



**rijksuniversiteit
groningen**

Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen

Een 'Mixed-method' analyse naar de effecten van en ervaringen met
Welzijn op Recept

Masterscriptie Sociologie Rijksuniversiteit Groningen

Auteur: Else van Dijk
S3221059
e.van.dijk.14@student.rug.nl

Begeleider: Dr. R.C. Smaniotto
Docent Sociologie

Referent: Prof. Dr. N. Steverink
Adjunct hoogleraar, Sociologie

Maart 2022

Samenvatting

Welzijn op Recept is een interventie die onder andere in de gemeente Midden-Groningen wordt ingezet om mensen met psychosociale klachten op een laagdrempelige manier te ondersteunen. Dit wordt gedaan door welzijnscoaches door op zoek te gaan naar een passende welzijnsactiviteit die aansluit bij de behoeften van een deelnemer. In deze studie verken ik wat de effecten en ervaringen zijn van de interventie in de gemeente Midden-Groningen. Tevens bestudeer ik de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om Welzijn op Recept voor een deelnemer tot een succes te maken.

Welzijn op Recept is gebaseerd op de uitgangspunten van *positieve psychologie* en *positieve gezondheid*, die beide uitgaan van een bredere kijk op gezondheid. Aan de hand van de *Zelfmanagement van Welbevinden theorie* onderbouw ik *hoe* en *waarom* Welzijn op Recept werkt en bij kan dragen aan het welbevinden van deelnemers. Het is echter niet vanzelfsprekend dat Welzijn op Recept voor deelnemers een succes is. Er zijn namelijk een aantal fasen waar het 'mis' kan gaan waardoor de deelnemer überhaupt niet bij het programma terecht komt, gedurende het traject uitvalt of geen verhoogd gevoel van welbevinden ervaart. Daarom onderscheid ik op basis van wetenschappelijke literatuur een vijftal voorwaarden waarmee de kans op succes voor de deelnemer kan worden vergroot.

Voor dit onderzoek heb ik gekozen voor een 'Mixed-method'-analyse, met een kwantitatief en kwalitatief deel. De functie van het kwalitatieve gedeelte is om de kwantitatieve bevindingen beter te kunnen interpreteren en verklaren om daarmee inzicht te krijgen in de processen die schuil gaan achter de cijfers. In het kwantitatieve deel onderzoek ik de effecten van Welzijn op Recept. De data hiervoor werden verzameld door de welzijnscoaches, die de deelnemers van Welzijn op Recept begeleiden. Hiervoor dienden de deelnemers vóór en na de inzet van de interventie op een schaal van één tot tien een beoordeling te geven aan de zes dimensies van het Spinnenweb van *positieve gezondheid* (n=47). De verschillen tussen de voor- en nameting toets ik aan de hand van afhankelijke *t*-toetsen. In het kwalitatieve deel ligt de nadruk op de vragen wat de subjectieve ervaringen zijn met Welzijn op Recept, wat voor invloed het heeft op de levens van de deelnemers en wat de eerder genoemde succesvoorwaarden zijn om de interventie voor de deelnemer te doen slagen. Hiervoor heb ik interviews afgenomen met deelnemers (n=5) en verwijzers (n=2) van Welzijn op Recept en heb ik een focusgroep gehouden met de vier welzijnscoaches van de gemeente Midden-Groningen.

De kwantitatieve resultaten laten zien dat deelnemers een hogere waardering toekennen aan de zes dimensies van *positieve gezondheid* nadat zij het traject hebben voltooid. Dit is lijn met de kwalitatieve analyses, waaruit blijkt dat de betrokkenen positieve ervaringen hebben met Welzijn op Recept. Bij de gesprekken komt voornamelijk naar voren dat het welbevinden van deelnemers wordt bevorderd door het *proces* dat de deelnemers doormaken, en niet alleen door de activiteit die wordt

ingezet. De zelfmanagementvaardigheden die deelnemers gedurende het traject ontwikkelen spelen hierbij een cruciale rol. Daarnaast kunnen op basis van de gesprekken een elftal specifieke voorwaarden voor succes worden onderscheiden die eraan bijdragen dat een deelnemer instroomt, het traject voltooit en een hoger niveau van welbevinden ervaart. Hierbij is zowel een rol weggelegd voor verwijzers, welzijnscoaches als deelnemers.

Op basis van de onderzoeksresultaten valt te concluderen dat deelnemers zich door Welzijn op Recept beter voelen, meer vertrouwen hebben in de toekomst, meer genieten van het leven en meer contact hebben met andere mensen. Dit wijst erop dat Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen werkt en van toegevoegde waarde is. Het lijkt er echter op dat er nog winst valt te behalen aan de bekendheid van de interventie bij zowel verwijzers als potentiële deelnemers. In lijn hiermee is de belangrijkste aanbeveling voor de gemeente dan ook om na te denken over de manier waarop ze Welzijn op Recept verder uit willen dragen en op welke manier ze willen investeren in de integratie van Welzijn op Recept in werkprocessen van de verwijzers en de huisartsenpraktijken.

Voorwoord

Na in juni 2020 de Bachelor Sociologie afgerond te hebben, startte ik in september 2020 met de Master Sociologie in de richting van Gezondheid, Zorg en Welzijn. Het was voor mij een tijd om me te verdiepen in de sociale omgeving, pro-sociaal gedrag en beleid. In het bijzonder was ik geïnteresseerd in theorieën over de vraag hoe sociale en maatschappelijke ontwikkelingen zich verhouden tot gezondheid en welzijn. Een groot deel van de masteropleiding bestaat uit een stage en scriptietraject. Voor mijn stage kwam ik terecht bij Onderzoeksbureau ZorgfocuZ. Dit is een onderzoeksbureau in de zorg- en welzijnssector en het sociale domein. Ze bieden inzicht in prestaties en ervaringen van organisaties en hebben een adviserende functie om de effectiviteit en kwaliteit te verbeteren. Hier mocht ik me gedurende mijn stage als lid van Team Dataverzameling en Rapportage bezighouden met voorbereidende werkzaamheden, dataverzameling en analyse & rapportage. Hier heb ik geleerd hoe het uitvoeren van onderzoek er in de praktijk aan toe gaat en me onder andere mogen ontwikkelen in mijn onderzoeks- en communicatievaardigheden. Het was een leuke, bijzondere, zeer leerzame en waardevolle periode. Waar ik ontzettend dankbaar voor ben, is dat ik na mijn stage de mogelijkheid kreeg om me verder te ontwikkelen bij ZorgfocuZ. De afgelopen tijd heb ik met veel plezier gewerkt bij ZorgfocuZ en dit hoop ik in ieder geval het komende jaar ook nog te doen.

Via een collega van ZorgfocuZ kwam ik in contact met Femke van Oudenaarden, projectleider van Zorg Nabij bij de gemeente Midden-Groningen. Hier lag de vraag wat de effecten zijn van het programma Welzijn op Recept, dat in de gemeente aangeboden wordt. In samenspraak zijn we tot een plan gekomen om hier mijn masterscriptie aan te wijden, welke nu voor u ligt.

Deze scriptie is tot stand gekomen in prettige samenwerking met een aantal mensen die ik graag wil bedanken. Vanuit de Rijksuniversiteit van Groningen was Dr. Rita Smaniotto nauw betrokken als scriptiebegeleider. Graag wil ik je hartelijk danken voor het meedenken, je kritische oog, je betrokkenheid en je suggesties en tips gedurende het traject. Dit heeft mij heel erg geholpen om de scriptie op inhoudelijk en uitvoerend vlak vorm te geven. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Prof. Dr. Nardi Steverink, die voornamelijk bij de begin- en eindfase betrokken was als referent om de scriptie naar een hoger niveau te tillen. Tevens wil ik mijn dank uitspreken naar Femke van Oudenaarden, die betrokken was vanuit de gemeente Midden-Groningen. Bedankt voor de bijzondere kans om dit onderzoek voor jullie uit te voeren en daarnaast voor je betrokkenheid, enthousiasme en steun.

In het bijzonder gaat mijn dank uit naar alle participanten (deelnemers, verwijzers en welzijnscoaches van Welzijn op Recept) die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt. Jullie ervaringen hebben de basis gevormd voor deze scriptie. Daarnaast ben ik dankbaar voor Henry, mijn

familie, vrienden en collega's bij ZorgfocuZ die mij gedurende het traject steunden, bemoedigden en het vertrouwen gaven om het traject te voltooien en tot een goed einde te brengen.

Het schrijven van een scriptie is een intensief traject met pieken en dalen. Hierdoor heb ik me zowel op professioneel als persoonlijk gebied in een aantal zaken kunnen ontwikkelen. Gedurende het traject heb ik bijvoorbeeld geleerd hoe je wetenschappelijke kennis toe kunt passen in de praktijk. Daarnaast was het ontzettend leerzaam om zelf participanten te interviewen en een focusgroep te organiseren om data te verzamelen. Ook heb ik geleerd om in mogelijkheden te denken en alles kritisch te overdenken. Tot slot ben ik persoonlijk gegroeid in mijn doorzettingsvermogen en flexibiliteit. Voor dit alles ben ik heel erg dankbaar. Bedankt voor alle betrokkenen die dit mede mogelijk hebben gemaakt!

Groningen, maart 2022

Inhoudsopgave

1. Inleiding en probleemstelling	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Bestaande inzichten over Welzijn op Recept	10
1.3 Vraagstellingen	12
1.3.1 Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen	12
1.3.2 Voorwaarden voor succes	13
1.4 Wetenschappelijke relevantie	14
1.5 Maatschappelijke relevantie	15
1.5.1 Het veranderende denken over ziekte en zorg	15
1.5.2 De transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving en de rol van individualisering	16
1.5.3 Medicalisering	18
2. Theoretisch kader	21
2.1 Achtergrond en beschrijving van de interventie	21
2.1.1 Doelen Welzijn op Recept	22
2.1.2 Doelgroep Welzijn op Recept	23
2.2 Theoretische inbedding van Welzijn op Recept	24
2.2.1 Positieve psychologie	24
2.2.2 Positieve gezondheid	25
2.2.3 Zelfmanagement van Welbevinden (ZMW) theorie	27
2.2.4 Waarom bevordert Welzijn op Recept het welzijn van deelnemers?	31
2.3 Voorwaarden om Welzijn op Recept tot een succes te maken voor de deelnemer	34
2.4.1 De persoon komt terecht bij Welzijn op Recept	35
2.4.2 De welzijnscoach brengt de behoeften en hulpbronnen in kaart	36
2.4.3 De welzijnscoach weet wat de mogelijkheden zijn	37
2.4.4 De welzijnscoach komt tot een passende activiteit	37
2.4.5 De deelnemer vertoont het passende gedrag	38
2.4 Slotsom theoretisch kader	40
3. Kwantitatieve uitwerking: Effecten van Welzijn op Recept	41
3.1 Kwantitatieve methoden	41
3.1.1 Deelnemers aan het onderzoek en procedure	41
3.1.2 Operationalisatie	43

3.1.3	Statistische analyseopzet	43
3.2	Kwantitatieve resultaten	44
3.2.1	Verschillen tussen de voor- en nameting.....	44
3.2.2	Verschillen tussen de voor- en nameting bij mannen en vrouwen.....	45
3.2.3	Verschillen tussen de voor- en nameting bij 65-minners en 65-plussers	46
3.3	Slotsom effecten Welzijn op Recept	48
4.	Kwalitatieve uitwerking: Ervaringen met en succesvoorwaarden voor Welzijn op Recept.....	49
4.1	Kwalitatieve methoden	49
4.1.1	Rechtvaardiging van de methode.....	49
4.1.2	Selectie en werving van de participanten	51
4.1.3	Operationalisatie	52
4.1.3.1	Interviewschema's deelnemers en verwijzers	52
4.1.3.2	Discussiegids welzijnscoaches	54
4.1.4	Verloop van de dataverzameling.....	55
4.1.5	Data-analyse	56
4.1.6	Ethische overwegingen	58
4.1.7	Wetenschappelijke zorgvuldigheid (trustworthiness)	60
4.2.	Kwalitatieve resultaten	62
4.2.1	Introductie participanten	62
4.2.1.1	Introductie van de deelnemers	63
4.2.1.2	Introductie van de verwijzers.....	63
4.2.1.3	Introductie van de welzijnscoaches	63
4.2.2	Subjectieve ervaringen Welzijn op Recept.....	64
4.2.2.1	Subjectieve ervaringen Welzijn op Recept.....	64
4.2.2.2	De invloed van Welzijn op Recept op het zorggebruik van deelnemers.....	68
4.2.3	Voorwaarden voor succesvolle afronding van het traject	70
4.2.3.1	De rol van de verwijzer	70
4.2.3.2	De rol van de welzijnscoach	72
4.2.3.3	De rol van de deelnemer	76
4.2.4	Slotsom: Waarom is Welzijn op Recept effectief?	78
4.2.4.1	Waarom bevordert Welzijn op Recept het welbevinden van deelnemers?	78
4.2.4.2	Wat zijn de voorwaarden om Welzijn op Recept voor een deelnemer tot een succes te maken?	80
5.	Discussie en conclusie	83
5.1	Belangrijkste bevindingen en beantwoording onderzoeksvragen.....	83

5.2 Sterke punten en beperkingen.....	86
5.3 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	88
5.4 Aanbevelingen voor de gemeente Midden-Groningen	89
5.5 Conclusie.....	91
6. Literatuur	93
Bijlage 1: Beschrijving van de variabelen	100
1.1 Pijlers van de positieve gezondheid	100
1.1.1 Lichaamsfuncties	100
1.1.2 Mentaal welbevinden.....	101
1.1.3 Zingeving.....	102
1.1.4 Kwaliteit van leven	103
1.1.5 Meedoen	104
1.1.6 Dagelijks functioneren.....	105
1.2 Geslacht.....	106
1.3 Leeftijd.....	107
Bijlage 2: Bivariate relaties en hypothesetoetsing.....	109
2.1 Bivariate statistieken	109
2.1.1 Associatie tussen de continue variabelen	109
2.1.2 Associatie tussen dichotome variabele en continue variabelen	111
2.2 Extra analyses hypothesetoetsing.....	115
2.2.1 Extra analyses verschil tussen mannen en vrouwen.....	115
2.2.2 Extra analyses verschil tussen leeftijdsgroepen.....	118
Bijlage 3: Controle van de assumpties	121
Bijlage 4: Geïnformeerde toestemming	123
4.1 Formulier deelnemers	123
4.2 Formulier verwijzers.....	124
4.3 Formulier welzijnscoaches	125
Bijlage 5: Interviewschema's en discussiegids	126
5.1 Interviewschema deelnemers	126
5.2 Interviewschema verwijzers.....	129
5.3 Discussiegids focusgroep welzijnscoaches	131
Bijlage 6: Codeboek.....	135

1. Inleiding en probleemstelling

1.1 Inleiding

Momenteel zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen gaande in de samenleving. Ten eerste verandert de klassieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker in een participatiesamenleving. Hiermee wordt van iedereen die dat kan gevraagd om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving (van der Borg, 2017). Als we kijken naar de gezondheidszorg, betekent dit een transitie van verzorgd worden naar meer eigen verantwoordelijkheid. In lijn met deze transitie, is er ook een verandering waar te nemen in het denken over gezondheid, ziekte en zorg. Waar eerst de focus werd gelegd op ziekte en zorg, wordt tegenwoordig met een bredere blik naar gezondheid gekeken (RvZ, 2010). Daarnaast is er een ontwikkeling waar te nemen waarbij de samenleving steeds meer aan het medicaliseren is, waarbij het menselijke bestaan steeds meer wordt gezien vanuit het oogpunt van gezondheid en ziekte (Conrad, 2005).

Naast deze drie ontwikkelingen op maatschappelijk niveau, is er op individueel niveau waar te nemen dat er tegenwoordig steeds meer mensen te kampen hebben met psychosociale problematiek. Hierbij valt te denken aan somberheid, angst, piekeren, vastlopen in het leven of eenzaamheid. Onderzoek van het Nivel (de Beurs et al., 2018) laat zien dat waar in 2011 twaalf procent van de volwassen patiënten bij de huisarts kwam met psychische of sociale klachten, dit percentage in 2017 is gestegen naar achttien procent. Het ziet er naar uit dat mensen meer zorg nodig hebben óf dat de zorg voor psychische en sociale klachten bij de huisarts laagdrempeliger is geworden (de Beurs et al., 2018).

De 'oplossing' voor deze ontwikkelingen op zowel maatschappelijk als individueel niveau wordt de laatste tijd mede gezocht in de ondersteuning van het welzijn van mensen. Een voorbeeld van zo'n welzijnsinterventie is Welzijn op Recept, die in deze thesis centraal staat. Dit is een interventie die gemeenten in samenwerking met huisartsenpraktijken inzetten om mensen met psychosociale klachten te ondersteunen. Hieronder zal ik toelichten op welke manier Welzijn op Recept past bij de toenemende psychosociale problematiek. Aan het einde van dit hoofdstuk zal ik dieper ingaan op de maatschappelijke ontwikkelingen die aansluiten bij dit onderzoek en Welzijn op Recept.

Wanneer iemand met psychosociale klachten bij de huisarts komt, kan de huisarts in het algemeen vaak twee dingen doen. Ten eerste kan de huisarts dergelijke klachten scharen onder psychische problematiek. In dit geval wordt een behandeling gestart met medicatie of wordt iemand doorverwezen naar psychologische zorg. Bij diegenen waar er echt sprake is van (ernstige) psychische problemen, zal zo'n behandeling zijn vruchten afwerpen. Maar een professionele behandeling in de psychologische zorg blijkt niet voor alle ('lichte') klachten die psychisch van aard

zijn noodzakelijk waardoor mensen met de klachten rond blijven lopen (Mesman et al., 2020). In dat geval is een professionele behandeling eigenlijk niet nodig, waardoor de behandeling te zwaar is met het gevolg dat het niet aansluit bij de klachten die iemand ervaart en daarmee niet effectief is. Daarnaast zijn er veel mensen die eigenlijk geen professionele hulp willen ontvangen (Walters et al., 2008), waardoor de interventie ook niet effectief zal zijn. Ten tweede kan de huisarts de klachten bestempelen als onduidelijke medische klachten. Patiënten worden dan vaak zonder oplossing of doorverwijzing naar huis gestuurd en blijven rondlopen met de klachten. Omdat de klachten bij zowel de patiënten waarvoor psychologische zorg niet passend is als de patiënten wier klachten worden bestempeld als onduidelijke medische klachten, niet verdwijnen, zullen ze opnieuw bij de huisarts komen. Hiermee blijft de belasting van de eerstelijnszorg groot.

Door de 'oplossing' voor dit soort problematiek mede te zoeken in de ondersteuning van het welzijn, worden mensen niet alleen medisch-inhoudelijk behandeld, waardoor de kans kleiner is dat zij verstrikt raken in klacht- en ziektegericht denken. Daarentegen wordt er breder gekeken en wordt er gericht op het vergroten van het welbevinden. In dit licht wordt gekeken naar wat mensen zelf belangrijk vinden, waar ze zelf mee aan de slag willen en wat praktisch mogelijk is om iemand bijvoorbeeld weer onder de mensen te krijgen of vrijwilligerswerk op te laten pakken. Op deze manier wordt de problematiek uit het medische spectrum gehaald en in de directe sociale omgeving van de deelnemer behandeld. Dergelijke welzijnsinterventies blijken vaak effectief te zijn om het welbevinden van de desbetreffende persoon een impuls te geven en daarmee de klachten te doen verminderen (Welzijn op Recept, z.j.-a). Hierbij dient opgemerkt te worden dat dergelijke interventies niet in alle gevallen toepasbaar zijn. Het gaat namelijk voornamelijk om 'lichte' psychosociale klachten.

Welzijn op Recept is dus een voorbeeld van een dergelijke welzijnsinterventie die kan worden ingezet om mensen met 'lichte' psychosociale klachten te helpen. Wanneer alle somatische oorzaken voor de ervaren klachten zijn uitgesloten door de huisarts, wordt een patiënt doorverwezen naar een welzijnscoach. Vervolgens gaan de patiënt en de welzijnscoach in gesprek met elkaar om samen op zoek te gaan naar een passende oplossing voor het probleem. Het gaat dus om een maatwerkvoorziening waarbij gezocht wordt naar een passende welzijnsactiviteit die aansluit bij de behoeften van de deelnemer. Er kan worden gedacht aan creatieve, sportieve of sociale activiteiten om het welbevinden van de deelnemer te bevorderen (Welzijn op Recept, z.j.-b).

1.2 Bestaande inzichten over Welzijn op Recept

De interventie Welzijn op Recept heeft rond 2010 zijn intrede gedaan in Nederland. In de ongeveer tien jaar dat Welzijn op Recept toegepast wordt in Nederlandse gemeenten, zijn er een aantal

onderzoeken gedaan die betrekking hebben op de interventie. Zo zijn er een aantal onderzoeken uitgevoerd die aan de hand van bepaalde indicatoren het programma evalueren. Hierbij gaat het om indicatoren als het aantal verwijzingen naar de welzijnscoaches, de reden voor de verwijzing of het percentage deelnemers dat drie of zes maanden na de verwijzing nog deelneemt aan de activiteiten die hen zijn toegewezen (Annegarn, 2016; Kamphuis, 2015; Reijnen, 2017; Vissers, 2015). Daarnaast is er zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan naar de effecten van de interventie in Nederland. Deze resultaten wijzen in het algemeen op positieve effecten van het programma.

