensen voor wie het goed is om te bewegen maar daarnaast ook behoefte hebben aan sociaal contact. Na de intensieve zwemles wordt er gezellig samen gegeten en onderling kennis gemaakt. Het doel is dat zij hier een maatje aan overhoudt met wie ze ook op andere dagen samen dingen kan gaan doen. Voor mw B kijkt elke week uit naar de zwemactiviteit met lunch; het is voor haar de leukste ochtend van de week. Hoewel ze buiten de zwemles om geen andere activiteiten met een ander deelnemer onderneemt heeft zij wel meer zelfvertrouwen gekregen in het maken van contact. Dit heeft er mede toe geleid dat ze de stap om te gaan verhuizen, iets wat ze al lange tijd wilde, daadwerkelijk is gaan zetten. Ze heeft in korte tijd haar huis verkocht en woont nu dichterbij haar familie. Door het welzijnsarrangement heeft ze meer zelfvertrouwen gekregen en weet ze beter wat ze wil en durft hier nu ook voor te gaan.

1.3 Wetenschappelijke onderbouwing van welzijnsinterventies

Onderbouwing van interventies

Voor het vergroten van het welbevinden van de burgers is het essentieel om bij de invoering van 'Welzijn op recept', die welzijnsinterventies aan te bieden die effectief gebleken zijn en een goede wetenschappelijke onderbouwing hebben. Kennis van effectiviteit van de interventies is eveneens belangrijk om zorgverleners te overtuigen van het nut van de inzet van welzijnsinterventies.

Social prescribing

De laatste jaren wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de samenhang tussen activiteiten die samenhangen met positief en optimistisch denken, zingeving, bewust leven en genieten, interactie met anderen, gezonde leefstijl en geluk delen, de zogenaamde 'Principes van duurzaam geluk' en welbevinden (Walburg, 2008). Toch wordt in de mentale gezondheidszorg nog zeer spaarzaam gebruik gemaakt van dit soort 'mentale leefstijlfactoren' (Walsh, 2011). Ook zijn de antwoorden lang niet altijd helder. Zo is bekend dat het hebben van goede sociale contacten belangrijk is voor het welbevinden van mensen, maar of het stimuleren van sociale contacten het welbevinden van mensen verbetert, is nog onduidelijk. Gelukkig wordt hier steeds meer onderzoek naar gedaan. In Engeland bijvoorbeeld waar men onderzoek doet naar de aanpak 'social prescription'. Bij 'social prescription' verwijst de huisarts de burger bijvoorbeeld naar creatieve-, scholings- of beweegactiviteiten (Friedli e.a., 2008). Daarnaast is het voordeel van deze activiteiten dat zij een structureel onderdeel kunnen gaan vormen van iemands leven. Bijvoorbeeld door wekelijks te gaan wandelen met een wandelclub, te zingen in een koor of regelmatig met elkaar te gaan koken en eten.

Positieve psychologie

Binnen de positieve psychologie worden interventies ontwikkeld met als doel het welbevinden en veerkracht van mensen te verhogen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Het gaat hierbij om interventies niet primair ontwikkeld voor symptoomreductie of het oplossen van problemen (al kan dit wel een bijkomend effect zijn) maar om interventies die een positief gevoel, gedrag of cognities stimuleren. Deze interventies passen goed binnen een welzijnsaanpak waarbij mensen voorzichtig geduwd worden richting een niet-medicaliserende interventie. Voorbeelden van positief psychologische interventies zijn bijvoorbeeld: het herkennen en gebruiken van je sterke punten, het doen van aardige dingen voor een ander, en een positieve toekomstdroom maken. De evidentie begint zich te verzamelen rond de effectiviteit van positief psychologische interventies. Twee meta-analyses zijn uitgevoerd (Bolier e.a., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009) en vonden significante effecten voor positief psychologische interventies op het vergroten van een gevoel van welbevinden en het verminderen van depressieve symptomen. In de meta-analyse van Bolier e.a. (2013) lagen de effectgroottes wat lager en bleek de kwaliteit van de studies niet erg hoog. Zij concludeerden dan ook dat er nog meer en beter onderzoek nodig is om de bewijskracht te verstevigen.

Interventies

Vanuit de positieve psychologie, maar ook vanuit aanpalende tradities zoals mindfulness en life-review zijn interventies ontwikkeld die kunnen worden gebruikt binnen 'Welzijn op recept'. Een inspiratie is het overzichtsartikel van Walsh (2011) die betoogt dat therapeutische leefstijlaanpassingen soms net zo effectief kunnen zijn als psychotherapeutische interventies en farmaceutische interventies (Walsh, 2011). We refereren bij de beschrijving van interventies zo mogelijk aan meta-analyses en (systematische) reviews, maar dit was niet in alle gevallen mogelijk. Alle interventies raken aan de 'principes voor duurzaam geluk' (Walburg, 2008):

- *Positiever leren denken.* Optimisme en hoop zijn belangrijke bouwstenen voor het welbevinden en helpen ook bij het omgaan met moeilijke gebeurtenissen. Interventies zijn bijvoorbeeld kortdurende cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie (Cape e.a., 2010), en vanuit de positieve psychologie dankbaarheidsoefeningen (Wood e.a., 2010), de 'Drie positieve dingen oefening' (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Seligman e.a. 2005) en het 'Visualiseren van je beste ik' (Layous e.a., 2013; Lyubomirsky e.a., 2011).
- *Zingeving.* Een gevoel van richting hebben in het leven is een belangrijke marker voor welbevinden en kwaliteit van leven. Interventies zijn bijvoorbeeld 'life review' en reminiscentie (Bohlmeijer e.a., 2007; Pinquart & Forstmeier, 2012), expressief schrijven (Frattaroli, 2006), 'life coaching' (Grant, 2003; Green e.a., 2006) en het doen van voor de persoon belangrijke en plezierige activiteiten (Mazzucchelli e.a., 2010).
- *Gezonde leefstijl: genoeg bewegen, gezond eten en ontspanning.* Fysieke beweging is effectief in het vergroten van welbevinden in niet-klinische populaties (Gillison e.a., 2009; Netz e.a., 2005) als ook in het verminderen van

depressieve klachten (Conn, 2010b) en angst (Conn, 2010a). Speciale vormen van bewegen zijn bijvoorbeeld yoga (Chong e.a., 2011; Kirkwood e.a., 2005; Pilkington e.a., 2005; Uebelacker e.a., 2010) en tai chi (Wang e.a., 2010). Ook gezond eten en het op tijd ontspannen kan bijdragen aan het welbevinden (Walsh, 2011).

- *Bewust leven en genieten.* Aandachtig leven en het kunnen genieten van kleine dingen is van grote invloed op het welbevinden. Bekend zijn de mindfulness trainingen (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) die helpen bij het verminderen van stress en het bevorderen van welbevinden (Chiesa & Serretti, 2009; Grossman e.a., 2004; Praissman, 2008). In positieve psychologie wordt vaak de term *savoring* gebruikt, het bewust aandacht schenken aan fijne ervaringen en positieve emoties (Hurley & Kwon, 2012; Quoidbach e.a., 2010). Een andere activiteit die kan bijdragen aan het welbevinden en stressreductie zijn muziek luisteren (Laukka, 2007; Pelletier, 2004) en maken (Bittman e.a., 2003). Muziek maken kan tevens een bijkomstig voordeel hebben: het bevordert de hersenplasticiteit waardoor ouderdomskwalen, zoals cognitieve achteruitgang, tegengegaan kunnen worden (Wan & Schlaug, 2010). Verder heeft verbinding met en activiteit in de natuur een grote impact op iemands welbevinden en gezondheid, doordat het kan helpen bij herstel na stress en mentale vermoeidheid (Maller e.a., 2006; Yerrell, 2008).
- *Interactie met anderen.* Positieve sociale relaties en interactie zijn nauw verbonden met een verhoogd gevoel van welbevinden. Maar de contacten gaan niet altijd vanzelf en soms is het nodig mensen een duwtje in de rug te geven. Interventies die ingezet kunnen worden zijn het activerend huisbezoek (Elkan e.a., 2001), maatjesprojecten (Mead e.a., 2010), en educatieve en sociale groepsactiviteiten (Cattan e.a., 2005).
- *Geluk delen.* Het bijdragen aan de maatschappij of aan de directie gemeenschap kan worden beschouwd als een belangrijk onderdeel van ons welbevinden. Mensen die vrijwilligerswerk doen dragen hiermee bij aan het welbevinden van de ander, maar ook aan hun eigen welbevinden. Mogelijk wordt dit teweeggebracht door het zingevende aspect van vrijwilligers werk (Borgonovi, 2008; Greenfield & Marks, 2004). Mensen stimuleren om vrijwilligerswerk te gaan doen heeft een bewezen impact op het welbevinden (Morrow-Howell e.a., 2003; Wheeler e.a., 1998) en zelfs op sterftekansen (Okun e.a., 2013). Vanuit de positieve psychologie is er enige evidentie dat het aardige dingen voor elkaar doen effectief is (Layous e.a., 2012; Otake e.a., 2006).
- *Een leven lang leren.* Een leerproces, of dat nu het leren van een taal is, het bespelen van een muziekinstrument of een schildercursus, is bevorderlijk voor het welbevinden en is daarnaast geassocieerd met het beter kunnen omgaan met stress en minder mentale problematiek (Aylward & James, 2014; Feinstein, Vorhaus, & Sabatas, 2008; Hammond, 2004). Vermoedelijk komen deze positieve effecten voort uit de verbeterde (cognitieve) vaardigheden, zelfvertrouwen, eigen-effectiviteit en sociale interactie. Dit principe is natuurlijk gerelateerd aan de interventies onder *Zingeving, Bewust leven en genieten* en *Interactie met anderen*.

Praktijkvoorbeeld 2. Mw. F, 75 jaar

Mw. F is nog niet zo lang geleden samen met haar man in Nieuwegein komen wonen. Een mooie plek, naast een sloot waar haar man lekker kon vissen. Hij overlijdt heel onverwacht. Ze blijft achter met een hele grote tuin waar nog veel aan gedaan moet worden. Haar kinderen wonen verspreid over Nederland. Ze kent niemand in Nieuwegein en voelt zich eenzaam. Ze is rusteloos en eet slecht. Ze heeft moeite met zien en moet aan staar geopereerd worden. De huisarts verwijst haar door naar de welzijnscoach en ze komt op het spreekuur. Een lange woordenstroom volgt. Ze vertelt haar verhaal wat onsamenhangend en vraagt meer tijd dan er op het spreekuur is. Daarom volgt een wat langer durend huisbezoek. Ze wil graag iets buitenshuis gaan doen maar weet niet zo goed wat. Daarnaast zoekt ze hulp bij het onderhoud van de tuin. Daarvoor wordt een oplossing gezocht in de vorm van een vrijwilliger. Er volgen nog wat gesprekken en mevrouw raakt gemotiveerd om zich op te geven voor een MBVO activiteit (Meer bewegen voor Ouderen). De welzijnscoach introduceert haar bij de bestaande groep. Ze vindt het leuk en komt nog een keer, maar daarna gaat ze minder vaak. Ze heeft het druk met haar huis en schuur opruimen en past vaak op de kleinkinderen bij haar dochter in E. Er is een paar keer contact, ook met de docent van de activiteit, om haar te motiveren. Af en toe helpt dat. Wel bezoekt ze regelmatig de bingo. Al wandelend in de wijk komt ze een vrouw tegen met wie ze bevriend raakt. Samen eten ze nu al geruime tijd 1x per maand bij het buurtplein en drinken vaak samen koffie. Doordat mw. F bekend is geraakt met welzijn heeft ze een activiteit gevonden die bij haar past. Het gaat inmiddels stukken beter met haar. Ze is minder gestrest en heeft meer controle over haar leven.

2 Fase 1: voorbereiding

2.1 Inventarisatie van draagvlak voor 'Welzijn op recept'

Voor de start van 'Welzijn op recept' is het nodig inzichtelijk te maken of er draagvlak is voor de uitvoering. Draagvlak kan bepaald en gecreëerd worden door middel van een stakeholdersanalyse met lokaal relevante partijen. Een onafhankelijk instituut, zoals het Trimbos-instituut, kan deze analyse uitvoeren. In de analyse worden relevante stakeholders in kaart gebracht en vastgesteld wat hun belangen, wensen en rollen zijn. Relevante stakeholders voor de ontwikkeling en invoering van een welzijnsaanbod voor cliënten met psychosociale problemen zijn: huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners somatiek en geestelijke gezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werkers, medewerkers van de welzijnsorganisatie, (niet) georganiseerde wijkbewoners, leden van de WMO-raad, cliëntenraad, vrijwilligersraad en beleidsambtenaren van de gemeente. De stakeholdersanalyse kan worden uitgevoerd met behulp van focusgroepen, waarbij verschillende stakeholders bij elkaar komen om hun visie op het probleem, de oplossing en de aanpak te delen. De leider van de focusgroep stelt op basis hiervan een advies op over de aanpak van 'Welzijn op recept', en maakt inzichtelijk waar men op moet letten bij de ontwikkeling en implementatie van 'Welzijn op recept'.