Zo blijkt uit een kwantitatief onderzoek van Roseboom en Kloosterman (2016) naar het effect van het programma in de wijk Lewenborg in Groningen dat 79 procent van de deelnemers erop vooruit is gegaan als er wordt gekeken naar een zestal 'pijlers van geluk' ('positief denken', 'zinnvol leven', 'bewust leven en genieten', 'interactie met anderen', 'gezondere leefstijl' en 'geluk delen') (Walburg, 2008). Als er wordt gekeken naar de resultaten van een voor- en nameting, scoren personen die hebben deelgenomen gemiddeld minimaal een halve punt hoger op vijf van de zes pijlers. Op basis hiervan kan worden gesteld dat het erop lijkt dat de kwaliteit van leven voor de deelnemers aan het programma is toegenomen (Roseboom & Kloosterman, 2016).

Daarnaast duidt een kwantitatief onderzoek naar Welzijn op Recept in Delft ook op een positief effect (Vissers, 2015). Uit een voor- en nameting op basis van een vragenlijst om het welbevinden te meten, blijkt dat het welbevinden en de kwaliteit van leven onder de deelnemers flink is toegenomen. Deelnemers scoren namelijk bij het voor de tweede keer invullen van de vragenlijst gemiddeld 28,2 punten hoger op schaal van 0-70 (de gemiddelde score voormeting bedroeg 28,4 en de gemiddelde score nameting was 56,6) (Vissers, 2015). Tevens geven alle deelnemers aan zich beter en gelukkiger te voelen en geven deelnemers aan zich te hebben ontwikkeld in een aantal vaardigheden, zoals initiatief nemen en zelfvertrouwen (Vissers, 2015).

Bovendien zijn er enkele kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd. Een evaluatieonderzoek naar Welzijn op Recept in Amsterdam waarbij medewerkers van huisartsenpraktijken geïnterviewd zijn, duidt ook op een positief effect van het programma op de deelnemers (Annegarn, 2016). Geïnterviewden noemen onder andere dat ze het gevoel hebben dat de deelnemers blijer zijn en beter in hun vel zitten. Bovendien geven zorgverleners aan dat ze het programma een goede aanvulling vinden op de huisartsenpraktijk, aangezien ze de patiënten waarvoor zij op medisch vlak niets kunnen betekenen met Welzijn op Recept toch iets kunnen bieden (Annegarn, 2016).

Tot slot is in Nieuwegein kwalitatief onderzoek gedaan naar het effect van het programma (Heijnders et al., 2015). In de resultaten op basis van tien interviews met deelnemers, komt onder andere naar voren dat deelnemers vooruitgang boeken op sociaal gebied, zoals nieuwe mensen leren kennen. Daarnaast blijkt dat deelnemers zich ontwikkelen in bepaalde vaardigheden. Voorbeelden

hiervan zijn dat ze meer eigen regie ervaren, positiever naar de toekomst kijken en zelfredzamer zijn (Heijnders et al., 2015).

1.3 Vraagstellingen

1.3.1 Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen

De gemeente Midden-Groningen is één van de ongeveer 110 gemeenten in Nederland waar Welzijn op Recept is geïmplementeerd (Welzijn op Recept, z.j.-c). Vanaf september 2017 is het programma actief in de gemeente. In 2019 is onderzoek gedaan naar de tot dan toe behaalde effecten van het programma in de gemeente (start in 2017 tot 1 juli 2019). Dit is gedaan op basis van de eerder genoemde 'zes pijlers van geluk', te weten 'positief denken', 'zinnig leven', 'bewust leven en genieten', 'interactie met anderen', 'gezondere leefstijl' en 'geluk delen' (Walburg, 2008). De deelnemers dienden in één van de eerste gesprekken met de welzijnscoach een cijfer tussen de één en de vijf te geven aan de zes verschillende pijlers. Dit werd opnieuw gedaan wanneer het traject werd afgesloten, om te beoordelen of het gevoel van welbevinden al dan niet was toegenomen (Welzijn op Recept Midden-Groningen, 2019). Hieruit bleek dat bij 61 procent van de deelnemers het gevoel van welbevinden was toegenomen, bij 29 procent stabiel gebleven was en dat bij tien procent het gevoel van welbevinden was gedaald. Daarnaast kwam naar voren dat personen zich na deelname aan het programma beter zelf konden redden en ze meer zelfvertrouwen hadden. Tevens was het zorggebruik gedaald en waren er minder doorverwijzingen naar de specialistische zorg. Daarbij gaven huisartsen aan dat de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en welzijn waardevol en zinvol is (Welzijn op Recept Midden-Groningen, 2019).

De gemeente Midden-Groningen wil graag meer inzicht in de effectiviteit van Welzijn op Recept. Onderzoek naar de effecten van het programma is van belang om te beoordelen of het beoogde doel – het verhogen van het welzijn van mensen met psychosociale klachten – wordt behaald. Tevens is het inzichtelijk maken van de effectiviteit van belang voor de structurele financiering en inbedding van Welzijn op Recept in de dagelijkse praktijk van zorg, welzijn, gemeente en zorgverzekeraar (Heijnders & Meijs, 2019). Voor de gemeente Midden-Groningen is dit in het bijzonder van belang aangezien onderzoek naar de effectiviteit van de interventie wellicht kan helpen bij de beslissing of de interventie structureel zal worden aangeboden in de gemeente.

Om een volledig beeld te krijgen van de effectiviteit van de interventie, zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens van belang. Met de kwantitatieve gegevens enerzijds kan de impact van Welzijn op Recept worden gemonitord. Anderzijds zijn de verhalen van mensen achter deze cijfers nodig om te laten zien op welke manier de ondersteuning een verschil kan maken in het leven van een persoon en waarom (ZorgenZ, 2019). De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek

kunnen laten zien hoe deelnemers Welzijn op Recept hebben ervaren en wat het hen heeft opgeleverd. Tevens kunnen de resultaten inzicht bieden in *op welke manier* Welzijn op Recept werkt en *waarom* het werkt. Met deze kennis tezamen kan vervolgens worden beoordeeld wat de effectiviteit van Welzijn op Recept is en wat daarbij voor de deelnemers écht van waarde is, hoe zij de interventie hebben ervaren en wat de interventie heeft betekend voor de deelnemers en hun zorggebruik.

Op basis van bovenstaande kunnen de eerste twee onderzoeksvragen worden geformuleerd, waarbij de eerste vraag kwantitatief wordt onderzocht en de tweede vraag kwalitatief:

1. *“Wat is het effect van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen op het welbevinden van de deelnemers?”*
2. *“Wat zijn de subjectieve ervaringen met Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen? Wat voor invloed heeft het op de levens van de deelnemers en hun zorggebruik?”*

1.3.2 Voorwaarden voor succes

Naast het in kaart brengen van de effecten van Welzijn op Recept en de ervaringen van betrokkenen, is het belangrijk om inzicht te verkrijgen wat voorwaarden zijn waaraan voldaan moet worden om de interventie een kans van slagen te geven. Deze kennis zal namelijk duidelijk maken welke factoren in de praktijk belangrijk blijken te zijn om de kans op het succes van Welzijn op Recept zo groot mogelijk te maken. Het gaat dan om condities die belangrijk zijn bij de verschillende fasen van het traject, namelijk dat deelnemers instromen bij Welzijn op Recept, het traject voltooien en ook daadwerkelijk een hoger niveau van welbevinden ervaren. Hierbij spelen zowel de verwijzers, welzijnscoach als deelnemer een rol. Concrete voorbeelden van zulke voorwaarden zijn namelijk dat een patiënt überhaupt wordt doorverwezen naar de Welzijn op Recept, dat de welzijnscoach in staat is in kaart te brengen wat de deelnemer graag wil, dat er een passende activiteit is die bij de behoefte(n) van de deelnemer aansluit en dat de deelnemer gemotiveerd is om het traject te doorlopen (Heijnders & Meijs, 2019). Inzicht in deze voorwaarden is van belang om te kunnen beoordelen welke aspecten van de interventie niet of minder goed zijn toegepast in de praktijk, waardoor deelnemers niet worden verwezen, gedurende het traject uitvallen of niet het gewenste resultaat bereiken.

Bovendien is inzicht in de voorwaarden voor succes van belang voor de borging van Welzijn op Recept voor de toekomst. Het borgen van een interventie gaat om het behoud ervan en dat het onderdeel wordt van de dagelijkse praktijk. Voor Welzijn op Recept betekent dit dat de goede en belangrijke onderdelen van het programma moeten worden behouden. Het onderzoeken van de voorwaarden is hiervoor belangrijk, aangezien deze kunnen worden gezien als belangrijke of zelfs

essentiële onderdelen van Welzijn op Recept. Deze kunnen dan vervolgens in concrete afspraken worden gegoten of er kan op in worden gespeeld om de kwaliteit van het programma te bewaken, waarmee ook de effectiviteit kan worden vergroot (Heijnders & Meijs, 2019).

Daarnaast is het bij onderzoek naar de effecten van een interventie van belang om erover na te denken of de effecten die worden gevonden daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan de desbetreffende interventie. In dit geval rijst dus de vraag óf er vastgesteld kan worden dat de mogelijke effecten die in onderzoek naar voren komen, zoals het verbeterde gevoel van welbevinden, het gevolg zijn van de interventie Welzijn op Recept of dat er andere externe factoren zijn die hebben bijgedragen aan deze effecten. Als dit zo is, zou de duiding van de bevindingen niet waterdicht zijn. Door de effecten van het programma nader te onderzoeken, zou deze duiding meer waterdicht kunnen worden. Tevens zorgt inzicht in de voorwaarden waaraan voldaan moet worden ervoor dat je ook meer zicht krijgt op de mogelijke bias in de eerdere uitkomsten. Bijvoorbeeld dat alleen patiënten met specifieke klachten worden doorverwezen, alleen gemotiveerde en therapietrouwe deelnemers de interventie voltooien of slechts deelnemers met bepaalde eigenschappen een verhoogd welbevinden ervaren.

Het bovenstaande leidt tot de volgende, derde onderzoeksvraag, waarbij ‘tot een succes te maken’ betekent dat iemand instroomt bij Welzijn op Recept, het traject voltooit én een verhoogd niveau van welbevinden ervaart:

3. *“Wat zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om Welzijn op Recept voor de deelnemer tot een succes te maken?”*

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Onderzoek naar de effecten van interventies is zeer belangrijk. Het biedt namelijk inzicht in de kwaliteit van een interventie en of de beoogde doelen ook daadwerkelijk worden bereikt. In het licht van Welzijn op Recept zijn, zoals eerder genoemd, zowel kwantitatieve gegevens uit de praktijk als ervaringsverhalen van professionals en deelnemers nodig, zodat duidelijk wordt of Welzijn op Recept impact heeft op het leven van deelnemers, en zo ja, waarom dit het geval is en op welke manier het impact heeft. Op basis hiervan kan worden beoordeeld of de interventie de gewenste effecten heeft en kan inzicht worden geboden in bepaalde verbeterpunten. Middels deze inzichten kunnen vervolgens aanbevelingen worden gedaan om de interventie te optimaliseren. Dit huidige onderzoek naar de effecten en ervaringsverhalen van deelnemers kan een aanzet zijn voor verbeteringen en structurele inzet in de toekomst voor het programma Welzijn op Recept in het algemeen en de gemeente Midden-Groningen in het bijzonder.

Daarnaast draagt het vraagstuk over de voorwaarden om het traject tot een succes te maken

voor de deelnemers bij aan de kennisontwikkeling over de kwaliteit van de interventie. In Nederland is inmiddels veel ervaring opgedaan met het werken met Welzijn op Recept. Zo hebben leden van de leergemeenschap van het Landelijke kennisnetwerk Welzijn op Recept in 2018 een inventarisatie gemaakt van de sterke en minder sterke kanten van Welzijn op Recept (Heijnders & Meijs, 2019; Welzijn op Recept z.j.-b). Hierbij is gekeken naar wat theoretisch gezien essentiële factoren zijn om het traject voor de deelnemer tot een succes te maken. Wat echter nog onbekend is, is welke factoren er daadwerkelijk toe doen in de praktijk en daarmee bijdragen aan de effectiviteit van Welzijn op Recept (Heijnders & Meijs, 2019). Het huidige onderzoek, waarbij de voorwaarden voor het succes van Welzijn op Recept empirisch in kaart worden gebracht, draagt bij aan deze kennisontwikkeling. Het biedt namelijk inzicht in welke aspecten van Welzijn op Recept niet of minder goed worden toegepast in de praktijk waardoor patiënten niet worden verwezen, gedurende het traject uitvallen of uiteindelijk niet een verhoogd niveau van welbevinden ervaren. Hierbij gaat het zowel om de rol van verwijzers en welzijnscoaches als die van de deelnemers. Bij de rol van verwijzers kan er aan worden gedacht of een patiënt daadwerkelijk doorverwezen wordt naar Welzijn op Recept. Daarnaast dienen de welzijnscoaches vervolgens duidelijk in kaart te brengen waar een deelnemer behoefte aan heeft, zodat daar met een activiteit op in gespeeld kan worden. Ook moet een deelnemer gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het traject. Als duidelijk is wat belangrijke voorwaarden zijn, kan worden beoordeeld waar verbetering in mogelijk is, om op die manier de kwaliteit en daarmee de effectiviteit van het programma te vergroten.

1.5 Maatschappelijke relevantie

Zoals eerder genoemd, sluit het huidige onderzoek aan bij een aantal belangrijke actuele maatschappelijke ontwikkelingen. Welzijn op Recept past namelijk bij het veranderende denken over ziekte en zorg, de transitie van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving en de toenemende medicalisering van de samenleving. Deze ontwikkelingen zal ik achtereenvolgens beschrijven, waarbij ik ook zal laten zien op welke manier Welzijn op Recept bij deze ontwikkelingen aansluit.

1.5.1 Het veranderende denken over ziekte en zorg

Een eerste ontwikkeling is dat er het laatste decennium een verandering waar te nemen is in het denken over ziekte en zorg. Waar voorheen werd gefocust op ziekte en zorg, in lijn met het medisch curatief denken, wordt tegenwoordig met een veel bredere blik naar gezondheid gekeken; gezondheid is tegenwoordig meer dan enkel de afwezigheid van ziekte (RvZ, 2010). Deze veranderende kijk op gezondheid is van invloed op de inrichting en focus van de eerstelijnszorg.

Zorgverleners dienen zich namelijk steeds meer te richten op gezondheid en gedrag in plaats van op ziekte en zorg. Dit is terug te zien in verschillende bewegingen die mede als gevolg van deze verschuiving zijn ontstaan. Zo is te zien dat er in de zorg steeds meer aandacht uitgaat naar gedeelde besluitvorming, waarbij beslissingen over bijvoorbeeld de behandeling worden genomen in samenspraak tussen de zorgverlener en de patiënt. Hierop aansluitend, is er steeds meer sprake van persoonsgerichte zorg, waarbij de zorg of begeleiding die iemand krijgt, is afgestemd op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren (Zorg voor Beter, 2021). Kortom, de eigen regie van de patiënt komt steeds meer centraal te staan. Een patiënt is zelf verantwoordelijk voor het leven, waardoor iemand het vermogen moet hebben om de nodige ondersteuning zelf te regelen. In lijn met deze verandering, is het voor een (eerstelijns)hulpverlener noodzakelijk om met een bredere blik naar gezondheid te kijken, waarbij niet alleen wordt gekeken naar medische behandelingen maar ook aandacht wordt besteed aan andere aspecten van gezondheid, zoals welzijn.

De interventie Welzijn op Recept is gebaseerd op de uitgangspunten van *positieve psychologie* en *positieve gezondheid*, die in het theoretisch kader verder uitgediept worden. Beide stromingen berusten op de gedachte dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte en dat meerdere domeinen een rol spelen. Welzijn op Recept karakteriseert deze verschuiving van het medische naar het sociale model. De interventie is er namelijk op gericht om de daadwerkelijke (sociaal maatschappelijke) oorzaak van de ervaren klachten te achterhalen in plaats van te focussen op de klachten (Mesman et al., 2020). Vervolgens wordt de 'oplossing' voor het probleem gezocht in het sociale domein, aangezien deelnemers terug worden gezet in de samenleving door middel van de activiteit die ze kunnen bijwonen. Ook biedt Welzijn op Recept de mogelijkheid om meer persoonsgerichte zorg te bieden aan individuen, aangezien het traject wordt gebaseerd op de wensen en behoeften van de deelnemer. De deelnemer dient zelf de regie in handen te nemen en de welzijnscoach heeft slechts een coachende rol. Tevens is er sprake van gedeelde besluitvorming aangezien de welzijnscoach en de deelnemer samen op zoek gaan naar een passende activiteit (Heijnders & Meijs, 2019).

1.5.2 De transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving en de rol van individualisering

Een tweede relevante actuele ontwikkeling in de samenleving is de transitie van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Deze transitie betekent dat burgers meer verantwoordelijk worden voor hun eigen leven, ook met betrekking tot gezondheid. Mensen worden zoals voorheen niet langer vanzelfsprekend verzorgd door zorgverleners, maar dragen daarentegen zelf de verantwoordelijkheid om hun 'problemen' op te lossen door een beroep te doen op hun omgeving.

Burgers wordt dus gevraagd om meer verantwoordelijkheid te nemen voor zowel hun eigen leven als dat van anderen in hun omgeving (van der Veen et al., 2014).

Tevens is al enkele decennia voordat de verzorgingsstaat vorm werd gegeven, de nadruk in de samenleving steeds meer komen te liggen op individualisering. Hierbij wordt een individu steeds zelfstandiger ten opzichte van de ander (Schnabel, 2004). Of met andere woorden: individualisering duidt op de toenemende onafhankelijkheid van het individu met daarbij de verminderde invloed en sturing van de sociale omgeving.

In de tijd dat de verzorgingsstaat is opgekomen, is het proces van individualisering wellicht versterkt, aangezien de staat de verantwoordelijkheid draagt voor de welvaart en het welzijn voor alle burgers in de samenleving. Dit betekent dat de institutionalisering van de zorg een vanzelfsprekendheid wordt. Waar kinderen voorheen hun ouders in huis namen wanneer zij hulp behoeften, is dit in de verzorgingsstaat minder vanzelfsprekend geworden, aangezien burgers er van uit gingen dat ze beroep konden doen op de zorg.

De vraag rijst wat de opkomst van participatiesamenleving betekent voor de langdurige trend van individualisering. Dit kan twee kanten opgaan, die ik hier voor de duidelijkheid zal bestempelen als het 'positieve perspectief' en het 'negatieve perspectief'. Vanuit het positieve perspectief op de participatiesamenleving kan worden gesteld dat de participatiesamenleving ervoor kan zorgen dat de trend van individualisering wordt gebroken. Met de transitie naar een participatiesamenleving, worden mensen teruggezet in de samenleving. Als iemand problemen ondervindt met de gezondheid of te kampen heeft met ziekte, wordt dit in de participatiesamenleving namelijk niet langer slechts door (zorg)instituten opgelost, maar dient er ook een beroep te worden gedaan op hulp uit de nabije omgeving. Hierdoor wordt de afhankelijkheid en invloed van de sociale omgeving op een individu dus weer groter, wat de trend van toenemende individualisering tegengaat. Vanuit het negatieve perspectief op de participatiesamenleving, kan worden verondersteld dat de participatiesamenleving de trend van individualisering versterkt, aangezien het ook kan worden gezien als een teken van individualisering. Burgers worden in de participatiesamenleving namelijk aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Daarnaast wordt beleid gebaseerd op het beeld van de zelfredzame burger. Op deze manier is het oplossen van gezondheidsproblemen niet meer iets collectiefs, maar iets individueels geworden (Schreuder, 2017). Aangezien mensen in de participatiestaat dus niet langer vanzelfsprekend terecht kunnen bij de overheid, zijn ze op zichzelf aangewezen, wat de individualisering versterkt.

Met Welzijn op Recept wordt ingespeeld op zowel het positieve als negatieve perspectief. Het positieve perspectief is op een directe manier terug te zien, aangezien deelnemers van Welzijn op Recept door de activiteit die ze bijwonen geholpen worden door de samenleving. Op die manier

draagt de (sociale) omgeving van de deelnemer bij aan het 'oplossen' van de klachten die zij ervaart. Zo staat iemand er niet langer alleen voor, maar wordt zij meer afhankelijk van de sociale omgeving, wat de trend naar individualisering breekt.

Vanuit het negatieve perspectief zou Welzijn op Recept slechts kunnen worden gezien als een 'lapmiddel' om de kosten in de zorg te verminderen en dus de bezuinigingen te drukken. Echter, er kan worden beargumenteerd dat Welzijn op Recept ook een toevoeging zou kunnen zijn vanuit dit perspectief, net zoals vanuit het positieve perspectief. Dit zou als volgt kunnen worden bekeken. Mensen met psychosociale klachten komen bij de huisarts aangezien ze hun problemen niet zelf kunnen oplossen met de hulp van anderen door de individualisering. Door deze mensen te verwijzen naar Welzijn op Recept, wordt de problematiek uit het medisch spectrum gehaald, waardoor de zorgkosten worden gedrukt. Vervolgens wordt er ingespeeld op de behoeften van de deelnemer door een activiteit te zoeken in de nabije omgeving van de deelnemer, waardoor de 'oplossing' van het probleem alsnog wordt gezocht in de gemeenschap. Dit sluit aan bij de verschuiving naar de participatiesamenleving. Bovenstaande impliceert dat de toenemende individualisering en verschuiving naar een participatiesamenleving samen zouden kunnen gaan. Mensen hebben door de individualisering geen toegang meer tot de hulpbronnen en middelen om 'het voor elkaar zorgen' zelf te regelen. Door middel van Welzijn op Recept wordt echter geprobeerd om de zorg toch weer terug te brengen naar de gemeenschap. De crux hierbij is wellicht dat het individu het niet zelf hoeft te regelen, maar dit samen met iemand anders (i.e. een welzijnscoach) kan doen en hierbij ook inspraak heeft. Daarmee kan Welzijn op Recept worden gezien als 'oplossing' voor het negatieve perspectief van de versterkte individualisering in de participatiesamenleving.

1.5.3 Medicalisering

Een derde ontwikkeling in de samenleving is de toenemende medicalisering. Medicalisering kan worden beschreven als: "Een probleem dat gedefinieerd is in medische termen, beschreven in medische taal, begrepen door de goedkeuring van een medisch kader, of behandeld met een medische interventie" (Conrad, 2005, p.3). Het lijkt erop dat er ook in de psychische zorg sprake is van een toenemende medicalisering. Mensen komen met klachten eerder naar de huisarts dan voorheen, zo ook individuen met psychische klachten (Verhaege, 2013). Daarnaast is de drempel om vervolgens in aanmerking te komen voor psychische zorg ook lager geworden (Weeda, 2018). De klachten die mensen ervaren worden tegenwoordig steeds meer in bepaalde kaders geplaatst en bestempeld als stoornissen, terwijl vele klachten correcter kunnen worden benoemd als psychosociale moeilijkheden of zelfs normale menselijke verschijnselen die bij het leven horen (bijvoorbeeld rouw) (Verhaeghe, 2013; Weeda, 2018). Door het toenemende gebruik van de term

'stoornissen' komen mensen ongemerkt terecht in het medische circuit, terwijl mensen wellicht zélf ook in staat zijn om het psychische welzijn te vergroten (Weeda, 2018).

Bovenstaande suggereert dus een toenemende medicalisering in de samenleving. Eén van de negatieve gevolgen van medicalisering (i.e. over-medicalisering) is dat de sociale context uit het oog wordt verloren (Parens, 2013). Aangezien het probleem/'ziekte' in het individu wordt gesitueerd, wordt er niet gekeken naar de mogelijke sociaal-maatschappelijke omstandigheden die de oorzaak van de klachten kunnen zijn. Deze sociaal-maatschappelijke context ligt echter vaak ten grondslag aan de ervaren problemen. Hieruit blijkt dus dat het ook belangrijk is om de maatschappij erbij te betrekken om het probleem op te lossen.

Dit negatieve gevolg van medicalisering is duidelijk terug te zien in de geestelijke gezondheidszorg. Friedli (2009) stelt dat psychische gezondheid sociaal geproduceerd wordt en daarom zowel individuele als maatschappelijke oplossingen behoeft. De sociaal-maatschappelijke context wordt echter bij psychosociale problematiek vaak uit het oog verloren. De medicalisering van psychosociale problemen heeft namelijk een merkwaardige omkering met zich meegebracht; het impliceert dat psychische moeilijkheden de *oorzaak* zijn van sociale en economische problemen (Verhaeghe, 2013). Wanneer bijvoorbeeld armoede, eenzaamheid of werkloosheid worden gezien als *gevolgen* van psychische stoornissen, wordt verondersteld dat het probleem bij het individu ligt. Als er andersom wordt geredeneerd en psychische stoornissen het gevolg zijn van bijvoorbeeld armoede, eenzaamheid of werkloosheid, kunnen we spreken van een maatschappelijk probleem, dat dan ook een maatschappelijke oplossing behoeft (Verhaeghe, 2013). Door medicalisering ligt de focus dus op het individu in plaats van op de omgeving, terwijl de laatste vaak ten grondslag ligt aan het probleem. Uit het voorgaande blijkt dus dat het van belang is om de sociaal-maatschappelijke context niet uit het oog te verliezen aangezien deze vaak invloed heeft op de problematiek en daarmee ook mee moet worden genomen bij het komen tot een passende oplossing.

Het programma Welzijn op Recept speelt in op de demedicalisering van psychische problematiek. Er wordt namelijk gepoogd het probleem op te lossen buiten de medische context. In plaats van een doorverwijzing naar een psycholoog of het voorschrijven van medicatie, wordt gezocht naar een passende oplossing in de nabije omgeving van de deelnemer. Dit duidt erop dat de sociaal-maatschappelijke context bij het probleem wordt betrokken. Gedurende het gesprek met de welzijnscoach kan bijvoorbeeld naar voren komen dat een deelnemer amper contact heeft met andere mensen, maar hier wel behoefte aan heeft. Door vervolgens op zoek te gaan naar een activiteit waardoor een deelnemer in aanraking komt met andere mensen, kan dit ervoor zorgen dat de deelnemer zich beter gaat voelen. Hieruit blijkt dat de problematiek niet alleen gesitueerd is in

het individu, maar ook deels afhangt van de sociale omgeving. Op deze manier speelt Welzijn op Recept in op het negatieve gevolg van medicalisering in de geestelijke gezondheidszorg.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de vraagstellingen theoretisch nader uitgewerkt. Hiervoor bespreek ik eerst hoe de interventie eruit ziet om enige context te bieden. Daarna zet ik de uitgangspunten van Welzijn op Recept uiteen, welke zijn gebaseerd op *positieve psychologie* en *positieve gezondheid*. Vervolgens bespreek ik de *Zelfmanagement van Welbevinden (ZMW) theorie*. Dit is een gedrags- en behoeften-theorie die veronderstelt dat er een aantal fundamentele behoeften moeten worden vervuld om welbevinden te bereiken. Hiervoor hebben mensen hulpbronnen nodig, maar ook zelfmanagementvaardigheden om hun hulpbronnen zodanig te ‘managen’ dat hun fundamentele behoeften worden vervuld. Deze theorie pas ik vervolgens toe op Welzijn op Recept. Ten slotte ga ik in op wat nodig is zodat een deelnemer het traject met succes kan voltooien.

2.1 Achtergrond en beschrijving van de interventie

Welzijn op Recept is gebaseerd op de uitgangspunten van *positieve psychologie* en *positieve gezondheid*. Bij *positieve psychologie* staat centraal op welke manier een persoon optimaal kan functioneren in de gegeven omstandigheden. Hierop aansluitend wordt bij *positieve gezondheid* naast de lichamelijke kant van gezondheid ook gekeken naar mentaal welbevinden, zingeving, het vermogen je aan te passen, participatie in de samenleving en regie over het eigen leven (Huber et al., 2016). Beide uitgangspunten impliceren een bredere kijk op gezondheid. Hierbij wordt gesteld dat de achterliggende problemen die ten grondslag liggen aan een verminderde gezondheid buiten het gezondheidsdomein liggen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Zo beïnvloeden aspecten als armoede, eenzaamheid, werkloosheid en kwaliteit van de leefomgeving hoe gezond een persoon is of zich voelt. Hierdoor hebben mensen die te kampen hebben met bovenstaande problematiek een hoger risico op een slechtere gezondheid. Aangezien gezondheidsvraagstukken dus verder reiken dan het gezondheidsdomein, dienen deze vraagstukken dan ook vanuit een breder perspectief aangepakt te worden, waarbij verschillende beleidsdomeinen betrokken worden. Dit is het principe van ‘Health in all Policies’, wat betekent dat in alle beleidsdomeinen rekening wordt gehouden met gezondheid en wordt meegedacht over en wordt bijgedragen aan oplossingen voor gezondheidsvraagstukken (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020).

Welzijn op Recept is dus één van de interventies die aansluit bij de veranderende, bredere kijk op gezondheid. Welzijn op Recept is een programma op gemeentelijk niveau waarbij gezondheid en welzijn aan elkaar worden gekoppeld. Het programma ziet er idealiter als volgt uit. Mensen met psychosociale problematiek kloppen aan bij de huisarts. Wanneer alle somatische oorzaken voor de ervaren klachten zijn uitgesloten door de huisarts, wordt een patiënt verwezen naar de welzijnscoach. De welzijnscoach gaat vervolgens met de deelnemer in gesprek om te achterhalen wat

voor activiteit aansluit bij de behoeften die zij heeft (bijvoorbeeld een wandelclub, vrijwilligerswerk doen, koffie drinken in het buurthuis et cetera). Gemiddeld zijn er 5,4 (vier tot zes) contactmomenten tussen de deelnemer en de welzijnscoach om tot een passende activiteit te komen. Het exacte aantal gesprekken verschilt echter wel per deelnemer aangezien het afhangt van de situatie van de deelnemer en de zwaarte van de indicatie van de deelnemer (Ranke et al., 2018). Soms kan het bijvoorbeeld zijn dat de hulpvraag niet helemaal helder is of dat het een lange zoektocht is om tot een juiste match te komen voor de deelnemer. De behoeften en mogelijkheden van de deelnemer zijn leidend voor de duur van het traject. Vervolgens neemt de deelnemer deel aan de activiteit. Sommigen zullen hier ondersteuning bij nodig hebben om de eerste stap te zetten. Nadat de deelnemer is gestart bij de activiteit, houden de welzijnscoach en de deelnemer contact, zodat de coach de deelnemer kan motiveren om de activiteit te blijven bijwonen. In het algemeen is het streven om na drie maanden een laatste contactmoment met de deelnemer te hebben om te kijken hoe het gaat en het traject af te sluiten. Het uiteindelijke doel van de ingezette activiteit is dat het welbevinden van de deelnemer toeneemt en dat de deelnemer een positiever zelfbeeld krijgt. Hierdoor is de deelnemer in staat om weer eigen regie te nemen over haar leven (Heijnders & Meijs, 2019). De bovenstaande beschrijving van Welzijn op Recept geeft weer hoe de interventie is bedoeld en dus hoe het er idealiter uitziet. In de praktijk zal dit echter niet altijd het geval zijn. Daarom zal verderop in het hoofdstuk dieper in worden gegaan op wat nodig is (i.e. wat voorwaarden zijn) zodat een deelnemer bij Welzijn op Recept terecht komt, het traject voltooit en het gewenste resultaat boekt.

2.1.1 Doelen Welzijn op Recept

Welzijn op Recept richt zich op twee doelen. Het eerste doel is om het welbevinden van mensen met psychosociale problematiek te verhogen door hen deel te laten nemen aan activiteiten (Heijnders & Meijs, 2019). Uit schattingen blijkt dat het bij zeker vijftig procent van de patiënten die bij de huisarts komen, gaat om psychosociale problemen (Walters et al., 2008). Onder psychosociale problemen vallen klachten die het gevolg zijn van ingrijpende gebeurtenissen en langdurig aanhoudende situaties, zoals eenzaamheid, relatieproblemen, werkloosheid, het verlies van een dierbare of diagnose van een ziekte. Deze gebeurtenissen of situaties brengen vaak zowel lichamelijke als mentale klachten met zich mee. Hierbij kan worden gedacht aan pijn of vermoeidheid en stress, somberheid en angst (Heijnders & Meijs, 2019).

Het tweede doel van het programma is om het zorggebruik in de eerstelijnszorg te verlagen. Mensen met psychosociale problemen blijken meer gebruik te maken van de eerstelijnszorg dan anderen (Magneé, 2017; Smits et al., 2009). Dit betekent dat mensen meer zorg behoeven óf dat de

eerstelijnszorg een belangrijke en laagdrempelige partij is voor mensen met psychosociale problemen. In 2014 is mede daarom de Basis geestelijke gezondheidszorg (Basis-GGZ) ingevoerd. Patiënten met lichte psychische of sociale problemen van 18 jaar en ouder worden binnen de huisartsenpraktijk geholpen door een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Dit is vaak een verpleegkundige die gespecialiseerd is in de sociale psychiatrie of psychologie en een kortdurende behandeling uitvoert (de Beurs et al, 2018). Onderzoek van Magnée (2017) laat echter zien dat de aanstelling van een POH-GGZ tot nu toe niet heeft geleid tot de gewenste ontlasting en taakverlichting van de huisarts. Het blijkt namelijk dat patiënten met psychosociale problemen de huisarts in dezelfde mate bezoeken als voor de invoering van de Basis-GGZ. Het blijkt zelfs dat er een toename is in het aantal consulten per patiënt met psychosociale problemen, wat zowel geldt voor de huisarts als voor de praktijkondersteuner (Magnée, 2017).

Het doorverwijzen van een patiënt naar Welzijn op Recept is voor de huisarts een extra behandelmethode, naast het voorschrijven van medicatie en het doorverwijzen naar een professional. Dit vormt een belangrijke aanvulling, aangezien in onderzoek naar voren komt dat ongeveer de helft van de mensen die met lichte psychosociale klachten bij de huisarts aankloppen, geen professionele hulp willen ontvangen (Walters et al., 2008). Zij geven de voorkeur aan informele ondersteuning door familie of vrienden. Ze ondernemen namelijk liever activiteiten, zoals bewegen of sport. Hier sluit Welzijn op Recept naadloos op aan, door welzijnsactiviteiten te zoeken voor mensen.

2.1.2 Doelgroep Welzijn op Recept

Het is belangrijk dat Welzijn op Recept wordt ingezet bij de doelgroep waarvoor de interventie ontwikkeld is, aangezien alleen dan de beoogde doelen bereikt kunnen worden. De doelgroep voor Welzijn op Recept bestaat uit mensen van 18 jaar en ouder die regelmatig bij de huisarts komen met psychosociale klachten die samenhangen met een laag welbevinden. Naast deze algemene kadering van de doelgroep, zijn er nog een aantal doelgroep-specificaties, die kunnen worden gezien als criteria voor verwijzing.

Ten eerste gaat het hierbij om de ernst van de problematiek. Welzijn op Recept is bedoeld voor mensen die te kampen hebben met *lichte psychosociale problematiek* (bijvoorbeeld eenzaamheid, somberheid, veel piekeren of slaapproblemen) om via welzijn tot een beter welbevinden te komen. Het is dus niet bedoeld voor mensen met zwaardere, complexe of meervoudige problematiek, aangezien deze mensen een intensievere behandeling nodig hebben (Heijnders & Meijs, 2019).

Ten tweede is Welzijn op Recept ontwikkeld als een *kortdurende interventie* van een aantal maanden en niet voor langdurige ondersteuning en begeleiding. Als dit laatste namelijk wel gebeurt,

ligt het capaciteitsprobleem niet langer bij de huisarts, maar verschuift het naar de welzijnscoach. Welzijn op Recept is daarom alleen geschikt en bedoeld voor mensen die te kampen hebben met situationele en kortdurende problematiek, ontstaan door ingrijpende levensgebeurtenissen of omstandigheden (Machielse, 2011).

Als deze bovenstaande essentialia niet in acht worden genomen, gaat dit ten koste van de effectiviteit van het programma aangezien Welzijn op Recept in dat geval wordt ingezet bij mensen waarvoor het niet is bedoeld.

2.2 Theoretische inbedding van Welzijn op Recept

In deze paragraaf bespreek ik een drietal theorieën. De eerste twee, *positieve psychologie* en *positieve gezondheid* zijn expliciet aan Welzijn op Recept gerelateerd. De *Zelfmanagement van Welbevinden (ZMW) theorie* is een theorie over hoe het welbevinden van mensen kan worden bevorderd. Deze theorie pas ik vervolgens toe op Welzijn op Recept om te ontdekken hoe het welbevinden van deelnemers aan Welzijn op Recept wordt bevorderd. Deze theorie zou dus een verklaring kunnen bieden voor de effectiviteit van Welzijn op Recept.

2.2.1 Positieve psychologie

De *positieve psychologie* heeft het uitgangspunt gevormd voor de ontwikkeling van Welzijn op Recept (Heijnders & Meijs, 2019 p.10). Daar waar de klassieke psychologie zich richt op problemen en afwijkingen, richt de *positieve psychologie* zich daarentegen op wat mensen gelukkig(er) maakt (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Vanuit de *positieve psychologie* is geestelijke gezondheid meer dan de afwezigheid van klachten en stoornissen. De focus ligt daarentegen op welbevinden en optimaal functioneren (Bohlmeijer et al., 2013).

De *positieve psychologie* geeft aanknopingspunten om om te gaan met sociale omstandigheden en levensgebeurtenissen zoals het verlies van een baan, de geboorte van een kind, het verlies van een naaste of het krijgen van een ziekte (Bohlmeijer et al., 2013; Heijnders & Meijs, 2019). Het gaat dus zowel om het leren omgaan met negatieve als positieve gevoelens en emoties. In lijn hiermee, richt de *positieve psychologie* zich in essentie op het leren omgaan met en het accepteren van tegenslagen en te focussen op de goede dingen in het leven (Heijnders & Meijs, 2019). Deze bevordering van het welbevinden is belangrijk aangezien het bij kan dragen aan veerkracht. Het blijkt namelijk dat mensen die meer welbevinden ervaren beter om kunnen gaan met bepaalde levensgebeurtenissen (Bohlmeijer et al., 2013). Veerkracht is “het vermogen om te herstellen van stress en tegenslag, om het evenwicht weer te hervinden en terug te keren naar gezondheid en welbevinden.” (Heijnders & Meijs, 2019, p.10). Vanuit de *positieve psychologie* wordt hierop ingespeeld door meer te werken vanuit een persoonsgericht perspectief. Hierbij wordt

gewerkt vanuit de persoon zelf, waarbij de kracht, intenties en waarden van de desbetreffende persoon centraal staan, met het uiteindelijke doel om het welbevinden te bevorderen en een betekenisvol leven te leiden (Bohlmeijer et al., 2013). Hierbij worden de klachten van een persoon ook meegenomen; iemand kan namelijk niet optimaal functioneren wanneer zij niet op een effectieve manier kan omgaan met negatieve ervaringen. Vergankelijkheid, onzekerheid en eenzaamheid horen nou eenmaal bij het leven. *Positieve psychologie* biedt aanknopingspunten om hiermee te leren omgaan (Bohlmeijer et al., 2013).

Als we kijken naar Welzijn op Recept, is dit precies wat het programma probeert te bereiken. Het doel is namelijk om mensen die psychosociale klachten hebben, sociaal te activeren om het welbevinden te stimuleren. Aangezien er wordt gekeken naar wat een persoon leuk en belangrijk vindt in het leven om op deze manier in te spelen op de behoeften, wordt gestimuleerd dat iemand (weer) naar vermogen kan functioneren.

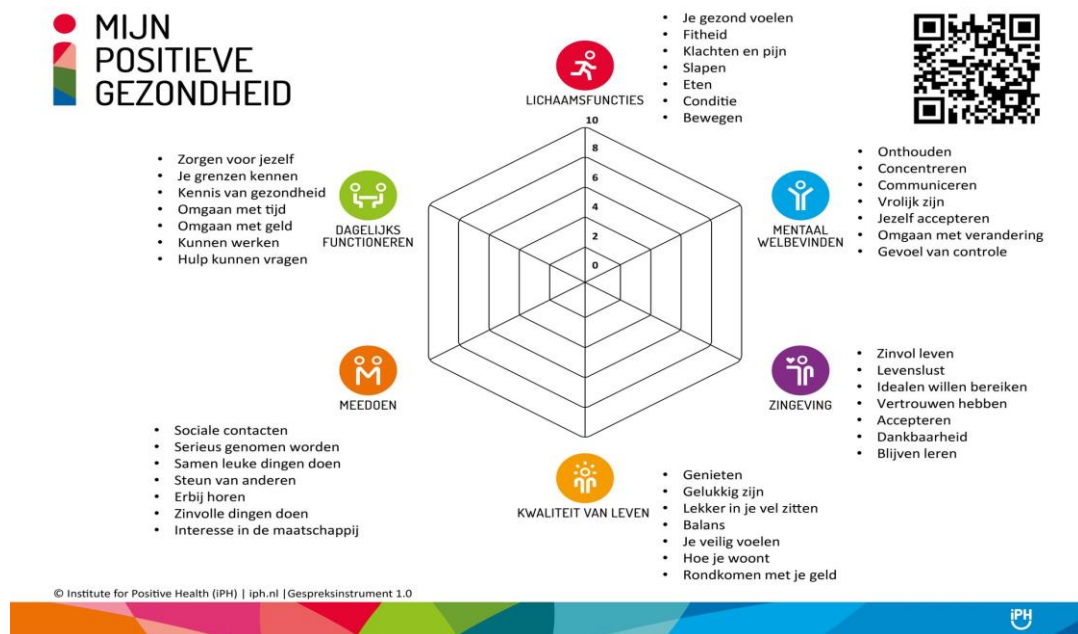
2.2.2 *Positieve gezondheid*

Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen is in het bijzonder gebaseerd op het concept *positieve gezondheid*. *Positieve gezondheid* is een stroming die aansluit bij de *positieve psychologie*. Vanuit het oogpunt van *positieve gezondheid* wordt gezondheid namelijk net als bij *positieve psychologie* breder gedefinieerd dan de afwezigheid van klachten. Gezondheid wordt binnen de *positieve gezondheid* stroming geconceptualiseerd als “het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2016, p.1). Hierbij is de centrale veronderstelling dat iedereen enig vermogen heeft om eigen regie te voeren (Heijnders & Meijs, 2019). Bij de *positieve gezondheid* is het uitgangspunt te kijken naar wat een persoon nog wél kan in plaats van waar hij of zij in wordt beperkt (Institute for Positive Health, 2020).