Tip uit Nieuwegein: Bij de eerstelijnsprofessionals blijkt het uitleggen van de theoretische onderbouwing van toegevoegde waarde.

Stap 1: Draagvlak inventariseren en creëren met behulp van een stakeholderanalyse.

2.2 Vorming van een werkgroep

Om de kans van slagen te vergroten is de samenstelling van een werkgroep noodzakelijk. De werkgroep houdt zich bezig met de inhoud van het welzijnsaanbod, de afstemming met en tussen zorgverleners van het gezondheidscentrum en de medewerkers van de welzijnsorganisatie en potentiële deelnemers. Eveneens promoot zij de welzijnsinterventies in de wijk. Regelmatige afstemming en het maken van afspraken over de inhoud en logistiek met de mensen die met 'Welzijn op recept' gaan werken en met potentiële deelnemers is een succesfactor voor implementatie.

Afhankelijk van de lokale situatie wordt bepaald wie er in de werkgroep zitting gaan nemen. In ieder geval moeten de belangrijkste partijen vertegenwoordigd zijn: sleutelfiguren van de huisartsvoorziening, de welzijnsorganisatie, de cliënt- of vrijwilligersraad, de WMO-raad, evenals een begeleidende organisatie zoals het Trimbos-instituut. Voor de samenwerking wordt een intentieverklaring opgesteld en door alle partijen ondertekend. Eén van de werkgroep leden wordt aangesteld als projectleider.

Stap 2: Werkgroep samenstellen

Stap 3: Intentieverklaring opstellen

2.3 Financiering zoeken

Voor de ontwikkeling en invoering van 'Welzijn op recept' zijn financiën nodig. Mogelijke financiers zijn: lokale overheden, lokale fondsen, de zorgverzekeraar, private organisaties en ZonMw (Organisatie ter verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie www.zonmw.nl). Ook kunnen diverse subsidiekalenders geraadpleegd worden. Verschillende organisaties, waaronder het Trimbos-instituut, kunnen ondersteuning bieden bij het aanvragen van subsidie.

Stap 4: : Financiering zoeken.

2.4 De begroting

Om een indicatie te geven van de benodigde financiering: voor de opzet, implementatie, evaluatie, effectmeting en kennisoverdracht aan belangstellenden waren de kosten van 2011 t/m 2013 € 122.000,-.



In 2012 en 2013 blijken in Nederland veel gemeentes en welzijnsorganisaties bereid te investeren in het concept. Zorgverzekeraars doen dit af en toe via een convenant met de gemeente zoals in Arnhem, waar Menzis meefinanciert en Tilburg waar VGZ en CZ ondersteunen. In Zwolle zijn het Gezondheidshuis Stadshagen en welzijnsorganisatie Wijz daadwerkelijk gestart met Welzijn op recept. In Gouda is men begonnen en in Delft en op nog meer plaatsen is men druk bezig met de voorbereiding.

Activiteiten	Kosten
Personele kosten* (gezondheidszorg en welzijn)	€ 100.000
Materiële kosten (ontwerp- en drukkosten foldermateriaal en handleiding)	€ 6.000
Onderzoekskosten	€ 14.000
Overige kosten (b.v. vacatiegelden adviesorgaan)	€ 2.000
Totaal	€ 122.000

* De personele kosten zijn onder te verdelen in:

Projectgroep overleg (deelname van huisarts, praktijkondersteuner, cliënt, welzijnscoach en projectleiders eerste lijn en welzijn). De frequentie hiervan wisselt per projectfase. De hoogste frequentie van 1x per 6 weken was nodig in fase 1 en 2. Inzet projectleiders, eveneens afhankelijk per fase. Na de implementatie en voor de evaluatie nam het aantal uur af van zo'n 8-10 naar 2-4 uur per week.

Afstemming praktijkondersteuner en welzijnscoach: vanaf start project maandelijks 1 uur.

2.5 Werkplan opstellen

Voor de uitvoering van 'Welzijn op recept' wordt een werkplan opgesteld (bijlage 1). De projectleider stelt het plan in samenwerking met de andere leden van de werkgroep op. De belangrijkste onderdelen in het werkplan voor 'Welzijn op recept' zijn de doelstellingen, de benodigde middelen en de te behalen uitkomsten/resultaten. Belangrijk is om de doelstellingen specifiek, meetbaar, acceptabel, resultaatgericht en tijdgebonden ofwel SMART te formuleren (Hollands e.a., 2004). Door te werken met SMART-doelen wordt onduidelijkheid en uitstel voorkomen en wordt aan concrete resultaten gewerkt.

Stap 5: Werkplan opstellen

3 Fase 2: ontwikkeling

3.1 Doelgroep

Om een passend welzijnsaanbod voor burgers met psychosociale problemen te hebben, is het belangrijk dat eerst de aard en omvang van de psychosociale problemen in de wijk in kaart worden gebracht. Afhankelijk van de doelstellingen kan dit voor Jeugd, Volwassen en Ouderen bepaald worden. De volgende bronnen worden hiervoor geraadpleegd:

- 2 De meest recente onderzoeksgegevens van de Gezondheidsmonitor van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) over de wijk/regio.
- 1 Het huisartsinformatiesysteem (HIS). In het HIS wordt een uitdraai gemaakt van de meest voorkomende psychosociale klachten op basis van de geregistreerde ICPC (Classification of Primary Care) codes;
- 3 Een individueel gesprek met een huisarts die samen met collega's de meest voorkomende psychosociale problemen in kaart brengt, omdat huisartsen aangeven niet altijd ICPC-codes te registreren maar wel de problemen in het HIS beschrijven.

Na de inventarisatie worden de meest voorkomende psychosociale klachten in categorieën onderverdeeld op basis van klachten en probleemgebieden.

De categorieën kunnen er, afhankelijk van de meest voorkomende psychosociale problemen in de wijk/regio, als volgt uitzien:

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

Praktijkvoorbeeld 3. Dhr. L, 47 jaar

Mijnheer L heeft chronisch psychiatrische klachten maar zoekt daarvoor geen behandeling. Hij behoort tot de groep zorgmijders hoewel de relatie met de huisarts goed is. Zijn woning is slecht onderhouden en hij heeft grote schulden. Via maatschappelijk werk heeft hij hulp voor zijn problemen gezocht en hij heeft inmiddels zelf zijn woning grotendeels opgeruimd en zit in de schuldsanering. Meneer is werkloos en houdt het thuis in zijn 2 kamer appartement niet uit. Er wordt gezocht naar activiteiten buitenshuis die geen geld kosten. Hij mag een aantal keren gratis deelnemen aan de zwemactiviteit (met lunch) en wordt vrijwilliger bij de computerinloop. Deelname aan deze activiteiten slaagt vooral door hem te koppelen aan een maatje die samen met hem optrekt. Bij een noodfonds wordt geld geregeld om zijn woning op te knappen en hij gaat samen met een vrijwilliger aan de slag. Verder gaat hij samen met een netwerkcoach (vrijwilliger) aan de slag om zijn sociale contacten uit te breiden. Het resultaat is een opgeknapte woning, herstel van het contact met zijn zus en een vriend, vrijwilligerswerk op meerdere plekken waaronder het helpen bij het koken en eten 1x per maand in het buurtplein. Ondertussen is het hem ook gelukt om te stoppen met roken en is hij door veel te fietsen een aantal kilo's afgevallen. Bovendien is hij nu ook met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in gesprek.

Stap 6: Meest voorkomende psychosociale problemen vaststellen en groeperen

3.2 Inventarisatie bestaand welzijnsaanbod

Nadat de meest voorkomende psychosociale problemen in kaart zijn gebracht, is een inventarisatie van bestaande welzijnsinterventies voor die psychosociale problemen de volgende stap. Om een volledig beeld te hebben van het aanbod wordt ten eerste op lokaal niveau het welzijns-/preventieaanbod geïnventariseerd van de welzijnsorganisatie, de huisartsvoorziening, Algemeen Maatschappelijk Werk en de organisatie voor geestelijke gezondheidszorg (op dit moment worden geïndiceerde preventieve interventies vaak nog aangeboden door deze organisaties). Ten tweede worden interventies geïnventariseerd die beschreven staan in landelijke databanken van het RIVM, Loket Gezond Leven van het Centrum Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl), en Movisie (www.movisie.nl). Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van bestaande interventies en worden noodzakelijke ontbrekende interventies toegevoegd aan het welzijnsaanbod, mits de middelen hiervoor aanwezig zijn. De welzijnsorganisatie streeft er naar dat burgers ook zelf een initiatief starten. Als een dergelijk initiatief duurzaam lijkt te zijn en past binnen de principes van duurzaam geluk dan wordt deze toegevoegd aan de welzijnsarrangementen. Afhankelijk van de lokaal voorkomende psychosociale problemen worden interventies gekozen of ontwikkeld. Ook kan bekeken worden of bestaande interventies, aangeboden door Algemeen Maatschappelijk Werk en de organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, in gezamenlijkheid uitgevoerd kunnen worden met de welzijnsorganisatie.

In een focusgroep met (potentiële) deelnemers aan welzijnsinterventies worden de meest voorkomende psychosociale problemen voorgelegd en vindt een brainstorm plaats over: herkenbaarheid van de psychosociale problemen en andere voorkomende psychosociale problemen in de wijk; passende welzijnsinterventies; voorwaarden voor deelname aan een welzijnsinterventie en het slagen van 'Welzijn op recept'; en de manier van verwijzen en terugkoppelen.

Stap 7: *Inventarisatie bestaande welzijnsinterventies*

Stap 8: *Focusgroep houden met (potentiële) deelnemers aan welzijnsinterventies*

3.3 De welzijnsarrangementen

Na de inventarisatie van de meest voorkomende psychosociale problemen en de inventarisatie van passende welzijnsinterventies worden de welzijnsinterventies gerangschikt onder de zes 'Principes van duurzaam geluk'. In een beslisdigram wordt zichtbaar gemaakt welke interventies horen bij welk 'Principe van duurzaam geluk' en passen bij welke psychosociale problemen (bijlage 2).

Een welzijnsarrangement bestaat uit interventies die onder één van de zes 'Principes van duurzaam geluk' vallen.

Voor het begrijpbaar en aantrekkelijk presenteren van de welzijnsarrangementen is het nodig pakkende namen te kiezen in plaats van de namen van de zes 'Principes van duurzaam geluk'. Een workshop met medewerkers en vrijwilligers van de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening, waarin de verschillende welzijnsinterventies worden gepresenteerd lijkt een prima manier om pakkende namen voor de welzijnsarrangementen te kiezen. Eveneens kan door de workshop het draagvlak verder versterkt worden. Nadat namen voor de welzijnsarrangementen en bijbehorende activiteiten zijn vastgesteld kunnen een aansprekende brochure en andere communicatiemiddelen gemaakt worden voor de potentiële deelnemers (bijlage 3).

Stap 9: *Vaststellen welke welzijnsinterventies passend zijn voor de meest voorkomende psychosociale problemen*

Stap 10: *Welijnsinterventies rangschikken onder de zes 'Principes van duurzaam geluk'*

Stap 11: *Beslisdigram maken waarin de doelgroepen staan en de geïnventariseerde welzijnsinterventies geordend onder de zes 'Principes van duurzaam geluk'*

Stap 12: *Workshop met medewerkers van de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening waarin pakkende namen gekozen worden voor de welzijnsarrangementen*

Stap 13: *Brochure van de welzijnsarrangementen maken*

3.4 De randvoorwaarden en benodigde competenties

Om een welzijnsrecept te kunnen realiseren zijn randvoorwaarden en competenties voor de uitvoering nodig.

3.4.1 Randvoorwaarden

Basale voorwaarden zijn:

- 1 De samenwerkende eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnsinstelling hebben dezelfde visie op de samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijn en natuurlijk het welzijnsrecept zelf.
- 2 Geld en middelen zijn vrijgemaakt om het welzijnsrecept te kunnen opzetten, implementeren en evalueren.
- 3 De welzijnsarrangementen sluiten aan op de behoeftes in de gemeente/ wijk.
- 4 Alle betrokken professionals zijn goed op de hoogte zijn van de verwijs- c.q. terugkoppelprocedure en de mogelijkheden van de welzijnsarrangementen.
- 5 Burgers kennen het welzijnsaanbod en weten dit te vinden.

3.4.2 Competenties

Naast kennis van (inhoudelijke)informatie over 'Welzijn op recept' en het lokale aanbod van de welzijnsinterventies, vraagt de uitvoering specifieke competenties van alle betrokken professionals. In deze paragraaf worden de specifieke competenties besproken.