Om de *positieve gezondheid* in de dagelijkse praktijk toe te kunnen passen, zijn een zestal gezondheidsdimensies opgesteld, die als gesprekstoel dienen voor zorgverleners. Deze zes dimensies zijn tot stand gekomen door een onderzoek naar wat stakeholders verstaan onder gezondheid (Huber et al., 2016). Het concept is voorgelegd aan patiënten, behandelaars, beleidsmakers, burgers, gezondheidsbevorderaars, onderzoekers en verzekeraars, aan wie gevraagd werd aan te geven waar zij naar kijken om te beoordelen of iemand gezond is. Dit leverde 566 gezondheidsindicatoren op, die door Huber et al. (2016) terug zijn gebracht naar de zes dimensies van gezondheid. Uit dit onderzoek is gebleken dat niet alleen lichaamsfuncties van belang zijn, maar ook mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, participatie en dagelijks functioneren (Huber et al., 2016). Op basis hiervan is een zogenaamd Spinnenwebdiagram gecreëerd dat de zes dimensies en de bijbehorende

aspecten beschrijft (Institute for Positive Health, 2020). Het Spinnenweb is weergegeven in figuur 1. Het gaat om de volgende zes dimensies met volgende kernbeschrijving (Institute for Positive Health, 2020):

1. Lichaamsfuncties: Ik voel me gezond;
2. Mentaal welbevinden: Ik voel me goed;
3. Zingeving: Ik vertrouw op de toekomst;
4. Kwaliteit van leven: Ik geniet van het leven;
5. Meedoen: Ik heb contact met andere mensen;
6. Dagelijks functioneren: Ik kan goed voor mezelf zorgen.



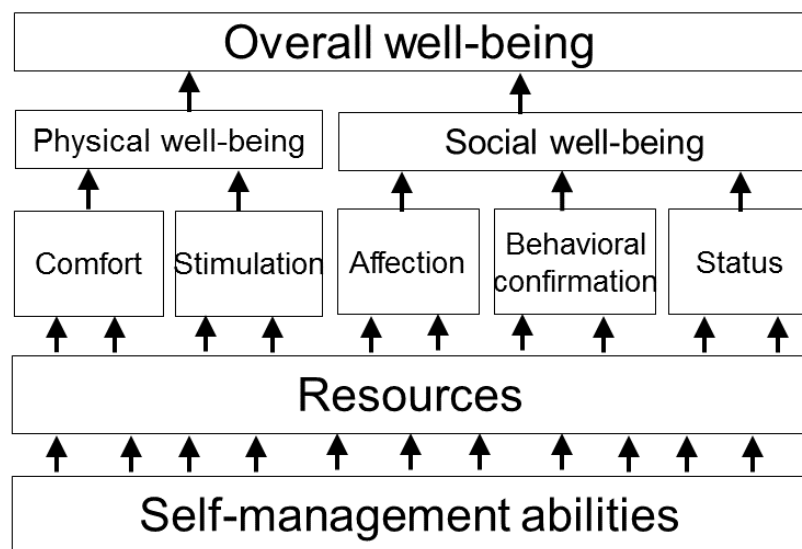
Figuur 1: Spinnenweb van positieve gezondheid. Overgenomen van *Wat is Positieve Gezondheid?*, 2020, Institute for Positive Health (<https://www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid/>).

Aan de hand van het Spinnenweb kan inzichtelijk worden gemaakt hoe mensen hun gezondheid ervaren. Daarnaast kan het Spinnenweb als een leidraad voor gesprek worden ingezet door hulpverleners. Met de uitkomsten van het Spinnenweb kunnen hulpverleners en patiënten samen beoordelen wat écht belangrijk is voor de patiënt en wat de patiënt zou willen veranderen (Zelfzorgondersteund-instrumentkiezer, 2017). Vervolgens kunnen hulpverleners samen met de patiënt op zoek gaan naar wat in de omgeving kan helpen om de situatie te verbeteren en het welzijn te verhogen (Zelfondersteunend-instrumentkiezer, 2017). Het hierboven beschreven Spinnenweb uit de positieve gezondheidsstroming vormt het startpunt van de Welzijn op Recept interventie in de

gemeente Midden-Groningen. Het Spinnenweb wordt namelijk door de welzijnscoaches ingezet om het gesprek aan te gaan met de deelnemers aan Welzijn op Recept.

2.2.3 Zelfmanagement van Welbevinden (ZMW) theorie

De *Zelfmanagement van Welbevinden (ZMW) theorie* (Steverink et al., 2005; Steverink, 2014; Steverink, 2019) is een verdere uitwerking van de *Sociale Productie Functie (SPF) theorie* (Lindenberg, 1996). De *SPF theorie* stelt dat welbevinden kan worden bereikt wanneer een aantal fundamentele behoeften worden bevredigd (Lindenberg, 2013). Hierbij worden twee fysieke behoeften (comfort en stimulatie) en drie sociale behoeften (affectie, gedragsbevestiging en status) onderscheiden. Door middel van hulpbronnen kunnen de verschillende basisbehoeften worden bevredigd. De *ZMW theorie* is een uitbreiding van de *SPF theorie* en stelt dat mensen niet alleen hulpbronnen nodig hebben, maar ook de benodigde zelfmanagementvaardigheden moeten bezitten om de hulpbronnen te kunnen 'managen' zodat welbevinden wordt gerealiseerd. Kort gezegd betekent dit dus dat mensen gelukkiger zullen zijn naarmate hun fundamentele behoeften meer bevredigd worden, wat mede wordt bepaald door de hulpbronnen waar iemand toegang tot heeft en de mate waarin iemand beschikt over zelfmanagementvaardigheden (Steverink, 2019). Bovenstaande diep ik hieronder verder uit en is visueel weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Visuele weergave ZMW theorie. Overgenomen uit *Trajectories of well-being in later life* (p. 9), door N. Steverink, 2019, Oxford Research Encyclopedia of Psychology.

De *ZMW theorie* is een gedrags- en behoeften-theorie die ten eerste veronderstelt dat mensen een gevoel van welbevinden ervaren wanneer de basisbehoeften worden bevredigd. Hierbij gaat het om zowel fysieke als sociale behoeften. Ten tweede stelt de *ZMW theorie* dat de vervulling van de basisbehoeften resulteert uit genetische, sociale en maatschappelijke omstandigheden en

mogelijkheden, maar ook uit menselijke agentschap (Steверink, 2019). Mensen zijn fundamenteel gemotiveerd om het niveau van fysieke en sociale behoeftebevrediging te verbeteren, waarvoor ze naast de benodigde hulpbronnen bovendien over de benodigde zelfmanagementvaardigheden dienen te beschikken om de hulpbronnen te kunnen beheren en behouden (Steверink, 2014). Van essentieel belang in de *ZMW theorie* is dat ze veronderstelt dat behoeften en hulpbronnen hiërarchisch gerangschikt zijn: behoeften zijn universeel en hiërarchisch gestructureerd op verschillende lagen van de hiërarchie en hulpbronnen zijn lager in de hiërarchie geordend. Deze lager geordende hulpbronnen zijn middelen waarmee de basisbehoeften vervuld kunnen worden. Bovenaan de hiërarchie staat 'Algemeen subjectief welbevinden', dat onderverdeeld kan worden in fysiek en sociaal welbevinden. In navolging van de *SPF theorie*, onderscheidt de *ZMW theorie* twee fysieke basisbehoeften en drie sociale basisbehoeften. De fysieke basisbehoeften zijn de behoefte aan comfort (onder andere eten, drinken, beschutting en de afwezigheid van pijn, ziekte en stress) en stimulatie (behoefte aan fysieke en mentale activering, blootstelling aan interessante gebeurtenissen en de afwezigheid van verveling). De sociale basisbehoeften zijn de behoefte aan affectie (ontvangen en geven van liefde en genegenheid), gedragsbevestiging (bevestigd worden door anderen en bij een groep horen) en status (positief onderscheiden van anderen door bijzondere talenten en vaardigheden) (Steверink 2014; Steверink, 2019).

Het algemene subjectieve welbevinden dat mensen ervaren wordt dus groter naarmate de vervulling van één of meerdere van de basisbehoeften beter wordt. Om dit te bereiken, zijn hulpbronnen nodig, die grotendeels worden bepaald door de sociale omstandigheden waar iemand in verkeert (Steверink, 2009; Steверink 2014). Binnen de *ZMW theorie* wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten hulpbronnen, namelijk externe en interne hulpbronnen. Externe hulpbronnen zijn diegenen die van 'buitenaf' bijdragen aan het welbevinden, zoals voedsel, onderdak, gezondheid, geld en (vrijwilligers)werk. Interne hulpbronnen zijn vaardigheden en capaciteiten die van 'binnenuit' bijdragen aan welbevinden. Dit zijn zelfmanagementvaardigheden, die enerzijds op zichzelf bijdragen aan het welbevinden en anderzijds nodig zijn om de externe hulpbronnen te beheren. Het is essentieel dat mensen beschikken over externe hulpbronnen, maar dit is niet genoeg voor het *behouden* van welbevinden: mensen dienen hun externe hulpbronnen zodanig te kunnen 'managen' dat ze ook daadwerkelijk bijdragen aan welbevinden en 'duurzaam' worden gemaakt, zodat ze bijdragen aan het behoud van welbevinden (Steверink et al., 2005). Mensen dienen dus ook te beschikken over de benodigde interne hulpbronnen.

Volgens de *ZMW theorie* zijn er tenminste zes zelfmanagementvaardigheden die – als interne hulpbronnen – belangrijk zijn voor het 'managen' van de externe hulpbronnen (Steверink et al., 2005; Steверink, 2009; Steверink, 2014). Deze vaardigheden zijn daarmee fundamenteel voor het verwerven en gebruiken van en investeren in de juiste doelen en hulpbronnen om welbevinden te

bereiken en behouden (Steверink, 2019). De eerste vaardigheid is het vermogen om *initiatief te nemen*. Dit duidt op het zelf ondernemen van acties en het inzetten van competenties. Als iemand een bepaald doel wil bereiken (i.e. een bepaalde behoefte wil vervullen), zal hij of zij initiatief moeten nemen en niet passief afwachten, want dan zal er niets aan de situatie veranderen. De tweede vaardigheid is *self-efficacy*. Hierbij gaat het om het geloof in eigen kunnen en dat je als persoon effectief bent in de interacties die je hebt met de omgeving en het nastreven van de doelen die je wilt bereiken. Zonder geloof in eigen kunnen, komen mensen niet zo snel in actie, waardoor ze het beoogde doel ook niet kunnen bereiken. *Investeren in hulpbronnen* is de derde zelfmanagementvaardigheid: de geneigdheid om de hulpbronnen en vaardigheden die je hebt te verbeteren, bijvoorbeeld door iets betekenen voor een ander, zonder dat je meteen iets terugverwacht. De vierde is een *positief toekomstperspectief* hebben: het vermogen om een positieve gemoedstoestand of een positieve verwachting aan te nemen en te behouden, ook als het niet goed lijkt te komen. Deze vaardigheid hangt nauw samen met de vaardigheid van investeren; als iemand geen positieve toekomstverwachting heeft, zal diegene ook minder snel investeren in de hulpbronnen omdat diegene het gevoel heeft dat het toch geen zin heeft. Het zorgen voor *multifunctionele hulpbronnen* is de vijfde vaardigheid. Multifunctionele hulpbronnen zijn hulpbronnen of activiteiten die meerdere basale behoeften gelijktijdig dienen en elkaar versterken. Een voorbeeld hiervan is een contact waarmee iemand bijvoorbeeld gaat poolen. Dit contact draagt dan zowel bij aan gedragsbevestiging als aan stimulatie. Tenslotte is het zorgen voor *variatie in hulpbronnen* het vermogen om verschillende hulpbronnen te verzamelen en te behouden voor dezelfde behoefte. Dit houdt in dat iemand meer dan één bron of activiteit heeft om een bepaalde basisbehoefte te kunnen bevredigen. Als het bijvoorbeeld gaat om het bevredigen van de behoefte aan affectie, betekent dit dat iemand bij meerdere personen terecht kan om deze behoefte te kunnen bevredigen. Door de variëteit zijn mensen minder kwetsbaar voor verlies; als één persoon wegvalt heeft iemand nog andere mensen waar hij of zij op terug kan vallen en valt zij niet meteen in een gat omdat zij de behoefte niet meer kan bevredigen (Steверink, 2009; Steверink et al., 2005).

Het is belangrijk dat de zelfmanagementvaardigheden direct verbonden worden aan de vijf basisbehoeften. De zelfmanagementvaardigheden zullen namelijk pas daadwerkelijk bijdragen aan welbevinden als iemand ze toepast op de behoefte die zij heeft (Steверink, 2009). Als iemand bijvoorbeeld behoefte heeft aan affectie, dient zij initiatief te nemen om in contact te komen met mensen en te investeren in deze contacten. De zelfmanagementvaardigheden die iemand bezit zijn niet constant; ze kunnen namelijk (verder) ontwikkeld worden door de tijd heen. Daardoor kan met interventies ook ingespeeld worden op de zelfmanagementvaardigheden om ze (verder) te ontwikkelen.

2.2.3.1 Substitutieproces

Uit het voorgaande blijkt dat *SPF/ZMW theorie* een vijftal basale behoeften onderscheidt die voor iedereen belangrijk zijn, maar dat de manier waarop en de mate waarin deze behoeften worden bevredigd wordt bepaald door de hulpbronnen waar iemand toegang tot heeft en de omstandigheden waarin iemand zich bevindt (Lindenberg, 1996). Doordat bepaalde hulpbronnen meer of minder aanwezig kunnen zijn, kan het zijn dat niet iedereen in staat om alle behoeften te bevredigen. Als gevolg hiervan zullen mensen zich gaan richten op de behoeften die ze nog wél kunnen bevredigen om een bepaald niveau van welbevinden te behouden. Dit zogenoemde substitutieproces diep ik in deze sub paragraaf verder uit.

Leeftijd bepaalt voor een groot deel de sociale omstandigheden van mensen. Zo veranderen de (beschikbare) hulpbronnen van mensen door de veranderende omstandigheden in de verschillende levensfasen (Steверink, 1996). Bijvoorbeeld, als iemand met pensioen gaat, verandert het leven aanzienlijk. Het werk was voorheen een belangrijke hulpbron om de behoeften aan vooral status, gedragsbevestiging en stimulatie te bevredigen. Doordat iemand niet langer werkt, verliest zij dus ook deze hulpbron, waardoor het wellicht lastiger wordt om bepaalde behoeften te bevredigen. Diegene zal dan op een andere manier (i.e. met behulp van andere hulpbronnen) proberen de desbetreffende behoefte(n) te bevredigen, want die behoefte(n) zijn er immers nog steeds.

De zogenoemde 'Patterned Change Hypothesis' stelt dat de beschikbaarheid van hulpbronnen gedurende de levensduur verandert. Hierbij wordt verondersteld dat in het algemeen als eerste en snelste de hulpbronnen die bijdragen aan de behoeftevervulling van status afnemen (Steверink et al., 1998). Dit komt voornamelijk doordat status voor een groot deel wordt toegekend door het werk dat mensen doen. Daardoor is deze behoefte na iemands pensionering moeilijker om te bevredigen. Wanneer dit het geval is, zullen mensen ernaar streven om hun sociale welbevinden te realiseren door gedragsbevestiging en affectie (Lindenberg, 1996). Vervolgens wordt het voor mensen steeds lastiger om de behoeften aan gedragsbevestiging en stimulatie en tenslotte de behoeften aan comfort en affectie te vervullen (Steверink, 1996). Daarmee nemen de hulpbronnen voor het vervullen van affectie en comfort in het algemeen als laatste en als langzaamste af. Daarom zullen mensen het verlies aan hulpbronnen voor het bevredigen van de behoeften aan status, gedragsbevestiging en stimulatie compenseren door meer moeite doen voor het bieden en krijgen van affectie. Dit doen ze bijvoorbeeld via de partner of door interactie met de kleinkinderen of met anderen (Lindenberg, 1996). Op deze manier richten mensen zich dus op de behoeften die ze nog wél kunnen bevredigen met de beschikbare hulpbronnen.

Bovenstaande suggereert dat mensen als gevolg van een veranderend levenspatroon in hulpbronnen 'gedwongen' worden tot een proces van substitutie en compensatie om de basale behoeften te bevredigen. In eerste instantie zullen ze dit proberen door andere hulpbronnen in te

zetten voor het vervullen van een bepaalde behoefte. Als dit niet langer lukt, zullen ze zich gaan richten op de behoefte(n) die ze nog wél kunnen bevredigen om op die manier een bepaald niveau van welbevinden te behouden.

2.2.4 Waarom bevordert Welzijn op Recept het welzijn van deelnemers?

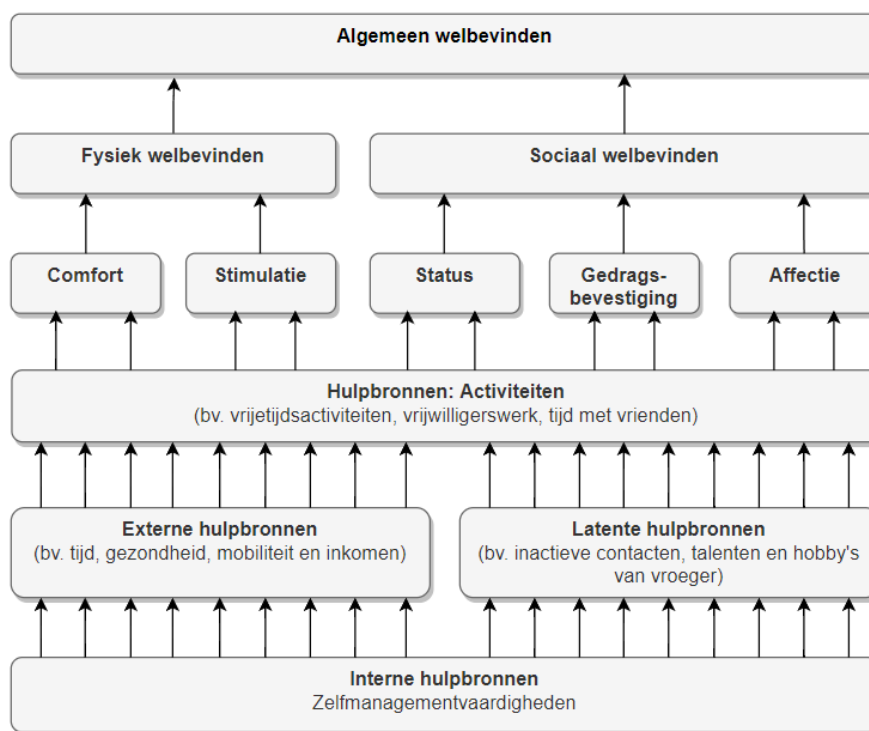
2.2.4.1 Op welke manier zijn de ZMW theorie en het substitutieproces terug te zien bij Welzijn op Recept?

Welzijn op Recept is erop gericht om het welbevinden van mensen met psychosociale problemen te vergroten. Zoals beschreven, gaat de welzijnscoach, door in gesprek te gaan met de deelnemer, op zoek naar een passende activiteit die aansluit bij de behoeften die een deelnemer heeft. De bovenbeschreven theorie sluit aan bij de werkwijze van Welzijn op Recept en verklaart daarmee *waarom* Welzijn op Recept effectief kan zijn. De *ZMW theorie* zal ik hieronder toepassen op Welzijn op Recept, wat uiteindelijk uitmondt in het schema in figuur 3.

Het doel van Welzijn op Recept is het verhogen van het algemeen subjectief welbevinden, het universele doel van de *ZMW theorie*, dat onderverdeeld kan worden in fysiek en sociaal welbevinden. Om hieraan bij te dragen moet de welzijnscoach achterhalen aan welke van de vijf basale behoefte(n) niet wordt voldaan en waar de deelnemer dus behoefte aan heeft. Om deze behoefte of behoeften vervolgens te kunnen bevredigen, gaat de welzijnscoach samen met de deelnemer op zoek naar een activiteit die hierbij aansluit. Deze activiteit kan worden gezien als een hulpbron om de desbetreffende behoefte mee te kunnen vervullen en is daarom in figuur 3 hiërarchisch geschikt onder de vijf basale behoeften.