Tip *Ervaring uit Nieuwegein: In de spreekkamer blijkt het onderwerp eenzaamheid moeilijker bespreekbaar dan wanneer patiënten last hebben van stress. Burgers bevestigen dat zij een drempel ervaren om hun sociale problemen (als oorzaak van hun medische klacht) te bespreken. In deze situaties zijn goed luisteren en doorvragen essentieel.*

De huisarts en andere eerstelijnsprofessionals

Van de huisartsen en andere verwijzende eerstelijnsprofessionals wordt een omslag in denken verwacht van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Een bijscholing op dit thema voor de eerstelijnsgezondheidszorgprofessionals in dan ook aan te raden.



Tip *uit Nieuwegein: Een lezing over positieve psychologie, van hulpverlening naar coachen.*

De welzijnscoach

De welzijnscoach kent een gestructureerde gesprekvoering en maakt gebruik van gesprekstechnieken zoals motivational interviewing en past de welzijnscoachkenmerken van de positieve psychologie toe, zoals oplossingsgerichte vragen stellen. Daarnaast is de welzijnscoach in staat mensen (in de wijk) met elkaar te verbinden. Een eventuele bijscholing zal afhankelijk zijn van de opleiding en ervaring van de sociaal agoog. Extra aandacht vraagt de terugkoppeling naar de gezondheidszorg en afstemming over privacy beleid.

De vrijwilliger

Speciale aandacht vragen de vrijwilligers van de welzijnsorganisatie omdat zij veelal de welzijnsinterventies uitvoeren. Belangrijk is de vrijwilligers al direct te betrekken bij Welzijn op recept, zodat zij inzicht krijgen in waarom "Welzijn op recept" nodig is en hoe zij een rol kunnen spelen voor mensen die een extra steuntje in de rug nodig hebben om mee te doen in de samenleving. Door hen vroegtijdig te betrekken ontstaan de juiste beelden over de mensen met een recept voor welzijn (zijn niet zielig) en kan optimaal gebruik worden gemaakt van de ideeën van de vrijwilligers.

De organisatie

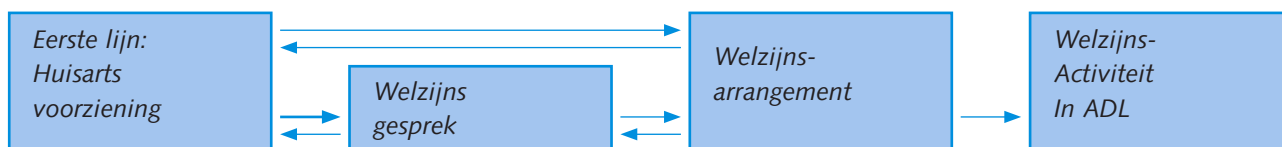
De samenwerking met een andere organisatie dan de eigen zorg- of welzijnsorganisatie vraagt ook om vaardigheden. Iedere organisatie kent zijn eigen werkwijze, manier van vergaderen, financiering, etc. De bereidheid tot aan elkaar wennen, afstemming, aanvaarden van verschillen zijn hierbij noodzakelijk.

Stap 14: *Bepalen randvoorwaarden en vaststellen competenties van de uitvoerende medewerkers*

4 Fase 3: implementatie

De implementatie van 'Welzijn op recept' begint eigenlijk al bij de voorbereiding waar het creëren van draagvlak een belangrijk onderdeel vormt. In de voorbereiding- en ontwikkelfase is regelmatige afstemming en het maken van afspraken over de inhoud en logistiek met de mensen die met 'Welzijn op recept' gaan werken en met potentiële deelnemers een voorwaarde voor implementatie. Daarnaast zijn kennis en vaardigheden nodig om met 'Welzijn op recept' te kunnen werken. Voor het overbrengen van kennis en vaardigheden wordt een informatiebijeenkomst gehouden voor het team van de huisartsenvoorziening en voor het team van de welzijnscoaches. Daarna volgt een workshop waarin zorgverleners en welzijnsmedewerkers aan de hand van casuïstiek samen bespreken welke stappen nodig zijn voor verwijzing naar de welzijnsorganisatie tot en met terugkoppeling naar de zorgverlener. Een duidelijke taakverdeling en omschrijving van wie wat wanneer doet is vereist. Aangeraden wordt de gemaakte afspraken te beschrijven in een standaardprocedure voor een soepel verloop van de invoering van 'Welzijn op recept'. De standaardprocedure wordt afhankelijk van de lokale situatie vormgegeven, waarbij rekening gehouden wordt met de mogelijkheden van de gebruikte software binnen de huisartsenvoorziening en de welzijnsorganisatie. In bijlage 4 wordt een voorbeeld van een standaardprocedure beschreven en in bijlage 5 een voorbeeld van een recept. Onderstaand schema vat de procedure samen.

Welzijnsrecept



Tip

uit Nieuwegein: In de praktijk in Nieuwegein blijkt dat een enkele deelnemer rechtstreeks op eigen initiatief naar de welzijnsorganisatie gaat. Het overgrote deel van de deelnemers in Nieuwegein (78%) maakte eerst gebruik van een gesprek met de welzijnscoach. Wanneer de welzijnscoach het eerste initiatief neemt tot contact, blijkt de drempel om mee te doen lager.

Nadat de basis voor implementatie gelegd is, is het belangrijk om 'Welzijn op recept' onder de aandacht te (blijven) brengen bij medewerkers van het gezondheidscentrum, de welzijnsorganisatie (vrijwilligers en professionals) en bij potentiële deelnemers en de focusgroepen. De terugkoppeling van succesverhalen in het multidisciplinaire overleg is daarbij belangrijk. Dit kan bijvoorbeeld door ludieke acties te verzinnen, themaweken over de welzijnsarrangementen of het verspreiden van informatiemateriaal. De werkgroep heeft hierin een leidende rol.

Tip

uit Nieuwegein: Om het draagvlak bij mogelijke deelnemers te vergroten kan het weergeven van informatie (in een folder en/of via het beeldscherm in de wachtkamer) over de welzijnsinterventies de huisartsenvoorziening helpend zijn.

Deelname van de welzijnsprofessional aan het multidisciplinaire overleg, een welzijnssprekbeurt in de huisartsenvoorziening, of samen in een gebouw gehuisvest zijn, kunnen goede vormen zijn om korte lijnen tussen zorg en welzijn te creëren.

Wanneer het welzijnsrecept geïmplementeerd wordt in een gemeente is het verstandig na te denken over een communicatieplan dat zich richt op de potentiële verwijzers en potentiële deelnemers. Het biedt voordelen om hier samen met de gemeente/zorgverzekeraar in op te trekken.

Een overzicht van mogelijke beïnvloedende factoren voor de implementatie van 'Welzijn op recept' staat in bijlage 6.

- Stap 15:** *Standaardprocedure opstellen voor verwijzing en terugkoppeling*
- Stap 16:** *Vaststellen van gestructureerde werkwijze welzijnscoach*
- Stap 17:** *Informatiebijeenkomst, inclusief een gezamenlijke workshop voor medewerkers van de welzijnsorganisatie en huisartsvoorziening*
- Stap 18:** *Informatie- en ideeën bijeenkomst voor vrijwilligers van welzijnsorganisatie organiseren*
- Stap 19:** *Korte lijnen organiseren tussen eerste lijn en welzijn, door b.v. de welzijnscoach laten deelnemen aan multidisciplinair overleg in huisartsenvoorziening en/of daar spreekuur laten houden*
- Stap 20:** *Beïnvloedende factoren bij implementatie in kaart brengen en daarop acties ondernemen*
- Stap 21:** *'Welzijn op recept' onder de aandacht blijven brengen (communicatieplan maken)*
- Stap 22:** *Tussentijds focusgroep raadplegen t.b.v. de voortgang van de implementatie*



Tip

uit Nieuwegein: In de praktijk werkt het goed wanneer de praktijkondersteuner huisarts en de welzijnscoach eenmaal per maand een half uur afstemmen wie er verwezen zijn en zijn begonnen en of dit goed terecht is gekomen in de huisartsenregistratie.

De zorg kent een BIG registratie en privacy wetgeving. Een welzijnsorganisatie hanteert een gedragscode of heeft een privacy beleid. Om Welzijn op Recept te laten slagen is ons advies te vragen naar het privacy beleid van de welzijnsorganisatie en te onderzoeken of deze voldoet om samen te werken binnen Welzijn op Recept.

5 Fase 4: evaluatie

Evalueren is bedoeld om: 1) op basis van resultaten te reflecteren op de invoering van 'Welzijn op recept' en of deze manier van werken geborgd wordt en 2) zicht te krijgen op het effect van de gevolgde welzijnsinterventies op het welbevinden, zorggebruik en kwaliteit van leven van de deelnemer en de klanttevredenheid.

Borgen van 'Welzijn op recept'

Aan de hand van structurele evaluaties wordt inzichtelijk wat goed loopt en wat beter kan. Wanneer nodig worden procedures en activiteiten bijgesteld. Daarvoor worden concrete afspraken gemaakt over wat de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening in een bepaalde periode willen bereiken en wat een ieder hiervoor moet doen. Resultaat gericht werken kan hierin ondersteuning bieden. Belangrijk in een resultaatgericht werkproces is het geven van feedback, waarin de resultaten met regelmaat (conform afspraak) worden teruggekoppeld naar elkaar om het verloop van het proces bij te kunnen sturen en successen te vieren (evaluatie).

Resultaatafspraken kunnen op verschillende niveaus met elkaar gemaakt worden (Cuijpers & Otte, 2003). De welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening kunnen bijvoorbeeld afspraken maken over de verwijzings- en terugkoppelingsprocedure; registratie van bereikcijfers; de evaluatie van het aantal verwijzingen; de evaluatie van het aanbod.

Medewerkers kunnen afspraken maken met elkaar, bijvoorbeeld over: intervisie (bijlage 7) waarin onderwerpen zoals successen en knelpunten in de inhoud en organisatie van het aanbod en het functioneren van de deelnemer aan bod komen. Ook kunnen medewerkers afspraken maken met de deelnemers, bijvoorbeeld over de evaluatie van de welzijnsinterventie (bijlage 8).

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

Effect van de gevolgde welzijnsinterventie op het welbevinden, zorggebruik en kwaliteit van leven

Om inzicht te krijgen in het effect van de welzijnsinterventie op het welbevinden, zorggebruik en kwaliteit van leven zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar. Voor het monitoren van welbevinden kan bijvoorbeeld de MHC-SF, de Dutch Mental Health Continuum-Short Form gebruikt worden (Lamers e.a., 2011). Voor het effect op de kwaliteit van leven kan bijvoorbeeld de EuroQoL-5D (EQ-5D) (www.euroqol.org) gebruikt worden. Om te kunnen beoordelen of de welzijnsinterventie het welbevinden van de deelnemer verhoogd wordt aangeraden de vragenlijst voor, tijdens en na deelname van de interventie af te nemen.

Naast het evalueren van het effect op welbevinden kan een effectmeting plaatsvinden op zorggebruik. Zorggebruik kan geïnventariseerd worden door dossieronderzoek met behulp van het huisartsinformatiesysteem of met behulp van extra software (bijvoorbeeld www.proigia.nl of www.eerstelijnsinicijfers.nl). Daarvoor zullen afspraken gemaakt moeten worden met zorgverleners over wat wanneer geregistreerd wordt. Uitgebreider onderzoek naar het effect op zorggebruik, medische kosten en productieverliezen kan met een naar de situatie aangepaste TiC-P (Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness), een vragenlijst voor zorggebruik en productieverliezen bij psychische aandoeningen (Hakkaart-van Roijen, 2002).



Tip

uit Nieuwegein: In de praktijk bleek dat de doelgroep de vragenlijst voor het onderzoek niet digitaal invulde en daarom is het belangrijk dat de vragenlijst ook schriftelijk ingevuld kan worden. Om er zeker van te zijn dat de vragenlijst ingevuld wordt, is bij de uitbreiding van 'Welzijn op recept' naar heel Nieuwegein afgesproken dat de vragenlijst tijdens het eerste gesprek met de welzijnscoach afgenomen wordt. Dit moet nauwkeurig gevolgd worden. Hier moeten goede afspraken over gemaakt worden tussen eerstelijns en welzijn. De extra tijdsinvestering is ongeveer een uur per maand.

Stap 23: Resultaatafspraken maken

Stap 24: Op regelmatige basis resultaatafspraken evalueren

Stap 25: Effect meten van de gevolgde welzijnsinterventies op welbevinden, zorggebruik en kwaliteit van leven

6 Praktijkervaringen in Nieuwegein

6.1 Achtergrondinformatie & visie in Nieuwegein

Voor de uitvoering van de pilot 'Welzijn op recept' was er in Nieuwegein al een proactieve visie op de samenwerking tussen de gezondheidszorg en welzijn aanwezig, vanuit de gedachte dat wanneer burgers in een wijk hun welzijn positief ervaren, zij gezonder zullen zijn. Daarnaast blijkt de huisartsenpraktijk één van de vindplaatsen voor psychosociale problematiek te zijn. Zo bleek in Gezondheidscentrum de Roerdomp bij een derde van alle consulten lichte psychosociale problemen een rol spelen.