Om de activiteit uit te voeren, heeft de deelnemer op haar beurt ook weer bepaalde hulpbronnen nodig, die daarom in de hiërarchie onder de hulpbron van de activiteit zijn geplaatst in figuur 3. Het is dus voor de welzijnscoach ook belangrijk om te achterhalen of de deelnemer beschikt over de nodige hulpbronnen om de activiteit te kunnen uitvoeren. Hierbij gaat het zowel om de eerder genoemde ‘externe hulpbronnen’ en ‘interne hulpbronnen’ als om ‘latente hulpbronnen’. Externe hulpbronnen die in het kader van Welzijn op Recept belangrijk zijn, zijn bijvoorbeeld mobiliteit (i.e. heeft een deelnemer bijvoorbeeld beschikking tot een auto zodat hij/zij een activiteit in een ander dorp kan bijwonen), fysieke gezondheid (i.e. wat kan een deelnemer aan betreft fysieke inspanning?), inkomen (i.e. mag de activiteit wat kosten?) en tijd (i.e. wat voor activiteiten doet een deelnemer nog meer? Is hij/zij bijvoorbeeld nog aan het werk? Dan dient daar ook rekening mee gehouden te worden). Latente hulpbronnen zijn middelen die kunnen worden ingezet wanneer bepaalde hulpbronnen komen te vervallen en dus vervangen moeten worden. Deze hulpbronnen kunnen worden vergeleken met spaargeld of krediet (Ormel et al., 1999). Voor Welzijn op Recept zijn

deze latente hulpbronnen van belang aangezien ze inzicht kunnen bieden in datgene waar een deelnemer behoefte aan heeft. Het is belangrijk te ondervinden waar een deelnemer vroeger plezier uit haalde. Soms is bijvoorbeeld te zien dat iemand na lang mantelzorg te zijn geweest voor zijn of haar partner die uiteindelijk is overleden, zijn of haar contacten uit het oog is verloren of zijn of haar hobby's is kwijtgeraakt. In dit soort gevallen kan het helpen om weer contact te leggen met deze contacten of een bepaalde hobby weer op te pakken om het welzijn te bevorderen. Deze oude contacten of vroegere hobby's kunnen enerzijds helpen bij het uitvoeren van de activiteit, waardoor ze op indirecte wijze bijdragen aan het bevredigen van een bepaalde behoefte. Anderzijds kunnen deze latente hulpbronnen ook direct bijdragen aan het bevredigen van een bepaalde behoefte. De interne hulpbronnen die van belang zijn bij Welzijn op Recept zal ik in de volgende paragraaf bespreken.



Figuur 3: Visuele weergave van ZMW theorie toegepast op Welzijn op Recept

Op basis van de beschikbare hulpbronnen kan de welzijnscoach beoordelen of de behoeften die de deelnemer heeft al dan niet bevredigd kunnen worden. Als dit niet het geval is, is het wellicht nodig om te substitueren. Hoewel dit substitutieproces waarschijnlijk bij de meesten onbewust plaatsvindt aangezien je automatisch andere dingen belangrijker gaat vinden omdat je sommige behoeften niet meer goed kunt bevredigen, zullen anderen hier hulp bij nodig hebben. Het is in dat laatste geval belangrijk dat er tijdens de gesprekken gekeken wordt welke behoeften nog wél bereikt kunnen worden met de beschikbare hulpbronnen om alsnog een bepaald niveau van welbevinden te

bereiken. Hiervoor kan de welzijnscoach met de deelnemer in kaart brengen wat het meest belangrijk is voor de deelnemer en wat minder belangrijk is.

2.2.4.2 Op welke manier zijn de zelfmanagementvaardigheden terug te zien bij Welzijn op Recept?

Zoals ik heb aangestipt in paragraaf 2.2.3, kunnen zelfmanagementvaardigheden beïnvloed worden, waardoor er met interventies ingespeeld kan worden op het ontwikkelen van zelfmanagementvaardigheden (i.e. interne hulpbronnen) (Steeverink, 2009). Bij Welzijn op Recept is dit ook het geval. Impliciet is het traject namelijk gericht op het aanleren, trainen en uitoefenen van de vaardigheden. Op die manier maken de vaardigheden dus deel uit van de interventie. Maar tegelijkertijd is een minimale hoeveelheid van de zelfmanagementvaardigheden noodzakelijk om bij de Welzijn op Recept terecht te komen en om het af te kunnen ronden. Daarmee zijn ze dus ook een voorwaarde voor het instromen, voltooien en met resultaat afronden van Welzijn op Recept. De zelfmanagementvaardigheden die ontwikkeld kunnen worden *gedurende* het proces, bereek ik hieronder. De zelfmanagementvaardigheden die *een voorwaarde* zijn voor het instromen, voltooien en naar wens afronden van de interventie, komen in de volgende paragraaf aan bod.

Welzijn op Recept biedt deelnemers dus de mogelijkheid om zelfmanagementvaardigheden (verder) te ontwikkelen. De vaardigheden komen niet direct aan bod in de interventie, maar worden indirect gestimuleerd door de gesprekken tussen de deelnemer en de welzijnscoach en de activiteit die de deelnemer bijwoont. Doordat ten eerste de aandacht wordt gelegd op wat iemand nog wél kan, worden deelnemers impliciet gestimuleerd om een *positieve toekomstperspectief* aan te nemen omdat de focus komt te liggen op de goede dingen van het leven. Daarnaast kan het traject ook bijdragen aan *self-efficacy*; het geloof in eigen kunnen. Deelnemers krijgen eigenlijk tijdens het traject een steuntje in de rug van een welzijnscoach om hun welbevinden te kunnen verbeteren. Doordat ze ook zélf moeten nadenken over wat ze graag willen en ook daadwerkelijk naar de gekozen activiteit moeten gaan, kan dit bijdragen aan hun *self-efficacy*. Ten derde kan Welzijn op Recept bijdragen aan de vaardigheid om *zelf initiatief* te nemen. Als het wekelijkse koffie-uurtje in het buurthuis bijvoorbeeld goed bevalt en de deelnemer het goed kan vinden met de andere mensen, kan dit er ook toe leiden dat de deelnemer iemand van de groep vraagt om wat leuks te doen op een ander moment. Als een deelnemer dit doet, *investeert* zij tegelijkertijd ook in de *hulpbronnen*. Op die manier kan Welzijn op Recept dus ook bijdragen aan het ontwikkelen van die vaardigheid. Tevens draagt Welzijn op Recept bij aan de vaardigheid van het *zorgen voor multifunctionele hulpbronnen*, aangezien het bijwonen van een sociale activiteit automatisch multifunctioneel is. Als een deelnemer bijvoorbeeld een schilderclub bijwoont, wordt de persoon fysiek en mentaal geactiveerd om creatief bezig te zijn, wat bijdraagt aan de behoefte aan stimulatie, én komt de deelnemer in contact met andere mensen om de behoefte aan gedragsbevestiging te

bevredigen. Tot slot kan Welzijn op Recept eraan bijdragen dat een deelnemer *variatie in hulpbronnen* krijgt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de welzijnscoach heeft geholpen om een passende activiteit te vinden en dat de deelnemer vervolgens zelf opzoek gaat naar andere activiteiten die zij ook kan ondernemen, waardoor zij meerdere hulpbronnen heeft om dezelfde behoefte te bevredigen.

Uit bovenstaande blijkt dus dat deelnemers door Welzijn op Recept hun zelfmanagementvaardigheden op indirecte manier kunnen ontwikkelen. De vaardigheden die deelnemers ontwikkelen, zullen van persoon tot persoon verschillen omdat deze ontwikkeling ook af hangt van de behoeften die een deelnemer heeft en de activiteit die zij bijwoont. De zelfmanagementvaardigheden helpen de deelnemers om de hulpbronnen te 'managen' en zijn daarom belangrijk om bepaalde behoefte(n) te kunnen bevredigen en een verhoogd niveau van welbevinden te ervaren. Daarom zijn deze vaardigheden onderaan de hiërarchie in figuur 3 geplaatst.

2.3 Voorwaarden om Welzijn op Recept tot een succes te maken voor de deelnemer

In de vorige paragraaf heb ik uiteengezet *waarom* Welzijn op Recept bij kan dragen aan het verhogen van het welbevinden van mensen. Om dit te bereiken, dient echter ook aan een aantal voorwaarden voldaan te worden om de interventie een succes te maken voor de deelnemer. 'Tot een succes maken' duidt er op dat een deelnemer terecht komt bij Welzijn op Recept, het traject voltooit en uiteindelijk ook een verhoogd niveau van welbevinden ervaart. In deze paragraaf bespreek ik een vijftal voorwaarden die belangrijk zijn om de kans op succes van Welzijn op Recept zo groot mogelijk te maken. Deze voorwaarden kunnen worden gezien als fasen waarin het 'mis' kan gaan, waardoor de deelnemer niet instroomt, uitvalt of geen verhoogd niveau van welbevinden ervaart. De voorwaarden zijn:

- 1) De persoon komt bij de welzijnscoach terecht;
- 2) De welzijnscoach is in staat de behoeften en beschikbare hulpbronnen van de deelnemer in kaart te brengen;
- 3) De welzijnscoach is op de hoogte van de sociale kaart en weet wat mogelijk is qua activiteiten in de omgeving van de deelnemer;
- 4) De welzijnscoach is in staat om een passende activiteit te vinden voor de deelnemer;
- 5) De deelnemer vertoont daadwerkelijk het passende gedrag dat noodzakelijk is om haar behoeften te bevredigen.

2.4.1 De persoon komt terecht bij Welzijn op Recept

De eerste voorwaarde om Welzijn op Recept te doen slagen, is dat mensen überhaupt terecht komen bij Welzijn op Recept. Hiervoor is een eerste stap dat mensen met psychosociale klachten naar de huisarts gaan en vervolgens worden doorverwezen naar een welzijnscoach. Wanneer mensen bij de huisarts komen, speelt de huisarts een belangrijke rol. Huisartsen zijn medisch opgeleid en zijn gewend om medicijnen voor te schrijven of patiënten door te verwijzen naar een professional in het medisch domein. Wat echter belangrijk is is dat de huisarts 'het andere gesprek' moet voeren, waarbij zij met een bredere blik naar gezondheid dient te kijken (i.e. *positieve gezondheid*), zodat zij niet focust op de klachten, maar ook naar andere aspecten van gezondheid kijkt (Institute for Positive Health, 2018). Op basis hiervan kan de verwijzer bepalen of Welzijn op Recept al dan niet geschikt is voor de patiënt.

Welzijn op Recept is een interventie die plaatsvindt in het welzijnsdomein. Dit is een hele andere discipline dan waar een huisarts in is opgeleid. Daarom is het hierboven beschreven scenario niet vanzelfsprekend. Om mensen te verwijzen naar het welzijnsdomein, is het namelijk van belang dat huisartsen kennis hebben van welzijn. Eén van de redenen waarom huisartsen patiënten met psychosociale klachten niet doorverwijzen naar Welzijn op Recept is dan ook dat ze niet (genoeg) bekend zijn met het principe van welzijn (Heijnders & Meijs, 2019). Een tweede reden die hieraan gerelateerd is, is dat het verwijzen van mensen naar het welzijnsdomein zo'n andere manier van verwijzen is, dat huisartsen 'vergeten' of er niet aan denken dat dit ook een mogelijkheid is (Heijnders & Meijs, 2019).

Een tweede factor die een rol speelt bij het terechtkomen bij Welzijn op Recept is dat de patiënt open staat voor een verwijzing naar een welzijnscoach en gemotiveerd is. Net zoals voor de huisarts, vraagt de mogelijkheid van Welzijn op Recept om een andere benadering van patiënten. Mensen die hulp willen, komen vaak met klachten bij de huisarts met de verwachting dat ze medicijnen voorgeschreven zullen krijgen of door worden verwezen naar een medische professional/specialist. Wanneer de huisarts de mogelijkheid van Welzijn op Recept voorstelt, dient de patiënt die verwachting aan te passen en er voor open te staan om doorverwezen te worden naar het welzijnsdomein. Daarnaast dient de patiënt gemotiveerd te zijn om de situatie aan te pakken en bereid te zijn andere (gedrags)keuzes te maken (Heijnders & Meijs, 2019). Oftewel, het is van cruciaal belang dat de patiënt intrinsiek gemotiveerd is om van het probleem af te komen, anders zal Welzijn op Recept niet effectief zijn. Het is daarom voor de huisarts belangrijk om na te gaan of Welzijn op Recept past bij de desbetreffende patiënt en of de patiënt voldoende intrinsiek gemotiveerd is om mee te doen aan Welzijn op Recept (Heijnders & Meijs, 2019).

Een derde factor die belangrijk is, is dat het contact tussen de patiënt en de welzijnscoach ook feitelijk tot stand komt. Eerder moest de patiënt na een verwijzing zelf bellen voor een afspraak,

maar dit leidde tot een drop-out percentage tussen de 40 en 50 procent van de eerstelijnszorgverlener en de welzijnscoach (Heijnders et al., 2015). Door het initiatief bij de welzijnscoach te leggen, wordt er voor de desbetreffende persoon een drempel weggehaald.

2.4.2 De welzijnscoach brengt de behoeften en hulpbronnen in kaart

De tweede voorwaarde is dat de welzijnscoach in staat is om de behoeften en beschikbare hulpbronnen van de deelnemer in kaart te brengen. Wanneer blijkt dat Welzijn op Recept passend is bij de situatie en de persoon, is het van belang dat de welzijnscoach de persoon leert kennen. Er moet boven tafel komen wat de behoeften zijn van deelnemer, welke hulpbronnen zij heeft en wat zij vroeger graag deed. Volgens de *ZMW theorie* hangt het kunnen bevredigen van de behoeften namelijk af van de beschikbare hulpbronnen. Daarom is het belangrijk dat de welzijnscoach uitvindt over welke externe hulpbronnen de deelnemer beschikt, zoals hoe het is gesteld met de gezondheid en mobiliteit, inkomen en tijd. Tevens is het van belang dat de welzijnscoach onderzoekt of er wellicht latente hulpbronnen, zoals hobby's van vroeger, zijn. Op basis van deze beschikbare externe en latente hulpbronnen kan de welzijnscoach op zoek gaan naar een passende activiteit die aansluit bij de behoeften en kunnen worden bereikt met de beschikbare hulpbronnen.

Daarnaast is het ook belangrijk dat de welzijnscoach voor ogen heeft in hoeverre de deelnemer beschikt over de benodigde zelfmanagementvaardigheden om de externe en latente hulpbronnen te kunnen beheren en managen en bij de activiteit het juiste gedrag te vertonen. Als het hier nog aan schort, kan de welzijnscoach hier samen met de deelnemer gedurende het traject aan werken, door bijvoorbeeld het zelfvertrouwen te bevorderen.

Zoals naar voren is gekomen in de theorie, zullen de beschikbare hulpbronnen in de verschillende levensfasen veranderen of zelfs verminderen (Steverink, 1996). Dit kan als gevolg hebben dat het lastiger wordt om bepaalde basisbehoeften te bevredigen. Om dit verlies in welbevinden op te vangen, kan de persoon vervolgens meer investeren in behoeften die zij nog wél kan bevredigen (i.e. het substitutieproces). Het kan bijvoorbeeld zijn dat het voor een deelnemer lastig is om de behoefte aan status te vervullen aangezien de deelnemer geen werk of vrijwilligerswerk kan doen (wat een belangrijke bron voor status is) omdat de deelnemer hiertoe lichamelijk niet in staat is. De deelnemer kan dit verlies dan substitueren door te investeren in gedragsbevestiging en affectie door bijvoorbeeld meer contact te zoeken met anderen. De deelnemers die dit substitutieproces nog niet (onbewust) hebben doorgemaakt, zullen hier wellicht hulp bij nodig hebben van de coach. In dat geval dient in kaart gebracht worden welke behoeften nog wél bevredigd kunnen worden met de beschikbare hulpbronnen.

Uit deze voorbeelden volgt dat het voor de welzijnscoach belangrijk is om uit te vinden wat

voor mogelijkheden de deelnemer heeft (i.e. tot welke hulpbronnen iemand beschikking heeft) en welke behoeften hiermee bevredigd kunnen worden. Als het blijkt dat bepaalde behoeften niet bevredigd kunnen worden, dienen de deelnemer en de welzijnscoach op zoek te gaan naar iets waarmee ze dit verlies kunnen vervangen. Hiervoor is het van belang dat de welzijnscoach inzicht heeft in wat belangrijk en minder belangrijk is voor de deelnemer. Om deze behoeften en hulpbronnen in kaart te brengen, is het belangrijk dat er een gespreks situatie ontstaat tussen de welzijnscoach en deelnemer waarin de deelnemer zich op haar gemak en veilig voelt om haar verhaal te delen om een vertrouwensband op te kunnen bouwen met de welzijnscoach (Bertotti et al., 2018; Carnes et al., 2017).

2.4.3 De welzijnscoach weet wat de mogelijkheden zijn

De derde voorwaarde is dat de welzijnscoach op de hoogte is van de sociale kaart en weet wat voor activiteiten er zijn in de omgeving van de deelnemer. Als duidelijk is op welke behoefte(n) ingespeeld dient te worden en welke hulpbronnen beschikbaar zijn, kan er worden gekeken welke activiteit hierbij aansluit. Wat het echter lastig maakt, is dat de welzijnscoach afhankelijk is van het aanbod in de omgeving (Heijnders & Meijs, 2019). Het is dus van cruciaal belang dat de welzijnscoach op de hoogte is van de actuele sociale kaart in de nabije omgeving van de deelnemer en weet wat voor activiteiten georganiseerd worden. Wat het voor de welzijnscoach extra moeilijk maakt, is dat activiteiten soms tijdelijk zijn of slechts in bepaalde perioden worden georganiseerd. Het is dus een kunst op zich op de actuele mogelijkheden voor ogen te houden (Heijnders & Meijs, 2019).

2.4.4 De welzijnscoach komt tot een passende activiteit

De vierde voorwaarde is dat de welzijnscoach in staat is om een passende en geschikte activiteit te vinden voor een deelnemer. De welzijnscoach dient uit het aanbod van activiteiten te komen tot een passende activiteit voor de deelnemer. Deze activiteit kan worden gezien als hulpbron die gericht is op het bevredigen van één of meerdere basisbehoeften. Het is echter niet vanzelfsprekend dat de gekozen activiteit *passend* of *geschikt* is aangezien dit zeer persoonlijk is en dus voor iedereen kan verschillen. Zoals aangestipt in de vorige sub paragraaf, is de welzijnscoach afhankelijk van het actuele aanbod van activiteiten. Het kan daardoor bijvoorbeeld zijn dat er niet een activiteit is die direct aansluit bij de behoefte(n) van een deelnemer. Het zal daarom wel eens kunnen voorkomen dat een deelnemer maar gewoon wat moet proberen om te ontdekken of het al dan niet geschikt is. Daarom is het belangrijk dat de welzijnscoach vinger aan de pols houdt en contact houdt met de deelnemer om in te springen in het geval de activiteit toch niet passend blijkt te zijn.

Daarnaast is het van belang dat de juiste balans gevonden wordt tussen zelfstandigheid van de deelnemer en de ondersteuning/begeleiding van de welzijnscoach (Heijnders & Meijs, 2019). Het is belangrijk dat de welzijnscoach nagaat wat voor begeleiding/ondersteuning de deelnemer precies nodig heeft, mede om de benodigde hulpbronnen te kunnen verwerven. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een deelnemer het fijn vindt dat de welzijnscoach (of een vrijwilliger) de eerste (paar) keer mee gaat naar de activiteit. Dit helpt de welzijnscoach om te beoordelen of de activiteit geschikt is en kan de deelnemer helpen om zich eerder op zijn of haar gemak te kunnen voelen (Bertotti et al., 2018). Wanneer een deelnemer wat onzeker is, kan de begeleiding gedurende de activiteit ook helpen bij het opbouwen van zelfvertrouwen en het vergroten van onafhankelijkheid waardoor de persoon de activiteit eigen kan maken en niet zal afhaken (Pescheny et al., 2018).

Er spelen ook nog een aantal factoren een rol die kunnen bevorderen dat een activiteit passend is. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat een deelnemer zich welkom voelt. Om hieraan bij te dragen dient de activiteit open en toegankelijk te zijn (Meije et al., 2017). Daarnaast speelt de samenstelling van de groep ook een rol bij of een activiteit passend is. Het is namelijk belangrijk dat de deelnemer aansluiting voelt bij de groep; er dient een bepaalde klik te zijn met de andere deelnemers. Hierbij spelen leeftijd en geslacht een belangrijke rol; er dienen bepaalde overeenkomsten te zijn betreft levensfase en beleefwereld (Meije et al., 2017). Als een deelnemer zich niet welkom voelt, of geen aansluiting met de groep ervaart, kan het zijn dat de deelnemer ervaart dat de activiteit niet passend is en bestaat de kans dat de deelnemer afhaakt, waarmee het traject dus niet met succes wordt voltooid.

2.4.5 De deelnemer vertoont het passende gedrag

Tot slot moet de deelnemer daadwerkelijk het passende gedrag vertonen dat noodzakelijk is om haar behoefte(n) te bevredigen. Er is dus ook een belangrijke rol weggelegd voor de deelnemer zelf. Net zoals besproken bij de eerste voorwaarde dat een deelnemer terecht moet komen bij de interventie, is het ook gedurende de rest van het traject van Welzijn op Recept van belang dat de deelnemer intrinsiek gemotiveerd is om iets te veranderen aan de situatie en bereid is om andere (gedrags)keuzes te maken mocht dit noodzakelijk zijn. Wat er bovendien in deze fase van het traject bij komt, is dat de deelnemer in staat is om het passende gedrag te vertonen dat noodzakelijk is om haar behoefte(n) te bevredigen.

Het is belangrijk dat een deelnemer beschikt over de nodige zelfmanagementvaardigheden. Zoals besproken, zijn er zes zelfmanagementvaardigheden (initiatief nemen, zelfeffectief zijn, investeren in hulpbronnen, een positief toekomstperspectief, zorgen voor multifunctionele hulpbronnen en zorgen voor variatie in hulpbronnen) die belangrijk worden geacht bij het

verwerven, gebruiken en investeren in de juiste doelen en middelen om zowel fysiek als sociaal welbevinden te bereiken en zo lang mogelijk te behouden. Eerder (zie paragraaf 2.2.4.2) is aangegeven dat het (aan)leren van zelfmanagementvaardigheden een indirect onderdeel is van het traject. Maar er zijn ook vaardigheden waarover een deelnemer in enige mate moet beschikken om het traject succesvol te laten zijn, en daarmee een voorwaarde zijn voor het instromen en voltooiën van Welzijn op Recept en het ervaren van een hoger niveau van welbevinden. Hiervoor is het van belang dat de deelnemer *alle* zelfmanagementvaardigheden in enige mate beheerst. De ene vaardigheid zal echter wel belangrijker zijn dan de andere. Daarom zal ik hieronder een drietal vaardigheden toelichten die in ieder geval van belang zijn voor het met succes afronden van het traject.

Het gaat ten eerste om de vaardigheid van *self-efficacy*, wat het geloof in eigen kunnen behelst. Zonder deze zelfmanagementvaardigheid zullen de deelnemers namelijk niet zo snel in actie komen (Alma et al., 2013). Het beschikken over deze vaardigheid is van belang in verschillende fasen van het traject. Zo is het belangrijk bij het nemen van de eerste stap, het naar de huisarts gaan en vervolgens ook bij het eerste gesprek met de welzijnscoach en het bezoeken van de activiteit. Echter, *self-efficacy* alleen is vaak niet genoeg. Zelfs als men gelooft in eigen kunnen, dient de deelnemer nog actie te ondernemen om het gewenste resultaat daadwerkelijk te bereiken (Alma et al., 2013). Hiervoor zijn de vaardigheden van *initiatief nemen* en een *positief toekomstperspectief* belangrijk. Deelnemers moeten initiatief nemen om bijvoorbeeld daadwerkelijk in contact te komen met andere mensen. Daarnaast moeten ze positief blijven wanneer de activiteit bij de eerste keer tegenvalt of überhaupt niet de gehoopte uitwerking heeft.

Bij het voorgaande komt naar voren dat de zelfmanagementvaardigheden belangrijk zijn voor de deelnemer om de activiteit bij te blijven wonen en dus ‘therapiegetrouw’ te zijn. Therapietrouw is de mate waarin iemand naleeft wat de behandelaar heeft aanbevolen met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen, gedragsmatige interventies en het opvolgen van bepaalde leefregels (Noorlander & de Niet, 2010). In relatie tot Welzijn op Recept betekent dit dat de deelnemer de activiteit bijwoont waartoe de welzijnscoach en de deelnemer samen zijn gekomen. Het is daarbij niet alleen van belang dat de deelnemer bij de activiteit aanwezig is, maar zich ook op een bepaalde manier gedraagt. Wanneer bijvoorbeeld iemand met eenzaamheidsklachten naar een buurthuis gaat, dient diegene zich wel open te stellen om in contact te komen met anderen. Anders zal de activiteit niet zijn uitwerking hebben. Tevens is het van belang dat de deelnemer de activiteit blijft bijwonen. Om de afspraken na te komen en de activiteit te blijven bijwonen, dient de deelnemer dus te beschikken over de hierboven genoemde zelfmanagementvaardigheden.

Uit bovenstaande blijkt dus dat het belangrijk is dat de deelnemer gemotiveerd is, beschikt over de nodige zelfmanagementvaardigheden en zich houdt aan de gemaakte afspraken. Op deze

manier is iemand in staat om zijn of haar behoefte(n) te bevredigen, wat vervolgens een positieve uitwerking zal hebben op het ervaren welbevinden. Daarmee draagt de deelnemer, naast de verwijzer en de welzijnscoach, dus zelf ook een verantwoordelijkheid om Welzijn op Recept met succes te kunnen voltooien.

2.4 Slotsom theoretisch kader

In dit hoofdstuk is de theoretische basis die de nadere uitwerking vormt van de vraagstellingen besproken. Hierbij is uitgelegd dat Welzijn op Recept is gebaseerd op de uitgangspunten van *positieve psychologie* en *positieve gezondheid*. De focus ligt hierbij, net zoals bij Welzijn op Recept, op wat iemand nog wél kan in plaats van de klachten die iemand ervaart. Uit de uiteenzetting van *Zelfmanagement van Welbevinden theorie* volgt dat deze theorie kan verklaren *waarom* en op *welke manier* Welzijn op Recept werkt. Er wordt in het programma namelijk ingespeeld op de behoefte(n) die een deelnemer heeft en de beschikbare hulpbronnen van de deelnemer, waardoor het welbevinden van de deelnemer wordt bevorderd. Uit de theorie blijkt echter dat dit niet vanzelfsprekend is, aangezien het in verschillende fasen gedurende de interventie 'mis' kan gaan waardoor de deelnemer niet terecht komt bij Welzijn op Recept, het traject niet voltooit of niet het verhoogde niveau van welbevinden ervaart. Om de interventie daadwerkelijk tot succes te maken voor de deelnemer zijn daarom vijf voorwaarden onderscheiden, waarbij een rol voor zowel de verwijzer, welzijnscoach als deelnemer is weggelegd.

3. Kwantitatieve uitwerking: Effecten van Welzijn op Recept

Zoals eerder is vermeld, bevat deze studie zowel een kwantitatief als een kwalitatief deel (i.e. ‘Mixed methods’). Het kwantitatieve gedeelte is gericht op de eerste onderzoeksvraag over de effecten van Welzijn op Recept. Het kwalitatieve gedeelte richt zich op de tweede en derde onderzoeksvraag over de ervaringen met en succesvoorwaarden voor Welzijn op Recept. Het kwalitatieve gedeelte vormt daarmee een aanvulling op de kwantitatieve gegevens die reeds zijn verzameld door de gemeente Midden-Groningen. De functie van het kwalitatieve onderzoek hierbij is om de bevindingen en resultaten van de kwantitatieve gegevens beter te kunnen interpreteren, begrijpen en verklaren om op deze manier inzicht te verkrijgen in de processen die schuilen achter de cijfers, zoals onderliggend gedrag, percepties, ervaringen en motivaties (Hennink et al., 2011). In dit hoofdstuk bespreek ik het kwantitatieve gedeelte over de effecten van Welzijn op Recept, waarbij ik in paragraaf 3.1 de methoden en in paragraaf 3.2 de resultaten van de analyse bespreek. In hoofdstuk 4 behandel ik achtereenvolgens de kwalitatieve methoden en resultaten over de ervaringen met en succesvoorwaarden voor Welzijn op Recept.

3.1 Kwantitatieve methoden

3.1.1 Deelnemers aan het onderzoek en procedure

De eerste onderzoeksvraag luidt: *“Wat is het effect van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen op het welbevinden van de deelnemers?”*. Deze onderzoeksvraag zal worden beantwoord aan de hand van gegevens die door de vier welzijnscoaches die werkzaam zijn in de gemeente Midden-Groningen, zijn verzameld. De data zijn verzameld gedurende de gesprekken die de vier welzijnscoaches hebben gehad met hun deelnemers. Hiervoor maken zij gebruik van het Spinnenweb van *positieve gezondheid*, dat zij inzetten als gespreksinstrument (van Steekelenburg et al., 2016). De deelnemer diende tijdens het eerste gesprek met de welzijnscoach op een schaal van één tot tien een waardering te geven aan elk van de zes dimensies van het Spinnenweb. Tijdens het evaluatiegesprek, dat plaats vindt als er een passende activiteit is gevonden voor de deelnemer en de deelnemer geen begeleiding meer nodig heeft van de welzijnscoach, werd deze gesprekstool opnieuw ingezet en diende de deelnemer opnieuw haar waardering te geven. Er is dus zowel een voormeting als een nameting gedaan. De data zijn verzameld tussen november 2020 en juli 2021.

De data zijn dus afkomstig van mensen die deel hebben genomen aan Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen. Vanaf het moment dat de welzijnscoaches begonnen met de monitoring aan de hand van het Spinnenweb van *positieve gezondheid* in november 2020, zijn er tot en met juli 2021 in totaal 198 personen verwezen naar Welzijn op Recept. Hiervan is van 97 personen bij het eerste gesprek de beoordeling van de pijlers van het Spinnenweb geregistreerd. Dit betekent

dat 101 personen het Spinnenweb niet hebben ingevuld. Redenen dat deze mensen het Spinnenweb niet hebben ingevuld zijn onder andere dat deelnemers niet in staat waren om een oordeel te vellen over de verschillende dimensies van het Spinnenweb van *positieve gezondheid*. Uit de opmerkingen van de welzijnscoaches bij de data blijkt bijvoorbeeld dat er deelnemers waren die aan hebben gegeven dat ze het niet wisten, het lastig vonden om in te vullen of het ergens anders al eens eerder hadden ingevuld.

Van de deelnemers die een oordeel hebben gegeven bij het eerste gesprek, hebben 47 deelnemers ook bij het evaluatiegesprek een oordeel gegeven. Zoals eerder aangegeven is het streven om een traject na ongeveer drie maanden af te sluiten, maar verschilt de trajectduur per deelnemer aangezien de ene deelnemer langer begeleiding nodig heeft dan de andere deelnemer. De tijd tussen de voor- en nameting was daarmee ook variabel. Er zijn dus 47 deelnemers die zowel de voor- als de nameting volledig hebben ingevuld. Dit betekent dat er in totaal 50 deelnemers zijn die wel de voormeting maar niet de nameting niet hebben gedaan, wat kan worden toegeschreven aan verschillende oorzaken. Ten eerste hebben (nog) niet alle deelnemers een evaluatiegesprek gehad, waardoor de nameting mist. Dit komt in de meeste gevallen doordat deelnemers het traject nog niet hebben afgerond. De welzijnscoaches gaven namelijk aan dat het in Coronatijd lastiger was om een passende activiteit te vinden. Dit kwam onder andere door de beperkende maatregelen met betrekking tot het organiseren van activiteiten en het beperkt aantal sociale contacten. Ten tweede zijn er deelnemers die het traject niet volledig hebben voltooid, dus gedurende de interventie zijn uitgevallen. Ten derde zijn er deelnemers die wel een evaluatiegesprek hebben gehad, maar waarbij het Spinnenweb niet (opnieuw) is ingezet aangezien het volgens de coach niet passend of van toegevoegde waarde was om het Spinnenweb opnieuw in te vullen. Hierdoor zijn de gegevens incompleet, waardoor ze niet meegenomen kunnen worden in de analyse.

Uit bovenstaande blijkt dat de welzijnscoaches niet zonder meer het Spinnenweb inzetten bij elk gesprek. In de focusgroep, die is georganiseerd met de welzijnscoaches voor de tweede en derde onderzoeksvraag, gaven ze dan ook aan dat ze het alleen inzetten als het volgens hen van toegevoegde waarde is voor de deelnemer. Hierbij merkten de coaches op dat ze het niet verplicht in willen moeten zetten voor onderzoeksdoeleinden. Het Spinnenweb van *positieve gezondheid* is in lijn hiermee dan ook (slechts) bedoeld als gesprekstoel en niet als meetinstrument (Instrumentwijzer, z.j.; van Vliet et al., 2021). Het is dan ook de vraag in hoeverre de gegevens die zijn verzameld zijn op een gevalideerde manier geanalyseerd kunnen worden. Hier zal ik daarom in de discussie op terugkomen.

3.1.2 Operationalisatie

De variabelen die worden gebruikt om de kwantitatieve onderzoeksvraag te beantwoorden, zullen kort worden beschreven. Zoals eerder vermeld, zijn de data verzameld aan de hand van het Spinnenweb van *positieve gezondheid*. Tijdens het gesprek met de welzijnscoach diende de deelnemer elke dimensie ('Lichaamsfuncties', 'Mentaal welbevinden', 'Zingeving', 'Kwaliteit van leven', 'Meedoen' en 'Dagelijks functioneren') van het Spinnenweb te beoordelen met een cijfer tussen de één en de tien. Hierbij duidt een lagere score op een lagere beoordeling van de dimensie (dat wil zeggen dat hier nog verbetering in mogelijk is) en een hogere score een hogere waardering. Mede op basis hiervan kan de welzijnscoach een concreter beoordelen over wat de deelnemer nodig heeft.

In het onderzoek worden enkele controlevariabelen gebruikt om voor mogelijke invloedrijke factoren te controleren, namelijk geslacht en leeftijd. Van de 47 deelnemers zijn 18 man (38.30%) en 29 vrouw (61.70%). Voor de leeftijd is het geboortjaar waarnaar is gevraagd door de welzijnscoach omgezet naar leeftijd. In de dataset is de leeftijd in jaren van de deelnemers meegenomen, die varieert tussen de 20 jaar en 91 jaar. De gemiddelde leeftijd bedraagt 62 jaar. Voor de analyse is de variabele opgedeeld in twee groepen, namelijk 65-min en 65-plus. Het is interessant om deze twee groepen met elkaar te vergelijken aangezien uit de literatuur is gebleken dat het naarmate mensen ouder worden, het moeilijker wordt om bepaalde behoeften te bevredigen door het verlies in hulpbronnen. Daarbij verandert het leven voornamelijk bij mensen die met pensioen gaan, aangezien het werk een belangrijke hulpbron is (Steверink et al., 1998). Daarom heb ik ervoor gekozen om 65-minners en 65-plussers met elkaar te vergelijken. 25 van de 47 deelnemers zijn 65-plus (53.20%) en 22 deelnemers zijn 65-min (46.80%).

3.1.3 Statistische analyseopzet

Voor de analyse heb ik eerst de univariate en bivariate statistieken onderzocht en beschreven. De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van *t*-toetsen tussen gemiddelden (i.e. gepaarde *t*-toetsen). Dit betekent dat er wordt onderzocht of er een significant verschil bestaat in de beoordeling van de dimensies van *positieve gezondheid* tussen de voor- en de nameting. Dit heb ik gedaan voor alle zes dimensies van *positieve gezondheid*. Om te controleren voor leeftijd en geslacht heb ik deze analyses herhaald voor mannen, vrouwen, 65-minners en 65-plussers om te ontdekken wat de verschillen zijn. Daarnaast heb ik (extra) onafhankelijke *t*-toetsen uitgevoerd om de verschillen tussen de voor- en nameting tussen mannen en vrouwen te toetsen (i.e. *t*-toets van de verschillen in verschilcores tussen de voor- en nameting tussen mannen en vrouwen). Hetzelfde heb ik gedaan voor de verschillen tussen 65-minners en 65-plussers. Tevens heb ik met (extra)

onafhankelijke *t*-toetsen nog gekeken naar de verschillen tussen en mannen en vrouwen en 65-minners en 65-plussers bij zowel de voormeting als de nameting. Vanwege het grote aantal toetsen dat ik heb uitgevoerd, heb ik de kritieke *p*-waarde verlaagd van 0.05 naar 0.01.

3.2 Kwantitatieve resultaten

In deze paragraaf bespreek ik de kwantitatieve resultaten om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze luidde als volgt: “*Wat is het effect van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen op het welbevinden van de deelnemers?*”. Voordat de analyses zijn uitgevoerd, heb ik gekeken naar de frequentieverdelingen van de variabelen (i.e. univariate statistieken). Deze zijn bijgevoegd in bijlage 1. Ook heb ik gekeken naar de samenhang tussen de variabelen (i.e. bivariate statistieken) en heb ik de assumpties voor het uitvoeren van *t*-toetsen gecontroleerd. De bivariate statistieken zijn toegevoegd in de tweede bijlage. De toelichting van de assumptiecontrole zijn bijgevoegd in de derde bijlage.

Vervolgens heb ik de analyses uitgevoerd om de kwantitatieve onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. De beschrijving van de analyses en een uitgebreide uitwerking is bijgevoegd in de tweede bijlage.

3.2.1 Verschillen tussen de voor- en nameting

Om te onderzoeken wat de effecten zijn van Welzijn op Recept, beoordeel ik aan de hand van partiële *t*-toetsen wat de verschillen zijn in de scores van de dimensies van *positieve gezondheid* tussen de voor- en nameting. De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1: Verschillen tussen de voor- en nameting op de dimensies positieve gezondheid (*n* = 47)

Variabelen	Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Gemiddelde verschil (SD)	<i>t</i> -waarde
Lichaamsfuncties	6.02 (1.39)	6.71 (1.21)	0.69 (1.03)	4.60*
Mentaal welbevinden	5.79 (1.90)	7.09 (1.20)	1.30 (1.88)	4.74*
Zingeving	6.21 (1.69)	7.30 (1.18)	1.09 (1.76)	4.24*
Kwaliteit van leven	6.30 (1.47)	7.28 (1.16)	0.98 (1.80)	3.73*
Meedoen	6.21 (1.93)	7.22 (1.44)	1.01 (1.60)	4.32*
Dagelijks functioneren	6.66 (1.09)	7.16 (0.98)	0.50 (1.21)	2.83*

*significant bij *p*<0.01

Uit de resultaten blijkt dat deelnemers aan Welzijn op Recept gemiddeld significant hoger scoren op alle dimensies van *positieve gezondheid* als ze het programma hebben doorlopen. Het grootste verschil is waar te nemen op de dimensie ‘Mentaal welbevinden’, waarbij het verschil tussen de voor- en nameting 1.30 bedraagt. Dit betekent dat Welzijn op Recept, gezien de schaal van 1-10, een

behoorlijke invloed heeft op het mentale welbevinden van mensen. Tevens lijkt Welzijn op Recept redelijk bij te dragen aan de dimensies ‘Zingeving’, ‘Meedoen’ en ‘Kwaliteit van leven’, waar ongeveer een stijging van één punt is te zien. De effecten op de twee dimensies ‘Lichaamsfuncties’ en ‘Dagelijks functioneren’ zijn kleiner.

Dat de grootste verschillen tussen de voor- en nameting zijn waar te nemen op de dimensies van ‘Mentaal welbevinden’, ‘Zingeving’, ‘Meedoen’ en ‘Kwaliteit van leven’, is niet verwonderlijk. Welzijn op Recept speelt namelijk het meeste in op factoren van de sociale gezondheid en het sociale welbevinden, waaronder de bovengenoemde dimensies zijn te scharen. Op de dimensies ‘Dagelijks functioneren’ en ‘Lichaamsfuncties’ heeft Welzijn op Recept minder invloed, aangezien deze meer te maken hebben met de fysieke gezondheid en het fysieke welbevinden en minder te beïnvloeden zijn. Welzijn op Recept kan bijvoorbeeld niet oplossen dat iemand ziek is en daardoor zichzelf niet meer kan redden (‘Dagelijks functioneren’) en zich niet goed voelt (‘Lichaamsfuncties’). Wel kan door de focus te leggen op wat iemand nog wél kan, eraan bij worden gedragen dat iemand geniet van het leven (‘Kwaliteit van leven’), zich vrolijk voelt (‘Mentaal welbevinden’), goed contact heeft met anderen (‘Meedoen’) en vertrouwt op de toekomst (‘Zingeving’). Hier is Welzijn op Recept dan ook voor bedoeld en op gericht.

3.2.2 Verschillen tussen de voor- en nameting bij mannen en vrouwen

Vervolgens beoordeel ik of er ook verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen en zo ja, wat deze verschillen zijn. Daarvoor is bovenstaande analyse eerst uitgevoerd voor mannen en vervolgens voor vrouwen. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2: Verschillen tussen de voor- en nameting op de dimensies positieve gezondheid voor mannen en vrouwen

Variabelen	Mannen (n=18)			t-waarde	Vrouwen (n=29)			t-waarde
	Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Gemiddelde verschil (SD)		Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Gemiddelde verschil (SD)	
Lichaamsfuncties	6.11 (1.53)	6.83 (1.15)	0.72 (1.02)	3.01*	5.97 (1.32)	6.64 (1.26)	0.67 (1.06)	3.43*
Mentaal welbevinden	6.11 (1.84)	7.39 (1.20)	1.28 (1.60)	3.39*	5.59 (1.94)	6.90 (1.18)	1.31 (2.05)	3.43*
Zingeving	6.44 (1.54)	7.33 (1.54)	0.89 (1.75)	2.16	6.07 (1.79)	7.28 (1.13)	1.21 (1.78)	3.65*
Kwaliteit van leven	6.44 (1.46)	7.33 (1.14)	0.89 (1.61)	2.35	6.21 (1.50)	7.24 (1.19)	1.03 (1.94)	2.87*
Meedoen	6.33 (1.50)	7.11 (1.23)	0.78 (0.81)	4.08*	6.14 (2.18)	7.29 (1.58)	1.16 (1.94)	3.20*
Dagelijks functioneren	6.56 (1.29)	7.33 (1.09)	0.78 (1.40)	2.36	6.72 (0.96)	7.05 (0.91)	0.33 (1.07)	1.65

* significant bij $p < 0.01$

Het grootste verschil tussen de voor- en nameting is zowel bij de mannen als bij de vrouwen waar te nemen op de dimensie 'Mentaal welbevinden', waar ook in de algemene analyse de grootste toename in te zien was. Wat opvallend is, is dat de mannelijke deelnemers bij de voormeting gemiddeld hogere cijfers toekennen aan de verschillende dimensies van *positieve gezondheid* dan de vrouwen. Dit geldt voor alle dimensies, met uitzondering van 'Dagelijks functioneren', waar de vrouwen 0.16 hoger scoren dan de mannen. Bij de nameting scoren de mannen ook hoger op alle dimensies dan de vrouwen, behalve op de dimensie van 'Meedoen'. Als ik deze verschillen tussen de mannen en vrouwen bij de voor- en nameting toets met een extra analyses, blijken deze echter niet significant te zijn. Dit betekent dat we in de populatie niet kunnen stellen dat het per se het geval is dat de mannen zowel op de voor- als nameting hoger scoren dan de vrouwen. De uitwerking van deze extra analyses is in de tweede bijlage te vinden.