Vanuit dit aandachtspunt en met bovenstaande visie zijn gezondheidscentrum de Roerdomp en MOvector op zoek gegaan naar oplossingen voor de wijk. Via het boek Mentaal Vermogen (Walburg, 2008) is in samenwerking met het Trimbos-instituut het welzijnsrecept ontstaan.

Steeds meer blijkt ook de theoretische onderbouwing vanuit de positieve psychologie overeen te komen met onze dagelijkse praktijk van samenwerking tussen eerste lijn en welzijn. De huisarts ervaart dat de verwijzing naar welzijn een zinvolle toevoeging is. Zijn verwijsmogelijkheden wanneer een patiënt een medische klacht ervaart die een psychosociale oorzaak heeft, zijn vergroot. De welzijnscoach kan met de principes van duurzaam geluk gericht de deelnemer motiveren om aan zijn welbevinden te werken en aan zijn veerkracht. Sociaal contact, betekenisvol ontmoeten, blijkt steeds een essentieel element. De welzijnscoach is in bijna alle gevallen een noodzakelijke schakel om mensen te begeleiden in het weer opbouwen van hun veerkracht.

6.2 Resultaten uit de pilot in Nieuwegein

In Nieuwegein heeft er een pilot plaatsgevonden naar 'Welzijn op recept', in de periode december 2011 tot maart 2013. In bijlage 9 staan de resultaten beschreven.

De pilot heeft de samenwerking tussen de eerste lijn en de welzijnsorganisatie MOvector in een stroomversnelling gebracht. Door deelname van de welzijnscoach aan het multidisciplinaire overleg in de eerste lijn is de kennis over wat welzijn kan betekenen voor mensen met psychosociale klachten toegenomen. Doordat de welzijnscoach tevens spreekuur is gaan houden in het gezondheidscentrum is de vindbaarheid van welzijnsactiviteiten vergroot en de doorverwijzing makkelijker geworden. De eerste lijn weet welzijn nu te vinden. Welzijn is ook zichtbaar met folders in de wachtkamer. Bezoekers in het gezondheidscentrum raken zo gewend aan deze samenwerking.

De samenwerking heeft geleid tot uitbreiding van het welzijnsrecept naar alle gezondheidscentra in Nieuwegein. In 2014 volgen ook de overige huisartsenpraktijken.

6.3 Enkele citaten van betrokkenen uit de praktijk

Wat vonden de betrokkenen in Nieuwegein van 'Welzijn op recept'?

Deelnemers: *"Dit is de leukste morgen van de week" over het zwemmen en gezamenlijke lunch na die tijd. En, 'het is fijn om iets voor anderen te kunnen betekenen' over het vrijwilligerswerk bij 'Koken met BN-ers' (Koken met Bekende Nieuwegeiners)*

De huisarts: *"Het is een aanvulling op mijn verwijsmogelijkheden". 'Het is fijn om te zien dat Mw. P. blij is met de activiteiten in het buurtplein'*

De fysiotherapeut: *"Ik weet nu veel beter wat welzijn allemaal voor mogelijkheden voor de mensen in de wijk te bieden heeft".*

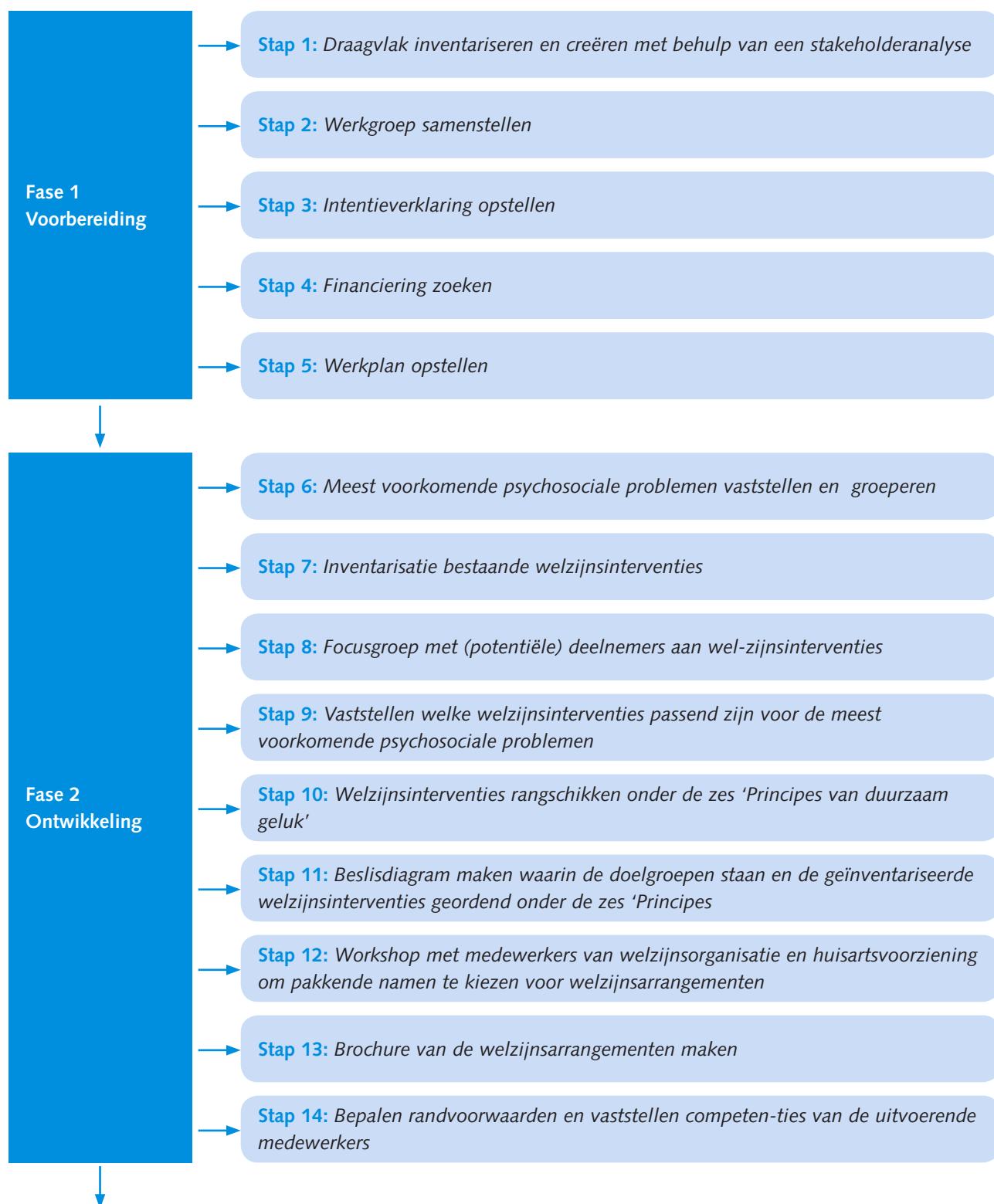
De welzijnscoach: *"Samenwerken geeft zicht op elkaars werk, het gat tussen de gezondheidszorg en welzijn wordt gedicht".*

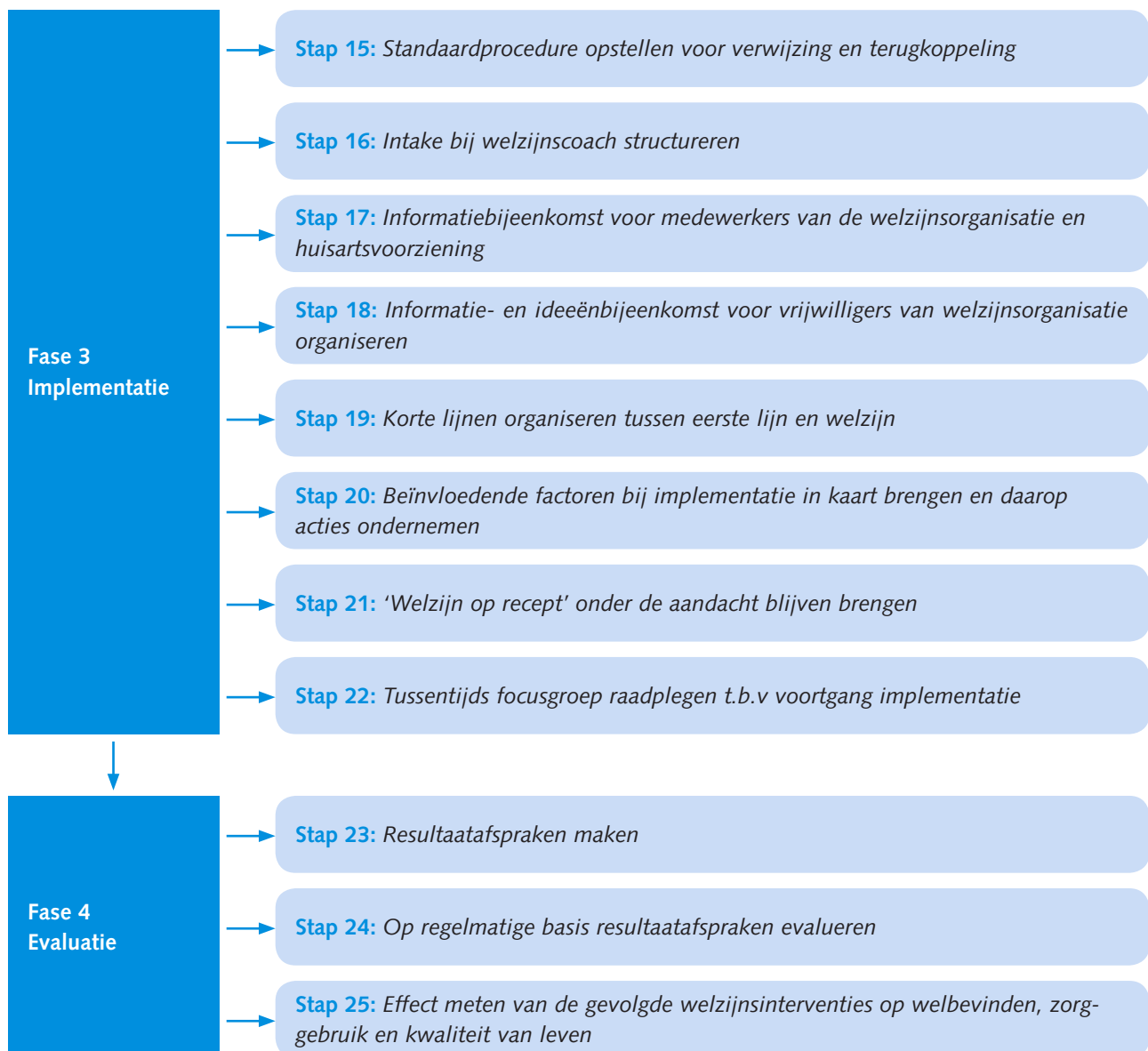
Praktijkvoorbeeld 4. Mw. W, 60 jaar

Na wat vervelende gebeurtenissen op haar werk is mw. W met vervroegd pensioen gegaan. Haar man werkt nog fulltime. Door alle stress is ze veel afgevallen en de muren komen thuis op haar af. Ze ziet het als een probleem dat ze geen hobby's heeft en ook niet weet wat ze leuk vindt. Haar enige afleiding is het oppassen op haar kleinzoon 1 dag per week. Vanwege COPD is haar actieradius beperkt. Ze is op zoek naar een tweedehands elektrische fiets. Na wat door vragen blijkt mevrouw regelmatig te lezen en vindt ze het leuk om uitstapjes/reizen te zoeken op de computer. Maar daarmee krijg mevrouw geen contact met anderen en komt ze haar huis niet uit. Omdat het buurtplein dicht bij haar huis is, wordt in gesprek met de welzijnscoach besloten dat ze gaat beginnen met 1x per maand helpen bij het Koken met Bekende Nieuwegeiners en dat ze dan ook blijft om de maaltijd met elkaar te eten. Haar man komt dan ook eten. Na verloop van tijd heeft mevrouw belangstelling om taalmaatje te zijn. Eens per week helpt ze bij haar thuis iemand van niet Nederlandse afkomst bij het beter leren spreken en lezen van de taal. Ook doet ze af en toe een uitzoekklus op de computer. Binnenkort gaat ze kennis maken met iemand uit de buurt die ze mogelijk kan helpen met het verbeteren van computervaardigheden. Haar week is daarmee aardig gevuld en heeft ze contacten die voor haar betekenisvol zijn. Zij zit veel beter in haar vel.

7 Conclusie

'Welzijn op recept' is een nieuwe manier van samenwerken tussen een gezondheidscentrum en een welzijnsorganisatie. Doel is om het welbevinden van mensen met psychosociale klachten te verhogen, door hen een welzijnsarrangement aan te bieden dat past bij hun interesses en dat hun mentale gezondheid en veerkracht versterkt. Voor een succesvolle ontwikkeling en implementatie van 'Welzijn op recept' zijn verschillende stappen nodig. In 25 stappen maakt u 'Welzijn op recept' tot een succes.