Wat tevens opvalt, is dat de verschillen tussen de voor- en nameting bij de meeste dimensies bij de vrouwen groter zijn dan bij de mannen, met uitzondering van de dimensies 'Lichaamsfuncties' en 'Dagelijks functioneren'. Met een extra *t*-toets heb ik getoetst of deze verschillen tussen de voor- en nameting tussen de mannen en vrouwen significant zijn, welke ik uitgebreid heb uitgewerkt in de tweede bijlage. Hieruit blijkt dat er geen significante verschillen bestaan. Dit betekent dat effecten van Welzijn op Recept op de dimensies van *positieve gezondheid* in de populatie voor de vrouwen niet per definitie groter zijn dan voor de mannen.

In het algemeen kan worden gesteld dat de effecten (i.e. de verschillen tussen de voor- en nameting) bij de vrouwen groter zijn dan bij de mannen, al zijn deze verschillen in verschillen scores dus niet significant. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de vrouwen in het algemeen aan het begin van het programma van Welzijn op Recept al lager scoorden, waardoor het wellicht vanzelfsprekender is dat de scores meer stijgen. Dit zou kunnen worden verklaard door het feit dat vrouwen in het algemeen meer vatbaar zijn voor negatieve emoties dan mannen en daardoor een lager algemeen welbevinden kunnen ervaren (CBS, 2015).

3.2.3 Verschillen tussen de voor- en nameting bij 65-minners en 65-plussers

Tot slot maak ik een vergelijking tussen 65-minners en 65-plussers. Uit de literatuur is namelijk gebleken dat het voor mensen die met pensioen zijn wellicht lastiger wordt om hun behoeften te bevredigen doordat bepaalde hulpbronnen wegvallen (Steverink et al., 1998). Het is daarom interessant om te kijken of dit ook terug is te zien bij de beoordeling op basis van het Spinnenweb van *positieve gezondheid*. Hiervoor zijn opnieuw dezelfde analyses uitgevoerd als bij de verschillen tussen mannen en vrouwen, eerst voor 65-minners en vervolgens voor 65-plussers. De resultaten van deze analyses zijn weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3: Verschillen tussen de voor- en nameting op de dimensies positieve gezondheid voor 65-minners en 65-plussers

Variabelen	65-minners (n=22)			t-waarde	65-plussers (n=25)			t-waarde
	Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Gemiddelde verschil (SD)		Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Gemiddelde verschil (SD)	
Lichaamsfuncties	6.09 (0.92)	7.09 (1.31)	1.00 (1.02)	4.06*	5.96 (1.49)	6.38 (1.35)	0.42 (0.84)	2.51
Mentaal welbevinden	5.41 (1.84)	7.32 (1.09)	1.91 (2.07)	4.33*	6.12 (1.92)	6.88 (1.27)	0.76 (1.54)	2.48
Zingeving	6.32 (1.81)	7.64 (1.18)	1.32 (1.89)	3.28*	6.12 (1.62)	7.00 (1.12)	0.88 (1.64)	2.68
Kwaliteit van leven	6.23 (1.60)	7.50 (1.19)	1.27 (2.08)	2.88	6.36 (1.38)	7.08 (1.12)	0.72 (1.51)	2.38
Meedoen	5.91 (2.31)	7.36 (1.62)	1.46 (2.11)	3.23*	6.48 (1.53)	7.10 (1.29)	0.62 (0.83)	3.72*
Dagelijks functioneren	6.64 (1.00)	7.36 (1.05)	0.73 (1.24)	2.75	6.68 (1.18)	6.98 (0.90)	0.30 (1.27)	1.28

* significant bij $p < 0.01$

Wat opvalt, is dat de verschillen tussen de voor- en nameting op alle dimensies bij de deelnemers van 65-min bijna twee keer zo groot zijn dan bij de deelnemers van 65-plus. Het lijkt er dus op dat Welzijn op Recept meer effect heeft op de 65-minners dan de 65-plussers. Als ik deze verschillen in verschillen tussen de 65-minners en 65-plusser toets met een extra toets, blijken deze verschillen echter niet significant te zijn. Als we echter een iets minder strenge kritieke grens nemen van 0.05, is het verschil van de verschillen van 'Mentaal welbevinden' tussen 65-minners en 65-plussers wel significant ($M_{65-min} = 1.91$ en $M_{65-plus} = 0.76$, $t(45) = 2.18$; $p = 0.04$). Voor de overige dimensies geldt dat de effecten van Welzijn op Recept bij de 65-minners niet vanzelfsprekend groter zijn dan bij de 65-plussers. Voor de geïnteresseerden is deze analyse bijgevoegd in de tweede bijlage. Het grootste verschil bij de 65-minners is te zien op de dimensie 'Mentaal welbevinden', welk verschil bij de 65-plussers een stuk kleiner is. Aangezien uit de hierboven beschreven analyse is gebleken dat het verschil in deze verschillen significant is op een niveau van 0.05, kan er worden gesteld dat een deel van het effect van de dimensie 'Mentaal welbevinden' kan worden verklaard door leeftijd.

Wat daarnaast opvalt bij de verschillen tussen de voor- en nameting bij 65-minners en 65-plussers is dat de verschillen tussen de voormetingen niet zo groot zijn. De 65-minners scoren echter op alle dimensies bij de nameting hoger scoren dan de 65-plussers. Daarom heb ik deze verschillen tussen de 65-minners en 65-plussers bij de voor- en nameting ook getoetst met extra analyses (zie bijlage 2). Hieruit blijkt dat de verschillen bij de voormeting tussen 65-minners en 65-plussers niet significant zijn. Dit betekent dat er in de populatie niet per definitie een verschil is in de scores die 65-minners en 65-plussers toekennen aan de zes dimensies bij de voormeting. Als we kijken naar de nameting blijkt dat 65-minners een significant hogere score toekennen op de dimensie 'Lichaamsfuncties' dan de 65-plussers op een niveau van 0.05 ($M_{65-min} = 7.09$ en $M_{65-plus} = 6.38$, $t(45) = 2.08$; $p = 0.04$). Dit valt wellicht te verklaren door het feit dat 65-minners in het algemeen minder te kampen hebben met gezondheidsproblemen dan 65-plussers.

3.3 Slotsom effecten Welzijn op Recept

De resultaten laten zien dat de deelnemers na het afronden van Welzijn op Recept hogere scores toekennen op de zes dimensies van *positieve gezondheid*. Dit wijst erop dat Welzijn op Recept bijdraagt aan het welbevinden van mensen. Daarnaast wijzen de resultaten op verschillen in effectiviteit van Welzijn op Recept van leeftijd en geslacht. Maar door het klein aantal deelnemers dat opgenomen is in de analyse, is nader onderzoek nodig om hierover harde conclusies te kunnen trekken. Hier zal ik dan ook in de discussie op terugkomen.

4. Kwalitatieve uitwerking: Ervaringen met en succesvoorwaarden voor Welzijn op Recept

In dit hoofdstuk behandel ik, zoals eerder aangekondigd, het kwalitatieve gedeelte van de studie. In paragraaf 4.1 bespreek ik de kwalitatieve methoden en in paragraaf 4.2 bespreek ik de kwalitatieve resultaten met betrekking tot de tweede en derde onderzoeksvraag over de ervaringen met Welzijn op Recept en wat voorwaarden zijn zodat de deelnemer terecht komt bij Welzijn op Recept, het traject voltooit én een verhoogd niveau van welbevinden ervaart.

4.1 Kwalitatieve methoden

4.1.1 Rechtvaardiging van de methode

Naast het kwantitatieve effect van Welzijn op Recept, is het ook belangrijk om in beeld te brengen wat de subjectieve ervaringen van betrokkenen bij Welzijn op Recept zijn aangezien, zoals eerder genoemd, de verhalen achter de cijfers nog meer inzicht geven. Daarom is de tweede onderzoeksvraag opgesteld, die luidt: *“Wat zijn de subjectieve ervaringen met Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen? Wat voor invloed heeft het op de levens van de deelnemers en hun zorggebruik?”*. Tevens is het zoals genoemd van belang om te onderzoeken wat voorwaarden zijn waaraan voldaan moet worden zodat deelnemers het traject met succes voltooien (i.e. dat deelnemers terecht komen bij Welzijn op Recept, het traject voltooien en een verhoogd niveau van welbevinden ervaren), wat is geformuleerd in de derde onderzoeksvraag: *“Wat zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om Welzijn op Recept voor de deelnemer tot een succes te maken?”*.

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, heb ik informatie vergaard bij deelnemers, welzijnscoaches en verwijzers. Hiervoor heb ik kwalitatief onderzoek ingezet. Kwalitatief onderzoek wordt in het algemeen gebruikt voor het in detail begrijpen van menselijk gedrag, meningen, normen, emoties, ideeën en processen vanuit het perspectief van de bestudeerden. Op deze manier kan de betekenis worden onderzocht die individuen geven aan hun ervaringen (Hennink et al., 2011). Het doel van het kwalitatieve onderzoek was om te ondervinden hoe deelnemers Welzijn op Recept beleven en ervaren, wat voor invloed het heeft op het leven van de deelnemers en wat voorwaarden zijn voor het succesvol voltooien van Welzijn op Recept. De onderwerpen die ik moest bespreken waren complex en konden gevoelig liggen. Om deze redenen was het uitvoeren van kwalitatief onderzoek passend, aangezien er een vertrouwensband kon worden opgebouwd met de participanten waardoor er wellicht meer en diepere informatie aan het licht kwam (Reulink & Lindeman, 2005). Bovendien is het alleen via kwalitatief onderzoek mogelijk om inzicht te krijgen in ervaringen van individuen, op welke manier en waarom het programma bijdraagt aan het

welbevinden. Daarom is kwalitatief onderzoek passend om de onderzoeksvragen mee beantwoorden.

Er bestaan verschillende methoden om data te verzamelen voor kwalitatief onderzoek. Hieronder bespreek ik welke methode voor welke doelgroep is ingezet en waarom. Ten eerste heb ik diepte-interviews afgenomen met deelnemers van Welzijn op Recept. Een diepte-interview is een één op één methode voor het verzamelen van data waarbij een interviewer en een geïnterviewde (participant) een bepaald onderwerp tot in de diepte bespreken. Een diepte-interview is in feite een gesprek met een bepaald doel, namelijk het verkrijgen van inzicht in een bepaalde situatie. In dit geval betekent dit dat ik inzicht wilde verkrijgen in de ervaringen van de deelnemers met Welzijn op Recept, zoals hoe ze er terecht zijn gekomen, hoe de gesprekken met de welzijnscoach waren, wat voor activiteit ze hebben bijgewoond en wat voor invloed het traject op hun leven heeft gehad. Tevens hoopte ik met de interviews aan het licht te brengen wat mogelijke voorwaarden zijn voor succes, zoals motivatie en therapietrouw. Het ging om een semi-gestructureerde interviews, wat inhoudt dat ik vooraf een algemeen interviewschema heb opgesteld met algemenere geformuleerde vragen maar waar ik als interviewer gedurende de interviews van af kon wijken (Hennink et al., 2011).

Daarnaast heb ik ook semi-gestructureerde interviews afgenomen met eerstelijns hulpverleners die patiënten verwijzen naar Welzijn op Recept. Het doel van deze interviews was voornamelijk om inzicht te verkrijgen in de voorwaarden voor succes, in het bijzonder over *wanneer* en *welke* patiënten worden doorverwezen naar de welzijnscoach. Zo hoopte ik te ondervinden of en wanneer verwijzers hun patiënten doorverwijzen naar de welzijnscoach en wat voor invloed Welzijn op Recept heeft op het zorggebruik van de patiënten die ze doorverwijzen. Hiervoor waren diepte-interviews geschikt aangezien ik als interviewer door kon vragen om op die manier diepgaandere informatie te verwerven om meer inzicht te verkrijgen.

Als laatste heb ik een focusgroep gehouden met de welzijnscoaches. Een focusgroep is een interactieve discussie met een aantal voorgeselecteerde participanten, die geleid wordt door een bemiddelaar. Hierbij wordt in gesprek gegaan en gediscussieerd over een aantal onderwerpen of kwesties (Hennink et al., 2011). Het voornaamste doel van de focusgroep in het huidige onderzoek was om inzicht te verkrijgen in hoe de vier welzijnscoaches van de gemeente Midden-Groningen denken over Welzijn op Recept. Graag wilde ik te weten komen hoe de welzijnscoaches het gesprek met de deelnemers aangaan en hoe ze komen tot een passende activiteit. Ook was ik benieuwd naar wat voor effecten de welzijnscoaches zien bij de deelnemers en wat volgens de welzijnscoaches voorwaarden zijn zodat de deelnemers het traject met succes kunnen voltooien en ook daadwerkelijk een verhoogd niveau van welbevinden ervaren. Ik heb voor deze vorm van dataverzameling gekozen omdat de welzijnscoaches gedurende de focusgroep met elkaar in gesprek

konden gaan zodat er op een interactieve manier data werden verzameld. De mogelijkheid tot groepsinteractie was belangrijk omdat de welzijnscoaches elkaar op deze manier op bepaalde gedachten konden brengen, wat kon leiden tot meer informatie of verklaringen doordat ze met elkaar in gesprek konden gaan. Dit kon vervolgens leiden tot een dieper begrip van de kwesties en daarmee dus ook rijkere data. Door de interactie ontstond ook de mogelijkheid dat er op een spontane manier informatie naar boven kwam die bij een diepte-interview vaak niet naar voren komt.

4.1.2 Selectie en werving van de participanten

Bij het selecteren van de participanten voor de interviews heb ik gebruik gemaakt van de methode van 'gatekeepers'. 'Gatekeepers' zijn degenen die een prominente rol hebben in de organisatie. Vaak beschikken zij over de benodigde kennis van leden van de gemeenschap om te bepalen wie mee zouden kunnen doen aan het onderzoek en hebben zij genoeg invloed om mensen te motiveren om mee te werken aan het onderzoek (Hennink et al., 2011).

In dit onderzoek zijn de welzijnscoaches de gatekeepers die ik heb ingeschakeld om te helpen met het selecteren van participanten. De programmaleider van Zorg Nabij, waarvan Welzijn op Recept een onderdeel is, heeft mij in contact gebracht met de welzijnscoaches van de gemeente Midden-Groningen. De welzijnscoaches hebben vervolgens in hun netwerk van deelnemers gekeken wie geschikt zou zijn voor het onderzoek en vervolgens gevraagd wie bereid was mee te werken aan een interview over hun ervaringen met Welzijn op Recept. Hierbij hebben de coaches gekeken in welke fase van de interventie de deelnemers zaten. Deelnemers die bijvoorbeeld nog maar één gesprek hadden gehad met de welzijnscoach waren niet geschikt aangezien zij nog geen oordeel konden geven over het effect. Daarom hebben de welzijnscoaches deelnemers benaderd die al een aantal gesprekken hadden gehad en waar al een activiteit voor was gevonden. Ook benaderden ze enkele deelnemers die het traject al volledig hadden afgesloten.

Ook hebben de welzijnscoaches geholpen bij het werven van verwijzers. Er zijn verschillende huisartsenpraktijken in de gemeente Midden-Groningen waar een huisarts of POH-GGZ patiënten verwijst naar Welzijn op Recept. Aangezien de verwijzers het druk hebben en meerdere verwijzers al vaker mee hebben gewerkt aan interviews voor onderzoek, zijn niet alle verwijzers benaderd met de vraag of ze bereid zouden zijn om mee te werken aan dit huidige onderzoek.

De welzijnscoaches hebben dus een belangrijke mediërende rol gespeeld tussen mij als onderzoeker en de onderzoekspopulatie. Nadat ik de contactgegevens van de participanten had doorgekregen van de welzijnscoaches, heb ik contact opgenomen met de deelnemers en verwijzers die mee wilden werken om een afspraak in te plannen. Vervolgens heb ik afspraken ingepland met

de participanten. Hierbij ging het om vijf deelnemers en twee verwijzers die ik heb geïnterviewd, allen afkomstig uit de gemeente Midden-Groningen.

Voor de focusgroep zijn alle vier welzijnscoaches benaderd om mee te doen aan de focusgroep. Hiervoor was dus geen werving en/of selectie nodig. Alle welzijnscoaches stemden in om mee te werken aan de focusgroep.

4.1.3 Operationalisatie

Vervolgens zal ik bespreken hoe ik ben gekomen tot de interviewschema's voor de interviews met de deelnemers en verwijzers en de discussiegids voor de focusgroep met de welzijnscoaches.

4.1.3.1 Interviewschema's deelnemers en verwijzers

Het opstellen van de interviewschema's was cruciaal voordat ik de diepte-interviews kon afnemen met de deelnemers en verwijzers. Het interviewschema was een lijst met vragen die ik kon gebruiken als geheugensteuntje en diende als een soort gids gedurende de interviews (Hennink et al., 2011). De interviewschema's voor dit onderzoek zijn bijgevoegd in de vijfde bijlage.

De vragen die ik heb opgenomen in de interviewschema's zijn kort, open en simpel en nemen slechts één vraag tegelijkertijd met zich mee. Daarnaast zijn de vragen op zo'n manier geformuleerd dat de vragen niet alleen met 'ja' of 'nee' beantwoord konden worden. Tevens heb ik de interviewschema's zo opgebouwd dat de volgorde van de vragen logisch was voor de participant. Met de vragen die ik opnam, wilde ik als onderzoeker de participant uitnodigen om zijn of haar ervaringen te delen en zij of haar verhaal in detail te vertellen. Om dit te bereiken, heb ik 'probes' toegevoegd. Deze 'probes' herinnerden mij als interviewer eraan om te vragen naar gerelateerde en specifieke onderwerpen bij de vraag wanneer deze niet spontaan werden verteld door de participant (Hennink et al., 2011). Hieronder bespreek ik achtereenvolgens hoe het interviewschema voor de deelnemers en verwijzers is opgebouwd.

Deelnemers

Het interviewschema begon met een introductie. Hier stelde ik mezelf voor en deelde ik de doelen van het onderzoek, namelijk dat ik wilde weten wat de effecten zijn van Welzijn op Recept en hoe deelnemers het programma ervaren. Ook gaf ik aan wat er zou gebeuren met de verzamelde data en informeerde ik de participant over ethische kwesties zoals vertrouwelijkheid en anonimiteit. Daarna vroeg ik de participant toestemming voor het af- en opnemen van het interview (Hennink et al., 2011).

Vervolgens heb ik een aantal achtergrondvragen opgenomen, te weten leeftijd en geslacht, om wat te weten te komen over de context van de participant (Hennink et al., 2011).

Na deze achtergrondvragen heb ik een aantal openingsvragen opgenomen in het interviewschema. Dit was een serie algemene vragen die gerelateerd waren aan het onderwerp, met het doel om de vertrouwensband verder op te bouwen en om de geïnterviewde zich comfortabel te laten voelen voordat ze hun eigen verhaal zouden vertellen (Hennink et al., 2011). Hierbij ben ik ingegaan op de vragen of de participant iets over zichzelf kon vertellen en hoe het gaat met de gezondheid. Dit waren nog niet hele diepgaande vragen over ervaringen, percepties en overtuigingen van de participant, maar ze waren voor mij als onderzoeker relevant voor het creëren van een beeld van de participant.

Daarna ging ik in het interviewschema over naar de kernvragen van het interview. Deze vragen waren essentieel voor het verwerven van de belangrijkste informatie om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Voor dit onderzoek ben ik geïnteresseerd in de ervaringen met Welzijn op Recept en wat voorwaarden zijn voor succes. Als eerste vroeg ik hoe en waarom de deelnemer bij Welzijn op Recept terecht was gekomen en met wat voor klachten de deelnemer te kampen had. Deze informatie wilde ik graag verwerven om te weten te komen of de deelnemer paste binnen Welzijn op Recept, wat van belang was voor de eerste voorwaarde voor succes dat de deelnemer terecht komt bij Welzijn op Recept. Daarnaast hoopte ik met deze vraag iets te ontrafelen over de motivatie van de deelnemer om deel te nemen aan Welzijn op Recept, aangezien uit het theoretisch kader is gebleken dat het belangrijk is dat een deelnemer gemotiveerd is. Daarna stelde ik de deelnemer de vraag wat zij vond van de gesprekken met de welzijnscoach. Hiermee hoopte ik te ondervinden wat er is besproken met de welzijnscoach en hoe de welzijnscoach probeert in kaart te brengen waar de deelnemer behoefte aan heeft en over welke hulpbronnen de deelnemer beschikking heeft, wat in de theorie de tweede voorwaarde voor succes is. Daarna vroeg ik de deelnemer wat voor activiteit zij heeft bijgewoond en hoe zij dit heeft ervaren. Hiermee hoopte ik inzicht te verkrijgen in hoeverre de activiteit passend was bij de deelnemer (voorwaarde 4). Vervolgens heb ik de vraag opgenomen wat Welzijn op Recept de deelnemer heeft gebracht, zoals het bevredigen van de behoeften, leerpunten en ontwikkelingen. Hiermee hoopte ik een beeld te krijgen van de ervaringen met Welzijn op Recept voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag over de subjectieve ervaringen en de invloed van het programma op het leven van de deelnemer. Tot slot heb ik de vraag 'Heeft u een idee/Zijn er nog andere redenen waarom het traject op deze manier verlopen is' toegevoegd om te weten te komen of de effecten die de deelnemers noemen, ook daadwerkelijk toe te schrijven aan Welzijn op Recept. Dit was echter lastig te operationaliseren, wat ook bleek gedurende de interviews. Daarom heeft deze vraag uiteindelijk niet helemaal de gewenste informatie opgeleverd.