Wij wensen u veel succes bij het invoeren van 'Welzijn op recept' in uw wijk!

8 Literatuurlijst

- Aylward, N. & James, K. (2014). *Prescriptions for learning evaluation report (2)*. Nottingham: NIACE.
- Bittman, B., Bruhn, K. T., Stevens, C., Westengard, J., & Umbach, P. O. (2003). Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Advances In Mind-Body Medicine*, 19, 4-15.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in order adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 291-300.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66, 2321-2334.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Cardol M, Van Dijk L, de Jong LD, de Bakker DH, Westert GP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? 2004. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/ RIVM.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25, 41-67.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Chong, C. S. M., Tsunaka, M., Tsang, H. W. H., Chan, E. P., & Cheung, W. M. (2011). Effects of yoga on stress management in healthy adults: A systematic review. *Alternative Therapies In Health And Medicine*, 17, 32-38.
- Conn, V. S. (2010a). Anxiety outcomes after physical activity interventions: Meta-analysis findings. *Nursing Research*, 59.
- Conn, V. S. (2010b). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: Meta-analysis findings. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 128-138.
- Cuijpers M, Otte T. Werken aan resultaat. Richtlijnen voor resultaatgericht werken aan doorstroom naar werk. 2003. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M. et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 323, 719-714.
- Feinstein, L., Vorhaus, J., & Sabatas, R. (2008). *Learning through life, future challenges - Foresight Mental Capital and Wellbeing Project*. London: The Government Office for Science.
- Francke, A.L., Smit, M.C., Veer A.J.E. de, et al. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
- Friedli, L., Jackson, C., Abernethy, H., & Stansfield, J. (2008). *Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery*.
- Gillison, F. B., Skevington, S. M., Sato, A., Standage, M., & Evangelidou, S. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 68, 1700-1710.
- Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality*, 31, 253-264.
- Green, L. S., Oades, L. G., & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. *Journal of Positive Psychology*, 1, 142-149.
- Greenfield, E. A. & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B, S258-S264.
- Grol R, Wensing, M. (2006). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

- Hakkaart-van Roijen L. Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (in Dutch). Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment; 2002.
- Hammond, C. (2004). Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: fieldwork evidence. *Oxford Review of Education*, 30, 551-568.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736
- Hollands L, Hendriks L, Ariëns H, Verheggen F. Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg. Utrecht: LEMMA; 2004.
- Hurley, D. B. & Kwon, P. (2012). Results of a study to increase savoring the moment: Differential impact on positive and negative outcomes. *Journal of Happiness Studies*, 13, 579-588.
- Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., & Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety; a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 884-891.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Laukka, P. (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. *J Happiness Stud*, 8, 215-241.
- Layous, K., Nelson, K. S., & Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14, 635-654.
- Layous, K., Nelson, S. K., Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., & Lyubomirsky, S. (2012). Kindness counts: prompting prosocial behavior in preadolescents boosts peer acceptance and well-being. *Plos One*, 7, e51380.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11, 391-402.
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P., & St Leger, L. (2006). Healthy nature healthy people: 'Contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International*, 21, 45-54.
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 105-121.
- Mead, N., Lester, H., Chew-Graham, C., Gask, L., & Bower, P. (2010). Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 96-101.
- Mongrain, M. & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do Positive Psychology Exercises Work? A Replication of Seligman et al. (). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 382-389.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S137-S145.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284.
- Oemar M., Janssen B. (2013). EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0.
- Okun, M. A., Yeung, E. W., & Brown, S. (2013). Volunteering by older adults and risk of mortality: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 28, 564-577.
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7, 361-375.
- Pelletier, C. L. (2004). The effect of music on decreasing arousal due to stress: a meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 41, 192-214.
- Pilkington, K., Kirkwood, G., Rampes, H., & Richardson, J. (2005). Yoga for depression: The research evidence. *Journal of Affective Disorders*, 89, 13-24.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 1-18.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212-216.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. r. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368-373.
- Rosenberg E, Lussier MT, Beaudoin C, Kirmayer LJ, Dufort GG. Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(5):322-327.

- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Smits FT, Brouwer HJ, ter RG, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009; 9:36.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65, 467-487.
- Thio S, Van Balkom AJLM. [Effectiveness of antidepressants. Implications of two meta-analyses for clinical practice]. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51(12):887-891.
- Uebelacker, L. A., Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B. A., Tremont, G., Battle, C. L., & Miller, I. W. (2010). Hatha yoga for depression: critical review of the evidence for efficacy, plausible mechanisms of action, and directions for future research. *Journal of Psychiatric Practice*, 16, 22-33.
- Walburg, J. A. (2008). *Mentaal Vermogen -Investeren in geluk (Mental Capital - The investment in happiness)*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66, 579-592.
- Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state. *Br J Gen Pract* 2008; 58(555):694-698.
- Wan, C. Y. & Schlaug, G. (2010). Music making as a tool for promoting brain plasticity across the life span. *The Neuroscientist: A Review Journal Bringing Neurobiology, Neurology And Psychiatry*, 16, 566-577.
- Wang, C., Bannuru, R., Ramel, J., Kupelnick, B., Scott, T., & Schmid, C. H. (2010). Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 10, 23.
- Wheeler, J. A., Gorey, K. M., & Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *The International Journal of Aging & Human Development*, 47, 69-79.
- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 890-905.
- Yerrell, P. (2008). *National evaluation of BTCV's Green Gym*. Oxford: Oxford Brookes University.

Bijlage 1. Werkplan 'Welzijn op recept'

Probleemstelling:

In de wijk de Doorslag is er een grote groep mensen met psychosociale problemen die de huisartsenpraktijk bezoekt.

Voor deze problemen is niet altijd een medische behandeling aanwezig of nodig, maar wordt wel een zorgprobleem geuit en (zorg)oplossing gevraagd door de cliënt. Het huidige 'instrumentarium' (medicatie en doorverwijzing naar de GGZ) van de huisarts is voor deze groep niet altijd geschikt.

Mogelijke oplossing van het probleem

Door samenwerking met een welzijnsorganisatie kunnen activiteiten worden aangeboden aan mensen met psychosociale problemen, die hun welbevinden verhogen en hun veerkracht versterken.

Doelgroep:

Bewoners van de wijk de Doorslag/cliënten met psychosociale problemen tussen de 18 en 80 jaar die het gezondheidscentrum De Roerdomp bezoeken.

Doelstellingen:

1. De professionals van De Roerdomp en MOvactor zijn op de hoogte van:
 - a. Het welzijnsaanbod waarnaar verwezen kan worden en
 - b. Hoe ze elkaar kunnen benaderen en naar elkaar kunnen verwijzen/terugkoppelen
2. Er is een samenwerkingsovereenkomst tussen De Roerdomp en Movactor
3. Er is een interventieaanbod (ontwikkeld op basis van de 'Principes van duurzaam geluk'), waar mogelijk evidence-based.
4. Er krijgen tenminste 100 cliënten een verwijzing naar een voor hen geschikte welzijnsinterventie.
5. Bij 60 cliënten wordt er een voor- en nameting gedaan om het welbevinden en zorggebruik te meten.

Middelen:

Financiën: uit eigen middelen en subsidies.

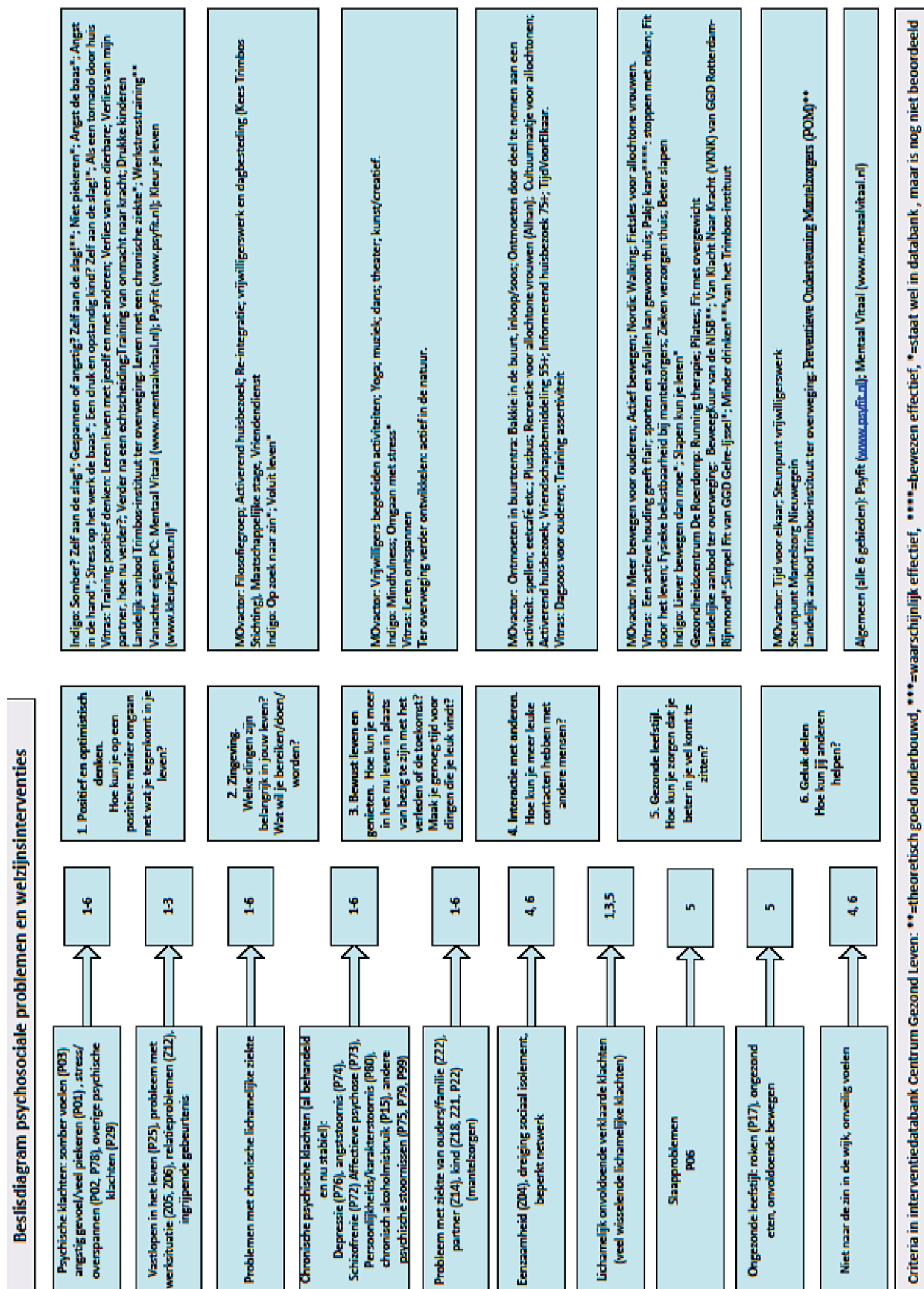
Inzet personeel: benoeming van een projectleider, inzet van een werkgroep, begeleiding vanuit het Trimbos-instituut.

Beoogde resultaten en uitkomsten:

1. Bij de 60 cliënten is er (na de welzijnsinterventie) een toename van welbevinden van gemiddeld 25% gemeten met de MHC-SF.
2. Het zorggebruik binnen het gezondheidscentrum van de 60 cliënten daalt met gemiddeld 20%¹
3. Er is een 'welzijn op recept'-toolkit om dit project breder te kunnen implementeren.

¹ Op basis van resultaten van resultaten van project Big!Move Amsterdam en "Van Klacht naar Kracht" in Rotterdam.

Bijlage 2. Beslisdiagram psychosociale problemen en welzijnsinterventies



[illegible]

Bijlage 4. Standaardprocedure verwijzing en terugkoppeling 'Welzijn op recept'

Stap 1: uitgeven van het welzijnsrecept in de spreekkamer

De cliënt en de zorgverlener² bespreken het psychosociaal probleem en mogelijke oplossingen in de vorm van welzijnsinterventies (activiteiten oppakken, creatief bezig zijn, bewegen, enzovoorts). De cliënt kan hier zelf mee aan de slag gaan of met behulp van 'Welzijn op recept'. Als de cliënt geïnteresseerd is, geeft de zorgverlener een welzijnsrecept en de brochure over de welzijnsarrangementen mee. De zorgverlener registreert in het huisartsinformatiesysteem (HIS) (afhankelijk van de software) bij Episode de ICPC code Z29 (= ander sociaal probleem), en registreert WOR (Welzijn Op Recept), zodat in het volgende contact met de cliënt meteen te zien is dat deze een welzijnsrecept heeft gekregen. Op de E regel van de SOEP³ systematiek registreert de zorgverlener de specifieke oorzaak van het welzijnsprobleem (bijvoorbeeld Z04 bij eenzaamheid). Lokaal kunnen afspraken gemaakt worden over hoe te handelen wanneer zorgverleners geen toegang hebben tot het HIS. Deze zorgverleners kunnen bijvoorbeeld een e-mail sturen naar de praktijkondersteuner, die de gegevens in het HIS registreert. Het doel hiervan is dat alle zorgverleners attent zijn op het bespreekbaar maken van het psychosociale probleem en deelname aan 'Welzijn op recept' kunnen registreren en monitoren.

Wanneer er een onderzoek verbonden is aan 'Welzijn op recept', legt de zorgverlener de cliënt het onderzoek uit en vraagt of deze per e-mail een korte vragenlijst wil ontvangen voor deelname aan het onderzoek. De zorgverlener benadrukt dat het invullen van de vragenlijst vrijwillig is, en dat de zorgverleners geen inzage hebben in de scores op de vragenlijst. Wanneer de cliënt toestemming geeft ontvangt deze per e-mail de vragenlijsten voor het onderzoek.

Stap 2: opvolgen verwijzing

Heeft de cliënt een welzijnsarrangement gekozen (route A), dan vult deze dit in op het welzijnsrecept en noteert aan welk(e) interventie(s) deelgenomen gaat worden en of toestemming gegeven wordt voor het delen van informatie met de verwijzend zorgverlener over het starten van en stoppen met een interventie (bijlage 6).

Wanneer een cliënt geïnteresseerd is in deelnemen aan een interventie(s) uit een welzijnsarrangement neemt deze of telefonisch of per e-mail contact op met de welzijnsorganisatie. De medewerker 'informatie en aanmelding welzijnsarrangementen' bespreekt de mogelijkheden binnen de welzijnsarrangementen. Wanneer de cliënt de keuze gemaakt heeft volgt route A: de medewerker 'informatie en aanmelding welzijnsarrangementen' laat de deelnemer weten wanneer deze kan starten en de medewerker stemt de komst van de deelnemer af met de begeleider die de interventie aanbiedt.

Wanneer de cliënt twijfels heeft over deelname volgt route B: cliënt neemt contact op met de welzijnsprofessional (welzijnscoach) of geeft toestemming dat er contact opgenomen wordt door de welzijnscoach voor een vraag verhelderend gesprek of bezoekt het spreekuur van de welzijnsorganisatie.

De welzijnscoach gaat in gesprek met de cliënt en sluit aan op wat de mogelijkheden en interesses van de cliënt zijn (waar de cliënt weer energie van krijgt), brengt eventuele belemmeringen voor deelname aan een arrangement in kaart en bespreekt hoe die weggenomen kunnen worden. Zij begeleidt de cliënt in het komen tot een keuze voor een arrangement die hem/haar het best past. Verder wordt afgesproken wat er nodig is (wie doet wat, welke acties door de cliënt en/of welzijnscoach) om het arrangement daadwerkelijk te gaan volgen. Vanzelfsprekend wordt de begeleider die de activiteit aanbiedt geïnformeerd als de keuze gemaakt is.



In Nieuwegein heeft slechts een deelnemer heeft zelf contact opgenomen met MOvactor. Route B werd dus eigenlijk in alle gevallen gekozen. Waarbij het vaak zo was dat de welzijnscoach op advies van de huisarts contact opnam met de cliënt.

Ten allen tijde geldt dat wanneer het welzijnsarrangement niet geschikt lijkt voor de deelnemer, de welzijnscoach bekijkt welke andere mogelijkheden er zijn of zij verwijst de deelnemer terug naar de zorgverlener.

² Afhankelijk van lokale afspraken kunnen verschillende zorgverleners het welzijnsrecept uitschrijven, zoals de huisarts, praktijkondersteuner somatiek (POH-Somatiek), praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGz), algemeen maatschappelijk werker (AMW), sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), fysiotherapeut, diëtist, wijkverpleegkundige.

³ De meeste huisartsen registreren volgens de S-O-E-P-systematiek S-regel(s) Subjectief: redenen voor contact; O-regel(s) Objectief: verricht onderzoek; E-regel(s) Evaluatie: de werkhypothese/diagnose; P-regel(s) Plan voor behandeling, verwijzing, voorschrift, lab-aanvraag.

De zorgverlener die de deelnemer heeft verwezen checkt bij een volgende afspraak met de cliënt of dit gebeurd is. Indien de verwijzing opgevolgd is vraagt de zorgverlener hoe een en ander is verlopen en hoe de deelname bevalt. Indien de verwijzing niet opgevolgd is vraagt de zorgverlener de cliënt naar de redenen hiervan en bespreekt wat nodig is. Komt de cliënt niet terug op het spreekuur dan vindt er geen check plaats.

Stap 3: starten met het welzijnsarrangement

De welzijnscoach volgt de welzijn op recept (WOR) deelnemers en registreert deelname in het kader van welzijn op recept (WOR). De welzijnscoach bemiddelt (bij route B) de deelnemer naar een individueel traject, een maatje of groepsinterventie (binnen of buiten de welzijnsorganisatie). Indien het een groepsinterventie betreft die georganiseerd wordt vanuit de welzijnsorganisatie, zorgt de welzijnscoach ervoor dat de cliënt ingeschreven wordt voor de gekozen interventie(s). De medewerker 'informatie en aanmelding welzijnsarrangementen' stuurt maandelijks een nieuwe presentielijst naar de begeleider van de groepsinterventie en laat de begeleider weten wanneer er een nieuwe WOR deelnemer start.

De begeleider van de groepsinterventie vult op de presentielijst de aanwezigheid van de deelnemers in, zodat deelname gevolgd kan worden. De presentielijst gaat maandelijks naar de medewerker 'informatie en aanmelding': deze informeert de welzijnscoach (per e-mail of telefonisch) met welke groepsinterventie de cliënt is gestart, mits hiervoor toestemming is verleend. (In het privacyreglement is opgenomen dat de medewerkers van de welzijnsorganisatie geheimhoudingsplicht hebben). De welzijnscoach kan dit dan terug rapporteren naar de verwijzer (POH). Vaak heeft de welzijnscoach zelf ook al contact gehad met de cliënt of de activiteitenbegeleider als er gestart wordt met een groepsinterventie. De praktijkondersteuner registreert deze informatie in het HIS, zodat de verwezen zorgverlener op de hoogte is. Zorgverleners die niet in het HIS kunnen worden door de praktijkondersteuner (per e-mail, schriftelijk of telefonisch) geïnformeerd.

Stap 4: volgen welzijnsarrangement

De begeleider van de groepsinterventie van de welzijnsorganisatie maakt afspraken met de cliënt over de aanwezigheid, zoals die gelden voor alle deelnemers. De cliënt is in principe iedere bijeenkomst aanwezig en indien verhinderd meldt deze dit. Wanneer de cliënt zonder bericht niet verschijnt op de activiteit dan neemt de begeleider of een mede deelnemer naar eigen inzicht telefonisch contact op en vraagt naar de reden van afwezigheid en wat gedaan kan worden om deelname te vervolgen. Wanneer een cliënt aangeeft dat een arrangement niet bevalt dan wordt deze terugverwezen naar de welzijnscoach die de WOR deelnemers volgt en evalueert met de deelnemer. Als een deelnemer stopt, dan vult de begeleider dit in op de presentielijst en komt dit via de medewerker 'informatie en aanmelding' bij de welzijnscoach terecht. De welzijnscoach evalueert dan met de deelnemer (telefonisch of een evaluatie formulier per post naar de ex-deelnemer). De welzijnscoach informeert de verwijzend zorgverlener, mits de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven.

Indien de cliënt een individueel traject, een maatje of een groepsinterventie buiten de welzijnsorganisatie volgt, plant de welzijnscoach een tussentijdse evaluatie moment met de cliënt om te bespreken of de interventie passend is of aanpassing nodig is. De welzijnscoach rapporteert herover aan de verwijzende zorgverlener, mits de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven.

Stap 5: terugkoppelen eindresultaat

Aan het einde van de interventie (of na een periode van een half jaar als er geen duidelijk eind is) vult de cliënt een evaluatieformulier in over de activiteit/bemiddeling. De begeleider geeft dit evaluatieformulier aan de medewerker aanmelding en informatie welzijnsarrangementen die dit weer doorgeeft aan de praktijkondersteuner (per e-mail, schriftelijk of telefonisch), mits de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Op dit formulier staat ook of de cliënt doorgaat met een interventie of zelf iets anders oppakt.

Bijlage 5. Welzijnsrecept



uit Nieuwegein: De huisarts kan dit document als brief uitprinten via zijn HIS (huis-artsinformatiesysteem).

Welijnsrecept

Bestemd voor

- ☐ Kracht van de NATUUR
- ☐ IN BALANS; lichaam & geest
- ☐ ONTDEKKEN & DOEN
- ☐ BEWEGEN MET PLEZIER
- ☐ KUNST & CULTUUR
- ☐ SMAKELIJKE ONTMOETINGEN

Verwezen door:

Datum:

.....
Naam zorgverlener

Zo kunt u zich aanmelden:

E-mail: aanmelding@movactor.nl

Telefoon: 030- 6033748

www.movactor.nl

Vermeld hierbij welzijn op recept.

- ☐ Ik geef toestemming om aan mijn zorgverlener door te geven dat ik start en stop met een activiteit en indien nodig te overleggen.

Handtekening deelnemer

PS. Neem dit recept mee naar MOvactor

Bijlage 6. Beïnvloedende factoren bij implementatie

Vorbereiden van de implementatie

Om welzijn op recept tot een succes te maken, moet het goed worden toegepast in de praktijk (geïmplementeerd). Verschillende factoren zijn van invloed op de implementatie van welzijnsarrangementen. Voor zover bekend is er geen specifiek onderzoek naar beïnvloedende factoren bij de implementatie van welzijnsarrangementen. Wel is er onderzoek gedaan naar beïnvloedende factoren bij de implementatie van richtlijnen en vernieuwingen (o.a. Grol & Wensing, 2006; Francke e.a. 2008). Welzijnsarrangementen kunnen gezien worden als richtlijnen voor het bevorderen van welbevinden en daarom hebben we voor het beschrijven van beïnvloedende factoren gebruik gemaakt van de literatuur van Grol en Wensing en Francke en anderen. De factoren die van invloed kunnen zijn op het gebruik van welzijnsarrangementen zijn onderverdeeld in:

- Kenmerken van het welzijnsarrangement (bijvoorbeeld de lay-out)
- Het individu (de cliënt, de zorgverlener, de vakdocent/begeleider die het arrangement gebruiken)
- De sociale omgeving (het team van de huisartsvoorziening en de welzijnsorganisatie en netwerken)
- De organisatie (de organisatiestructuur, werkprocessen, communicatieprocessen en beschikbare middelen)
- De maatschappij (het zorgsysteem, maatschappelijke of politieke ontwikkelingen die van invloed zijn op het gebruik van welzijnsarrangementen, zoals financiële prikkels, wet- en regelgeving)

Beïnvloedende factoren op het gebruik van welzijnsarrangementen

Kenmerken van het welzijnsarrangement

Welijnsarrangementen die gemakkelijk te begrijpen en toe te passen zijn en waarvoor bij de toepassing geen specifieke middelen nodig zijn, hebben meer kans om gebruikt te worden. Kenmerken van het welzijnsarrangement die van invloed zijn op het gebruik zijn:

- de inhoud: in hoeverre is een welzijnsarrangement goed onderbouwd? Een goed onderbouwde inhoud is vooral belangrijk voor de zorgverleners uit het gezondheidscentrum, omdat ze hun cliënt naar een verantwoorde interventie willen verwijzen.
- de vorm: in hoeverre kan de vorm van een welzijnsarrangement aangepast worden aan een specifieke situatie? Sommige mensen kunnen alleen op bepaalde tijdstippen deelnemen aan interventies, bijvoorbeeld 's avonds. In hoeverre is dit mogelijk? Andere deelnemers maken zich er zorgen over of zij bij de doelgroep passen, nemen er bijvoorbeeld ouderen of ook jongeren deel aan een interventie. Ook is de manier van aanbieden van het welzijnsarrangement bepalend voor deelname. Wordt deze bijvoorbeeld digitaal of schriftelijk aangeboden? Of waar wordt het arrangement aangeboden: is dit een laagdrempelige en aantrekkelijk ogende locatie? In een veilige buurt?
- de formulering: in hoeverre is een welzijnsarrangement gemakkelijk te begrijpen en toegankelijk geschreven?
- de lay-out: in hoeverre is de opmaak van het welzijnsarrangement overzichtelijk?

Individuele factoren

De cliënt

Niet alle cliënten zullen gebruik willen maken van welzijnsarrangementen, bijvoorbeeld omdat de activiteiten niet overeenstemmen met de voorkeur. Daarom is het belangrijk de arrangementen te evalueren op bereik (zie organisatorische factoren). Een andere factor kan zijn dat cliënten weerstand voelen, schaamte en/of angst voor stigmatisering en tijd nodig hebben om te erkennen dat er sprake is van een psychosociaal probleem waarvoor een welzijnsarrangement de oplossing kan zijn. De zorgverlener kan in deze situatie ondersteunend zijn bij de bewustwording door informatie te verstrekken over de klacht en welzijnsinterventies, of de welzijnscoach in te schakelen. De welzijnscoach kan de tijd nemen om hierover met de cliënt in gesprek te gaan.

Het is belangrijk dat de zorgverlener zich realiseert dat de houding van cliënten ten aanzien van een welzijnsarrangement invloed heeft op de motivatie van professionals om te verwijzen of het welzijnsarrangement uit te voeren. Zo kan een cliënt aangeven niet verwezen te willen worden naar een welzijnsarrangement en de zorgverlener onnodig zorg aanbieden, bijvoorbeeld medicatie of de cliënt verwijzen naar de specialistische tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De zorgverlener, vakdocent of begeleider

Factoren gerelateerd aan de zorgverlener, vakdocent of begeleider die van invloed kunnen zijn op het gebruik van welzijnsarrangementen zijn:

- Gebrek aan kennis over de inhoud van welzijnsarrangementen, onwetendheid over het bestaan, beperkt inzicht of ontkennen van tekorten in eigen functioneren, onvoldoende vertrouwd zijn met welzijnsarrangementen.
- Weerstand van de zorgverlener, vakdocent of begeleider tegen het werken met welzijnsarrangementen of in het algemeen geen behoefte hebben aan vernieuwingen, het niet eens zijn met de inhoud ervan, geen betrokkenheid bij het ontwikkelproces, meer nadelen dan voordelen zien, problemen bij de toepassing van de welzijnsarrangementen worden verwacht, gebrek aan vertrouwen in eigen vaardigheden, niet geloven dat welzijnsarrangementen leiden tot vergroten van het welbevinden.
- Rigiditeit, het niet kunnen veranderen van oude patronen.
- Gebrek aan tijd ervaren. Binnen de zorgverlening vraagt het ter sprake brengen van psychosociale problematiek meestal meer tijd, dat kan botsen met de drukte van alledag.

Sociale omgevingsfactoren

Sociale omgevingsfactoren hebben invloed op het gebruik van richtlijnen. Zo is het van belang dat professionals en de organisatie van de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening, die het beide wenselijk vinden dat er gebruik wordt gemaakt van welzijnsarrangementen, op één lijn zitten. De welzijnsarrangementen moeten overeenkomen met de algemene professionele inzichten of normen die breed gedragen worden binnen de beroepsgroepen.

Een positieve houding en/of ondersteuning van collega's en in ieder geval van de leidinggevendenden bij het gebruik van de welzijnsarrangementen beïnvloeden het gebruik positief. Net als het betrekken van professionals bij het ontwikkelen van welzijnsarrangementen; het inzetten van sleutelpersonen binnen een organisatie, die worden geraadpleegd en een voorbeeldfunctie vervullen en een gemotiveerde en enthousiaste voortrekker, die een centrale, aansturende en coördinerende functie heeft.

Organisatorische factoren

Voor de uitvoering van de welzijnsarrangementen zijn tijd, personele middelen, draagvlak, kennis van en vaardigheden in de uitvoering van de welzijnsarrangementen (scholing) en makkelijke toegankelijkheid een voorwaarde. De toegankelijkheid kan bevordert worden door het oprichten van een wijkservicepunt van de welzijnsorganisatie in de huisartsvoorziening. Andere bevorderende factoren voor het gebruik van de welzijnsarrangementen zijn het opnemen van de implementatie in de beleidsplannen van de welzijnsorganisatie en de huisartsvoorziening; een aantal professionals verantwoordelijkheid te geven voor een adequate organisatie en uitvoer van de welzijnsarrangementen (wanneer het niet duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijkheid is kunnen taken en verantwoordelijkheden gemakkelijk worden afgeschoven en vervolgens blijven liggen);

de benodigde taken en bevoegdheden in de functieomschrijving van medewerkers beschrijven; het schriftelijk vastleggen van werkafspraken; korte lijnen met de verwijzers; en gezamenlijke activiteiten met betrekking tot het werven en voorlichten van de doelgroep (posters, informatiefolders en groepsvoorlichting over de welzijnsarrangementen).

Om het gebruik van de welzijnsarrangementen te bevorderen is het organiseren van intervisiemomenten tussen medewerkers van de welzijnsorganisatie en zorgverleners van de huisartsvoorziening wenselijk. De intervisie kan gaan over ervaringen met burgers van consult zorgverlener tot en met deelname welzijnsarrangement en ervaringen met burgers die niet deelnemen en voor wie het wel wenselijk is dat ze deelnemen en hoe zij hiertoe gemotiveerd kunnen worden.

Om welzijnsarrangementen te kunnen toepassen zijn deelnemers onmisbaar. Om te beoordelen of een welzijnsarrangement aansluit bij de doelgroep is het belangrijk het bereik ofwel de deelname te registreren. Daarvoor zal een heldere, eenduidige manier van registreren binnen De welzijnsorganisatie ontwikkeld moeten worden. Belangrijk hierbij is afspraken maken over wie toegang heeft tot dit systeem en waarbij rekening gehouden wordt met de Wet bescherming persoonsgegevens. Medewerkers worden getraind in het gebruik van dit registratiesysteem. Op basis van deze registratie wordt geëvalueerd en indien nodig worden welzijnsarrangementen bijgesteld in overleg met professionals van de huisartsvoorziening.

Maatschappelijk factoren

Verwezen worden naar welzijnsinterventies is betrekkelijk nieuw in Nederland. Voor zorgverleners, welzijnscoaches, vrijwilligers en burgers kan het wennen zijn dat de huisarts rechtsreeks naar een welzijnsinterventie verwijst. Uit de focusgroepen bleek echter dat deelnemers de welzijnsinterventies een logische en zinvolle aanvulling vinden op het huidige GGZ aanbod. Het betalen van een vergoeding voor verwijzing door de zorgverlener of deelname van de burger aan de activiteiten kan van invloed zijn op het gebruik. Welzijnsarrangementen worden niet vergoed, het vergoedingensysteem zou een negatieve invloed kunnen hebben op de implementatie. Het inzetten van een kortingspas, aangeboden door de gemeente om mensen met een laag inkomen de mogelijkheid te geven aan activiteiten deel te nemen, kan deelname bevorderen.

Bijlage 7. Werkwijze intervisie

- 1 Wijs een voorzitter aan
- 2 Inventariseer wie een probleem wil inbrengen en kies een probleem. *Max. 5 minuten*
- 3 De indiener licht het probleem kort toe en formuleert een vraag waarop hij/zij antwoord wil hebben. *Max. 5 minuten*
- 4 De anderen stellen informatieve vragen om het probleem goed te kunnen begrijpen *Max. 5 minuten*
- 5 Ieder schrijft voor zich zijn/haar advies op papier. *Max. 5 minuten*
- 6 Ieder leest zijn/haar advies voor, zonder dat de indiener of anderen daarop ingaan en overhandigt het op schrift gestelde advies. *Max. 5 minuten*
- 7 De indiener geeft aan wat hij/zij aan de adviezen gehad heeft. *Max. 5 minuten*
- 8 Voorzitter bewaakt de tijd, het proces en de wijze van vragen stellen en sluit af.

Bijlage 8. Evaluatieformulier Welzijnsinterventie

Om 'Welzijn op recept' verder te kunnen verbeteren, stellen we het op prijs als u de volgende vragen beantwoordt.

1) Welke zorgverlener heeft u een welzijnsrecept gegeven?

.....

2) Aan welk welzijnsarrangement hebt u deelgenomen (zet een kruisje achter het arrangement dat u gevolgd heeft)?

Kracht van de natuur	
In balans	
Ontdekken en doen	
Bewegen met plezier	
Smakelijke ontmoetingen	
Kunst en cultuur	

3) Aan welke activiteit hebt u mee gedaan (bijvoorbeeld: yogalessen, kook club etc.)?⁴

.....

4) Wat heeft deelname u opgeleverd?

.....

.....

.....

5) Hoe tevreden bent u over de verwijzing naar het welzijnsarrangement?

U kunt kiezen uit een cijfer tussen 10 en 1. Een 10 staat voor heel tevreden en een 1 voor heel ontevreden. Omcirkel het cijfer dat u wilt geven.

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

6) Hoe zou volgens u de organisatie van aanmelding tot verwijzing naar de welzijnsactiviteit verbeterd kunnen worden? Wat heeft u gemist?

.....

.....

.....

.....

⁴ De vragen waar een 1 achter staat (vraag 3, 8 en 11) worden teruggekoppeld naar de zorgverlener die u verwezen heeft.

	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Ruim voldoende	Goed
7. Wat vond u van de informatie over de activiteit?					
8. Wat vond u van de inhoud van de activiteit? ¹					
9. Wat vond u van de begeleider(s) van de activiteit?					

10) Heeft u nog verbeterpunten of suggesties?

.....

.....

.....

11) Blijft u een activiteit volgen?¹

Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Zo nee, waarom niet?

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor het invullen!

Bijlage 9. Resultaten pilot Nieuwegein

Wanneer u gebruik maakt van de resultaten verwijst u als volgt:

Henny Sinnema, Anna Muntingh, Jeannette Smiesing, Karen de Groot. Doelgroepanalyse 'Welzijn op recept' in Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. Herziene uitgave februari 2014

Doelgroepanalyse 'Welzijn op recept'

Verwijzingen naar 'Welzijn op recept'

Van december 2011 tot maart 2013 zijn er 59 welzijnsrecepten uitgeschreven. De recepten werden uitgeschreven door huisartsen, praktijkondersteuners, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een centrumassistente, fysiotherapeuten, diëtist en een diabetesverpleegkundige. De meeste recepten werden uitgeschreven door huisartsen (61%) gevolgd door fysiotherapeuten (24%), POH-somatiek (7%), POH-GGZ (5%), diëtist (2%) en diabetesverpleegkundige (2%). Van de mensen die een welzijnsrecept kregen was 70% vrouw (n=41) en 30% man (n=18). De gemiddelde leeftijd was 59 jaar (SD 15), minimum leeftijd was 28 jaar en maximum leeftijd 87 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannen was 53 jaar (SD 15), minimum leeftijd was 31 jaar en maximum leeftijd 77 jaar. Van de vrouwen was de gemiddelde leeftijd 61 jaar (SD 14), minimum leeftijd 28 jaar en maximum leeftijd 87 jaar. Van de mensen die 'Welzijn op recept' kregen waren de meest voorkomende geregistreerde problemen: eenzaamheid (39%), depressief (20%) en angst (10%). In tabel 1 staan de sociodemografische en klinische kenmerken van de patiënten die een welzijnsrecept ontvingen beschreven.

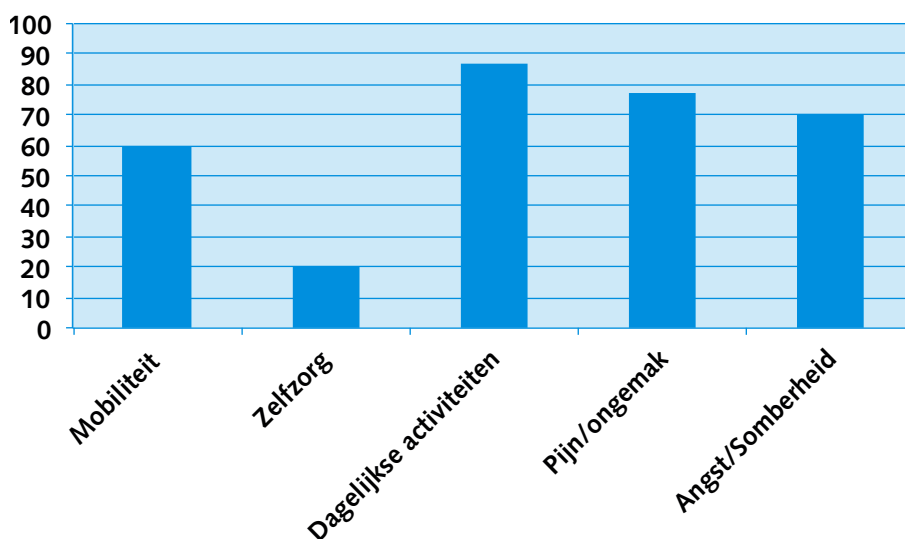
Tabel 1. Kenmerken van mensen die een 'welzijnsrecept' ontvingen (N=59)

Sociodemografische kenmerken	
Aantal vrouw (%)	41 (70%)
Gemiddelde (SD) leeftijd in jaren	59 (15)
Klinische kenmerken	
Percentage eenzaam	39%
Percentage depressief	20%
Percentage angstig	10%
Gemiddelde (SD) MHC-SF	2.76 (1.1)
Gemiddelde (SD) EQ-5D-5L	0.68 (0.2)
Zorggebruik	
Gemiddeld aantal contacten met de huisarts (SD)*	4 (3.7)
Aantal gebruik Antidepressivum (%)	11 (19%)
Aantal gebruik Benzodiazepine (%)	12 (20%)
Contact met de welzijnscoach	46 (78%)
Aantal deelnemende patiënten welzijnsarrangement (%)	29 (49%)

* (Telefonische)consulten en/of visites in de 3 maanden voorafgaand aan de verwijzing

Van alle mensen die een welzijnsrecept kregen en hun gezondheidstoestand hadden gewaardeerd met de EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L) (Herdman e.a., 2011), gaf meer dan een derde (40%) aan matige tot ernstige problemen met de mobiliteit en dagelijkse activiteiten te hebben. Meer dan de helft van de mensen (60%) gaf aan matige tot ernstige pijn/klachten te hebben en bijna de helft (47%) matige tot ernstige stemmingsklachten. De meeste mensen (80%) gaven aan geen problemen met de zelfzorg te hebben. In figuur 1 staat het percentage mensen dat een probleem rapporteerde, dat kan variëren van een beetje tot ernstige problemen of niet in staat om bijvoorbeeld dagelijkse activiteiten uit te voeren.

Figuur 1. Percentage mensen dat een probleem rapporteerde

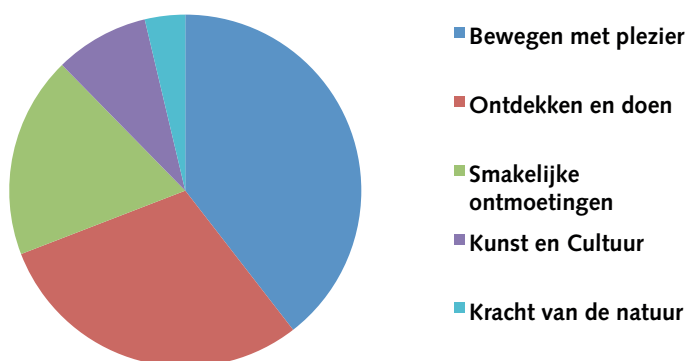


Keuze welzijnsarrangement

Nadat mensen een welzijnsrecept ontvingen bleek na verloop van tijd dat zij lang niet altijd gemotiveerd waren om meteen deel te nemen aan een arrangement. Daarom werd de mogelijkheid gecreëerd één of twee gesprekken met een welzijnscoach in het gezondheidscentrum De Roerdomp of het nabijgelegen Buurtplein te hebben (MOvector transformeert haar buurthuizen naar buurtpleinen. Een Buurtplein is het sociale verkeersplein van de wijk met een moderne uitstraling en een multifunctioneel karakter). De gesprekken met de welzijnscoach hadden tot doel met de mogelijk deelnemer te bespreken hoe zijn ervaren kwaliteit van leven verbeterd kon worden met behulp van een welzijnsarrangement en welk arrangement dan het beste aansloot op de behoefte en mogelijkheden. Van de mensen die een 'Welzijn op recept' ontvingen hadden 46 (78%) contact met de welzijnscoach en namen er van alle mensen uiteindelijk 29 (49%) daadwerkelijk deel aan een activiteit van een arrangement.

De deelnemers kozen het vaakst voor het arrangement 'Ontdekken en doen' en 'Bewegen met plezier', respectievelijk 32% en 24% van de deelnemers. De arrangementen 'Smakelijke Ontmoetingen', 'Kunst & Cultuur' en 'Natuur' werden minder vaak gekozen, respectievelijk 15%, 7% en 3%. De reden dat het arrangement 'Smakelijke Ontmoetingen' minder vaak gekozen werd heeft mogelijk te maken met het feit dat de keuken in toen nog het buurtcentrum de eerste maanden van de pilot verbouwd werd. De activiteiten binnen de arrangementen konden zowel binnen als buiten de welzijnsorganisatie MOvector uitgevoerd worden. Zo kozen mensen bij 'Ontdekken en doen' bijvoorbeeld voor vrijwilligerswerk bij MOvector of kozen ervoor elders vrijwilligerswerk te doen en werden daar naartoe bemiddeld, of bij 'Bewegen met plezier' kozen ze een activiteit als 'Meer bewegen voor Ouderen' binnen MOvector of bemiddelde de welzijnscoach naar een specifiek aanbod in het zwembad. Bijna een kwart van de deelnemers (38%, n=11) koos een combinatie van 2 of 3 arrangementen. Het arrangement 'Lichaam & Geest' met activiteiten zoals yoga of tai chi werd door geen van de deelnemers gekozen, mogelijk als gevolg van fysieke beperkingen. Van de 29 deelnemers stopten er 11 binnen drie maanden vanwege diverse redenen zoals overlijden, verhuizing, werk, niet gemotiveerd. Van het totaal aantal deelnemers namen 14 patiënten (48%) langer dan 6 maanden deel aan een arrangement.

Keuze arrangement



Zorggebruik en medicatiegebruik

De mensen die een 'Welzijn op recept' ontvingen hadden gemiddeld 4 (telefonische) consulten en/of visites in de 3 maanden voorafgaand aan de verwijzing (Tabel 1). Vergeleken met de registratie van het NIVEL was het aantal contacten van verwezen mensen met de huisarts vrij hoog. Uit de NIVEL-registratie bleek namelijk dat in 2012 patiënten gemiddeld ongeveer 4 contacten *per jaar* hadden met de huisarts, waarbij de contacten naast (telefonische)consulten en/of visite ook contacten voor herhaalrecepten betrof.

Van de mensen die een welzijnsrecept ontvingen gebruikten 11 een antidepressivum (19%) (Tabel 1). Dat percentage was hoger dan het gebruik van antidepressiva van de totale patiëntenpopulatie van gezondheidscentrum De Roerdomp, dat in 2012 op bijna 5%⁵ lag. Van de patiënten die een welzijnsrecept kregen gebruikten 12 patiënten benzodiazepine (20%) (Tabel 1). Dat percentage was iets hoger dan het gebruik van benzodiazepine van de totale patiëntenpopulatie van gezondheidscentrum De Roerdomp, dat in 2012 lag op bijna 16%¹. Omdat de meeste mensen later dan de ontvangstdatum van het welzijnsrecept starten met deelname aan een welzijnsarrangement was het niet mogelijk om eventuele veranderingen in het zorggebruik en medicatiegebruik te rapporteren.

Welbevinden en kwaliteit van leven

Om eventuele verandering in welbevinden en kwaliteit van leven vast te stellen was het de bedoeling dat de deelnemers twee vragenlijsten zouden invullen, de MHC-SF en de EQ-5D, voor deelname aan een welzijnsarrangement, en na 3 en 6 maanden. Welbevinden is gemeten met de Mental Health Continuüm Short Form (MHC-SF) (Lamers e.a., 2011). De MHC-SF meet de positieve geestelijke gezondheid. De MHC-SF omvat drie kerncomponenten van welbevinden, namelijk emotioneel welbevinden (levenstevredenheid en positieve gevoelens), psychologisch welbevinden (optimaal persoonlijk functioneren) en sociaal welbevinden (optimaal maatschappelijk functioneren), die gezamenlijk de totale positieve geestelijke gezondheid weergeven. Van de mensen die een 'Welzijn op recept' ontvingen vulden 28 bij aanvang de vragenlijst in (47%), op drie maanden na verwijzing vulden 20 mensen de vragenlijst in (34%) en op zes maanden na verwijzing 14 (24%). Mensen die een 'Welzijn op recept' ontvingen en de vragenlijst invulden scoorden gemiddeld 2.76 (standaarddeviatie 1.1) op de MHC-SF. De gemiddelde score in de Nederlandse bevolking voor positieve geestelijke gezondheid is 2.98 (Lamers e.a., 2011). Dit betekent dat de positieve geestelijke gezondheid van de mensen die verwezen zijn naar 'Welzijn op recept' vergelijkbaar is met die in de algehele bevolking.

De kwaliteit van leven is gemeten met de EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L) (Herdman e.a., 2011). Met de EQ-5D-5L wordt de eigen gezondheidstoestand gewaardeerd op 5 dimensies: mobiliteit, zelfzorg; dagelijkse activiteiten, pijn/klachten en stemming. De waardering voor een gezondheidstoestand gaat uit van de waarde 1. Zodra iemand aangeeft dat er problemen zijn op een van de dimensies vermindert de waarde voor diens gezondheidstoestand. Waardering 1 staat voor volledige gezondheid en 0 staat voor een slechte gezondheid. Van de mensen die een 'Welzijn op recept' ontvingen hebben 30 bij aanvang de vragenlijst ingevuld (51%), op drie maanden hebben 22 mensen de vragenlijst ingevuld (37%) en op drie maanden 16 (27%). Voor deelname aan een arrangement was de gemiddelde waarde op de EQ-5D-5L 0.68 (n=30) (Tabel 1). Er is nog geen onderzoek gedaan naar de gemiddelde EQ-5D-5L score in de algehele Nederlandse bevolking.

In de praktijk bleek dat niet alle deelnemers meteen nadat zij een welzijnsrecept ontvingen deelnamen aan een activiteit, waardoor de meting op 3 en 6 maanden niet synchroon liep met 3 of 6 maanden deelname aan een activiteit. Hierdoor en vanwege uitval van deelname en de lage respons op de vragenlijsten is het niet mogelijk het effect van het welzijnsrecept op welbevinden en kwaliteit van leven in deze pilot vast te stellen.

Evaluatie patiënten deelname welzijnsarrangement

De evaluatie van deelname aan de welzijnsarrangementen werd uitgevoerd door de welzijnsorganisatie MOvector. Van de 29 deelnemers hebben 17 een evaluatieformulier ingevuld. Zij gaven gemiddeld een 8 voor deelname aan een welzijnsarrangement (SD 1.2), het minimum cijfer was een 6 en maximum een 10. Deelnemers waren overwegend positief en noemden onder andere: "fijn om iets voor iemand te kunnen betekenen"; "een duwtje in de rug was prettig"; "dankzij de activiteit uit een dip gekomen"; "botst qua karakter soms met anderen"; "een schot in de roos".

⁵ Het betreft de Roerdomp-populatie van de apotheek, dat betekent dat dit inclusief ongeveer 10% patiënten van andere huisartsen is.

Discussie

Van december 2011 tot maart 2013 werden er 59 welzijnsrecepten uitgeschreven, meestal door huisartsen. Door de uitvoering van de pilot is een duidelijk beeld verkregen van de doelgroep die een welzijnsrecept ontvangen heeft. Van de mensen die een 'Welzijn op recept' ontvingen was bijna drie kwart vrouw en zij hadden een gemiddelde leeftijd van 59 jaar. De meest voorkomende geregistreerde problemen op basis waarvan een 'Welzijn op recept' werd uitgeschreven waren eenzaamheid, depressie en angst. Verder had meer dan een derde matige tot ernstige problemen met de mobiliteit en de dagelijkse activiteiten, en meer dan de helft matige tot ernstige pijn/klachten. Verder was er bij de verwezen mensen sprake van een gemiddeld hoger aantal contacten met de huisarts ten opzichte van het landelijk gemiddelde aantal contacten met de huisarts. Eveneens was het antidepressiva en benzodiazepine gebruik bij de mensen die een welzijnsrecept ontvingen hoger dan het gemiddelde gebruik van de populatie van gezondheidscentrum De Roerdomp. Bij de verwezen mensen was sprake van forse multi problematiek, terwijl in oorsprong het welzijnsrecept ook bedoeld was voor mensen met lichtere klachten.

Van de mensen die een welzijnsrecept ontvingen maakte bijna de helft actief gebruik van een welzijnsarrangement, mede dankzij de inzet van een welzijnscoach. De pilot laat verder zien dat deelnemers de activiteiten positief waardeerden.

Om een indicatie van het effect op deelnemer uitkomsten vast te kunnen stellen, wordt een voor- en nameting aanbevolen met een looptijd van een jaar. Waarbij van belang is mensen te motiveren voor deelname aan onderzoek en het invullen van vragenlijsten. De voormeting kan pas starten wanneer zeker is dat een persoon gaat deelnemen aan 'Welzijn op recept'. Gedurende deelname wordt getracht uitval te voorkomen.

Om het effect van 'Welzijn op recept' vast te stellen op (kosten)effectiviteit is een meer robuust onderzoeksdesign nodig, zoals een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoeksdesign. Voor het verkrijgen van meer inzicht over de waarde van het welzijnsrecept voor deelnemers wordt aanbevolen om naast kwantitatief onderzoek, kwalitatief onderzoek uit te voeren. Verder is uit de pilot gebleken dat meer kennis nodig is over voor wie 'Welzijn op recept' geschikt is. Immers meer mensen zijn verwezen dan werkelijk deelnamen en mensen met lichtere klachten, voor wie 'Welzijn op recept' ook bedoeld is, zijn niet verwezen. Daarnaast is kennis nodig over wat mensen (met multiproblematiek) nodig hebben om deel te kunnen nemen aan een welzijnsarrangement.