Ten slotte heb ik het interviewschema afgesloten met een aantal afsluitende vragen. Het doel hiervan was om afstand te creëren tussen de participant en mij als interviewer en de

vertrouwensband af te bouwen. Dit was voornamelijk van belang aangezien sommige onderwerpen gevoelig konden liggen bij de participanten en het niet ethisch was om de geïnterviewde in een emotionele en kwetsbare staat achter te laten (Hennink et al., 2011). In dit onderzoek was de afsluitende vraag of de participant Welzijn op Recept zouden aanbevelen aan andere mensen. Als algehele afsluiting van het interview heb ik gevraagd of de geïnterviewde nog wat had toe te voegen.

Verwijzers

Het interviewschema van de verwijzers heb ik op dezelfde manier opgebouwd als van de deelnemers. De introductie heb ik daarmee ook op dezelfde manier vormgegeven. De achtergrondvragen/openingsvragen die ik heb opgenomen in het interviewschema zijn wat voor functie de participant precies heeft, hoe lang de participant al werkt bij de desbetreffende huisartsenpraktijk en hoelang de samenwerking met de welzijnscoaches al bestaat. De kernvragen waren voornamelijk gericht op de eerste voorwaarde voor succes, namelijk dat de potentiële deelnemers worden doorverwezen naar Welzijn op Recept. Van de verwijzers wilde ik namelijk graag te weten komen *of* en *hoe vaak* ze patiënten verwijzen naar Welzijn op Recept en *waarom* ze de mensen verwijzen. Hierbij was ik voornamelijk benieuwd naar de klachten en symptomen die de patiënten hebben en of de verwijzers ook bepaalde criteria hebben voor verwijzing. Daarnaast vroeg ik de verwijzers wat hun ervaringen zijn met Welzijn op Recept en wat voor effecten ze zien bij de deelnemers, in relatie tot de tweede onderzoeksvraag over de subjectieve ervaringen en invloed van Welzijn op Recept op het leven van deelnemers. De kernvragen sloot ik af met de vraag wat voor ideeën de verwijzers hebben over het effect dat Welzijn op Recept heeft op het zorggebruik van deelnemers om te ondervinden of het programma, in lijn met de tweede onderzoeksvraag, er ook aan bijdraagt dat de druk bij de eerstelijnszorgverleners wordt verlaagd. Net zoals bij de deelnemers sloot ik het interview met de verwijzers af met de vraag of ze Welzijn op Recept zouden aanbevelen aan andere huisartsenpraktijken.

4.1.3.2 Discussiegids welzijnscoaches

Voor de focusgroep heb ik een discussiegids opgesteld. Dit was een lijst van onderwerpen of vooraf opgestelde vragen die ik heb gebruikt om de focusgroep te leiden en om het gesprek gefocust te houden op de onderzoeksonderwerpen. De discussiegids was, net zoals de interviewschema's, een soort geheugensteuntje en checklist om ervoor te zorgen dat alle onderwerpen werden besproken gedurende de focusgroep (Hennink et al., 2011). De discussiegids is toegevoegd in bijlage vijf.

De discussiegids heb ik op zo'n manier vormgegeven dat hij een duidelijke structuur heeft en de vragen op een logische volgorde aan bod komen. De discussiegids begon net zoals bij de interviewschema's met een introductie. Hier vertelde ik wat over het onderzoek, het doel van de

focusgroep en hoe de focusgroep eruit zou zien (Hennink et al., 2011). Tevens deelde ik wat over een aantal ethische kwesties, zoals anonimiteit en vertrouwelijkheid. Hierna vroeg ik de welzijnscoaches ook om zich kort voor te stellen, zodat ik als moderator wat contextinformatie had.

Vervolgens heb ik, om het ijs te breken en om de welzijnscoaches op hun gemak te stellen, de openingsvraag toegevoegd of de welzijnscoaches konden vertellen hoe ze bij Welzijn op Recept terecht zijn gekomen. Daarna ging ik over tot de belangrijkste vragen. Het doel van deze vragen was om een gesprek op gang te brengen over de belangrijkste thema's van het onderzoek en om achter de percepties en ervaringen van de welzijnscoaches te komen (Hennink et al., 2011). Ten eerste heb ik de vraag opgenomen of de welzijnscoaches konden vertellen wat voor mensen terecht komen bij Welzijn op Recept. Hierbij ging het om bepaalde eigenschappen van mensen en veel voorkomende klachten/symptomen. Deze vraag had betrekking op de eerste voorwaarde voor succes, dat de deelnemers terecht komen bij Welzijn op Recept. Daarna heb ik een meer algemene vraag opgenomen hoe het traject eruit ziet om wat contextinformatie te vergaren. Vervolgens ben ik ingegaan op de gesprekken met de deelnemers. Het doel van deze vragen was om te weten te komen hoe de welzijnscoaches het gesprek met de deelnemers aanpakken om boven tafel te krijgen wat de behoeften van de deelnemers zijn, hoe ze dan vervolgens komen tot een passende activiteit en hoe ze deelnemers begeleiden gedurende de activiteit. Ook heb ik hierbij een vraag toegevoegd of er voldoende mogelijkheden zijn in de omgeving betreft activiteiten en wat de welzijnscoaches doen als dit niet het geval is. Deze vragen hadden betrekking op de tweede, derde en vierde voorwaarde voor succes over het in kaart brengen van de behoeften en hulpbronnen van de deelnemer, het op de hoogte zijn van de sociale kaart en het vinden van een passende activiteit voor de deelnemer. Daarna ging ik over op de vraag wat voor effecten de welzijnscoaches zien bij de deelnemers, wat aansluit bij de tweede onderzoeksvraag over de invloed van het programma op het leven van de deelnemers. Hierbij vroeg ik onder andere naar leer- en ontwikkelpunten bij de deelnemers. De laatste kernvraag was wat volgens de welzijnscoaches belangrijke factoren zijn zodat de deelnemer Welzijn op Recept kan voltooien. Deze vraag heb ik toegevoegd om te weten te komen of er nog andere succesvoorwaarden zijn dan die uit de theorie naar voren komen. De discussiegids ben ik geëindigd met een meer algemene en samenvattende vraag, namelijk wat de sterke en zwakke punten zijn van Welzijn op Recept.

4.1.4 Verloop van de dataverzameling

De interviews met de deelnemers van Welzijn op Recept werden afgenomen tussen 29 oktober 2021 en 9 november 2021 en vonden plaats bij de deelnemers thuis. De reden hiervoor was dat de participanten op deze manier in een veilige en vertrouwde omgeving waren zodat ze meer op hun

gemak waren en ze hopelijk vrijuit konden spreken. Hierbij hebben de deelnemers en ik ons gehouden aan de toen geldende coronamaatregelen. Bij de interviews waren slechts de participant en ik als interviewer aanwezig, waardoor er zo weinig mogelijk afleiding was en de participant niet werd beïnvloed door anderen (Hennink et al., 2011). Voordat we begonnen met het interview, hebben de participant en ik bij een kopje koffie of thee eerst even gepraat om elkaar een beetje te leren kennen. Vervolgens begonnen we met het interview. De deelnemers wekten de indruk zich op hun gemak te voelen. Ze spraken namelijk vrij openlijk over hun ervaringen en deelden hun verhaal. De interviews duurden gemiddeld ongeveer 40 minuten. De kortste duurde 25 minuten en de langste 68 minuten. Dit verschil in lengte komt voornamelijk dat de deelnemer bij het langste interview veel uitwijdde en een beetje emotioneel werd, waardoor het niet lukte en niet passend was om het gehele interviewschema te doorlopen.

De interviews met de verwijzers (i.e. één huisarts en één POH-GGZ) vonden plaats in de praktijk van de desbetreffende verwijzer, zowel uit praktisch afwegingen als dat de verwijzer zich hier waarschijnlijk comfortabel zou voelen. De interviews met de twee verwijzers vonden plaats op 3 en 9 november 2021. De verwijzers namen de tijd voor het interview, ondanks dat ze het redelijk druk hadden. De interviews duurden respectievelijk 23 en 43 minuten. Bij beide interviews heb ik de gewenste informatie verkregen.

De focusgroep vond plaats op 4 november 2021 op het hoofdkantoor van Kwartier Zorg en Welzijn. Een voordeel van deze locatie was dat het een afgesloten ruimte was zodat het rustig was en we privacy hadden (Hennink et al., 2011). Tijdens de focusgroep zaten de welzijnscoaches en ik rondom een aantal tafels, aangezien dit het oogcontact met elkaar bevordert om een interactief gesprek te bewerkstelligen (Hennink et al., 2011). Het gesprek duurde één uur en veertig minuten. De welzijnscoaches waren erg enthousiast en deelden rijkelijk hun mening en ervaringen. Mijn rol als bemiddelaar was beperkt, de welzijnscoaches reageerden vaak uit zichzelf op elkaar. Hierdoor dwaalde het gesprek wel eens af, maar dit leidde in de meeste gevallen tot interessante informatie.

4.1.5 Data-analyse

De data heb ik zowel op deductieve als inductieve wijze geanalyseerd. Aan de ene kant heb ik gebruikt gemaakt van een deductieve benadering aangezien ik de theorie als uitgangspunt heb genomen voor een aantal aannames voor de dataverzameling. Aan de andere kant heb ik vanuit de principes van 'grounded theory' op een inductieve manier gekeken naar wat op basis van de data aanvullingen zouden kunnen zijn op de bestaande theorie (Hennink et al., 2011). Het analyseproces bestond uit een aantal opeenvolgende stappen: het ontwikkelen van woordelijke transcriptie, anonimiseren van de data, ontwikkelen en definiëren van codes in een codeboek en data coderen in

twee rondes. Vervolgens heb ik de data geanalyseerd door bepaalde tekstdelen en codes te beschrijven, categoriseren en vergelijken. Op basis daarvan heb ik de data gekoppeld aan de theorie en gepoogd de nieuwe inzichten in beeld te brengen (Hennink et al., 2011). Deze taken bespreek ik hieronder achtereenvolgens, waarbij ik ook uitleg hoe ik deze taken heb uitgewerkt en toegepast in dit onderzoek.

Allereerst heb ik de afgenomen interviews en groepsdiscussie getranscribeerd, wat betekent dat ik ze volledig en letterlijk uitgeschreven heb. Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van de Speech-to-Text functie van Google in mijn beveiligde omgeving van de Rijksuniversiteit van Groningen. Nadat de tekst was uitgedraaid, heb ik de opnames beluisterd en fouten uit de automatisch uitgedraaide tekst gehaald. Daarnaast heb ik de non-verbale informatie, zoals emoties of stiltes, duidelijk gemaakt in de transcripten (Hennink et al., 2011). In de transcripten worden de participanten met een 'P' aangeduid en wordt de interviewer met een 'I' aangegeven. Bij de welzijnscoaches zijn de vier welzijnscoaches aangeduid met 'P1' tot en met 'P4' om aan te geven wie aan het woord is.

Vervolgens heb ik de transcripten geanonimiseerd, zodat de gegevens niet herleid kunnen worden naar de participant (Hennink et al., 2011). Dit heb ik in dit onderzoek toegepast door de naam van de participant en andere genoemde namen achterwege te laten en ook plaatsen, plekken waar deelnemers naartoe gaan en specifieke activiteiten niet te noemen en te vervangen door een algemene beschrijving (bijvoorbeeld "PLAATSNAAM").

De volgende stap in het analyseproces was het ontwikkelen en definiëren van codes in een codeboek. Eerst heb ik op basis van de theorie, interviewschema's en discussiegids deductieve codes opgesteld. Voorbeelden van deductieve codes zijn 'Criteria van verwijzen', 'Verwachtingen', 'Eerste gesprek' en 'Behoeftebevrediging'. In het codeboek heb ik de codes geordend in thema's om het coderen makkelijker te maken.

Hierna heb ik de transcripten gecodeerd. Het coderen van de transcripten omvatte het labelen en indexeren van de transcripten aan de hand van het codeboek. Coderen diende het doel om de data intensief te bestuderen en op deze manier alle tekstdelen te identificeren die gingen over een bepaald theoretisch concept (Hennink et al., 2011). Dit heb ik gedaan met behulp van het programma Atlas.ti waarmee ik alle relevante tekstdelen van een deductieve code heb voorzien. De tekstdelen die ik niet kon koppelen aan een deductieve code, maar die ik wel belangrijk vond, heb ik een memo gegeven met een gedachtegang of een idee voor een inductieve code. Op basis van deze memo's heb ik een aantal inductieve codes opgesteld, zoals 'Onderlinge samenwerking welzijnscoaches', 'Samenwerking met andere partijen', 'Toekomstverwachting Welzijn op Recept' en 'Ontwikkelingspunten Welzijn op Recept'. Daarna ben ik voor een tweede codeerronde door de transcripten gegaan, om de opgestelde inductieve codes en desnoods nog deductieve codes toe te kennen. Nadien heb ik op basis van de definitieve codering het codeboek aangepast, thematisch

geordend op basis van de data en bij elke code een voorbeeld gegeven van de data. Het definitieve codeboek is bijgevoegd in bijlage 6.

Vervolgens begon ik aan het analyseproces. Hiervoor heb ik eerst de codes gecategoriseerd, waarbij ik de codes die met elkaar samenhangen heb gegroepeerd op thema (Hennink et al., 2011). Daarna heb ik de tekstdelen per codethema bestudeerd en beschreven om de belangrijkste gegevens boven tafel te krijgen. Ook heb ik de gegevens met elkaar vergeleken, om op die manier bepaalde kwesties verder te onderzoeken, om verbanden in data te herkennen en om patronen te identificeren (Hennink et al., 2011). Hierbij heb ik geprobeerd naast elkaar te leggen hoe bepaalde thema's werden besproken in de verschillende interviews. Aangezien ik met deelnemers, verwijzers én welzijnscoaches heb gesproken, was het interessant om zowel vergelijkingen te maken binnen als tussen de subgroepen.

Tot slot heb ik alle analysecomponenten samengebracht om vanuit de data de resultatenparagraaf op te bouwen. Hier heb ik beschreven wat de ervaringen zijn van de participanten, wat overeenkomsten zijn tussen de participanten en waar participanten juist verschillen in mening. Op basis hiervan heb ik getracht een analyse te geven van welke elementen uit de theorie worden ondersteund door de data en de theorie waar nodig uit te breiden en/of te verfijnen. Uiteindelijk heb ik gepoogd de onderzoeksvragen te beantwoorden op basis van de resultaten.

4.1.6 Ethische overwegingen

Bij kwalitatief onderzoek zijn ethische kwesties van belang, wellicht nog belangrijker dan bij kwantitatief onderzoek. Een verklaring voor dit verschil is dat onderzoekers veel meer vragen van participanten bij kwalitatief onderzoek dan van respondenten bij kwantitatief onderzoek. Onderzoekers vragen van participanten namelijk een relatief grote tijdsbesteding en de inhoudelijke diepgang is ook groter (Hennink et al., 2011). De volgende ethische issues zijn van belang. Ten eerste *respect voor personen*. Het welzijn van de participanten moet te allen tijde belangrijker zijn dan interesses in wetenschap of samenleving. Participanten moeten vriendelijk worden behandeld en op vrijwillige basis meewerken aan het onderzoek met vooraf voldoende informatie (Hennink et al., 2011). Dit heb ik geprobeerd na te streven door de participanten vooraf duidelijk te informeren over dat ze op vrijwillige basis meedoen aan het onderzoek. De participanten mochten te allen tijde aangeven dat ze graag wilden stoppen met het interview. Ten tweede moet het *voordeel voor de participant* duidelijk zijn, wat betekent dat het de participanten iets moet opleveren (Hennink et al., 2011). In de situatie van dit onderzoek is er geen sprake van een duidelijk voordeel voor de participanten; behalve dat ik heb gepoogd om de participanten te benaderen met een voorbereid

onderzoek en een duidelijke omschrijving daarvan. Al heeft het onderzoek geen duidelijk voordeel voor de participanten, het heeft wellicht wel voordeel voor de onderzoekspopulatie. Het kan namelijk zijn dat naar aanleiding van het onderzoek het programma Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen wordt geoptimaliseerd. Dit is denk ik een bijkomstigheid die zwaarder weegt dan dat ik de participanten lastig heb gevallen met de vragen. Bovendien gaven de welzijnscoaches aan dat voor hen de focusgroep ook heel waardevol was, zij hadden dus wel baat bij de focusgroep. Ten derde is *gerechtigheid* belangrijk; onderzoeken moeten worden uitgevoerd op een eerlijke, niet-exploitatieve en weloverwogen manier. Dit betekent dat onderzoek eerlijk moet zijn en dat participanten niet mogen worden uitgebuit (Hennink et al., 2011). Zo had ik me bijvoorbeeld als iemand anders voor kunnen doen om wellicht meer informatie te kunnen vergaren, zoals een afgestudeerd onderzoeker. Maar natuurlijk heb ik me gewoon voorgesteld als 'studente sociologie'. Op deze manier heb ik de participanten dus op een eerlijke manier benaderd. Verder heb ik getracht dit criterium in de praktijk te brengen door de doelen van het onderzoek met de participanten te delen zodat ze wisten wat ze konden verwachten en de mogelijkheid hadden om aan te geven dat ze niet mee wilden werken als dit teveel voor hen werd.

Tevens zijn enkele algemene ethische principes belangrijk. Het is cruciaal dat participanten voorafgaand aan het onderzoek worden voorzien van voldoende informatie over het onderzoek ('informed consent'). Dit heb ik in de praktijk gebracht door, nadat ik telefonisch een afspraak met ze had gemaakt, een mail te sturen met de nodige informatie over het onderzoek. Tevens heb ik de participanten toestemming gevraagd voor het gebruik van opnameapparatuur, zodat er geen informatie verloren zou gaan. Hierbij vroeg ik de participanten vooraf om een toestemmingsformulier te lezen en deze, indien ze akkoord waren, te ondertekenen, waarin staat beschreven dat de opnames en data beveiligd op worden geslagen, dat de gegevens anoniem worden verwerkt en dat de opnames na het onderzoek vernietigd worden. De toestemmingsformulieren die zijn gebruikt zijn bijgevoegd in de vierde bijlage.

Daarnaast is *zelfbeschikking* belangrijk; individuen hebben het recht om zelf te bepalen of ze deelnemen aan het onderzoek en participatie te weigeren zonder consequenties (Hennink et al., 2011). Zoals eerder aangegeven, deelden participanten op vrijwillige wijze mee aan het onderzoek. Tevens heb ik aan het begin van het interview aangegeven dat ze te allen tijde mochten aangegeven dat ze wilden stoppen met het interview.

Minimalisatie van risico is ook van belang bij dataverzameling in kwalitatief onderzoek. De participanten mogen geen sociale, fysieke, mentale of economische schade ondervinden of onder risico worden gesteld als gevolg van deelname aan het onderzoek (Hennink et al., 2011). Soms kan meewerken aan een onderzoek bijvoorbeeld betekenen dat participanten niet kunnen werken en daardoor inkomen mislopen, waardoor ze economische schade oplopen. Dit heb ik geprobeerd te

voorkomen door de participanten zelf een datum en tijdstip te laten kiezen zodat het interview op een moment plaatsvond dat hen schikte. Daarnaast kan bij een focusgroep bijvoorbeeld sociale schade opgelopen worden bij de participanten door verlegenheid of schaamte. Dit was bij de focusgroep met de welzijnscoaches mijns inziens niet het geval aangezien ik de indruk had dat er een open sfeer was, iedereen betrokken was bij het gesprek en de coaches hun mening durfden te delen.

Twee laatste principes zijn zowel belangrijk bij de dataverzameling als bij data-analyse, namelijk vertrouwelijkheid en anonimiteit. Onder anonimiteit wordt verstaan dat de identiteit van participanten te allen tijde moet worden beschermd. Dit principe heb ik in de praktijk gebracht door de data niet herleidbaar te maken naar het individu door namen maar ook andere identificerende kenmerken niet te tonen. Vertrouwelijkheid betekent dat onderzoekers data-opnamen en overige kennis van participanten vertrouwelijk moeten bewaren (Hennink et al., 2011). Dit principe heb ik aangehouden door de data op te slaan op een plek die is beveiligd met een wachtwoord. Daarnaast hebben de interviews bij de participant thuis plaatsgevonden, zodat de participant zich veilig en op zijn/haar gemak voelde.

4.1.7 Wetenschappelijke zorgvuldigheid (trustworthiness)

Kwantitatief onderzoek streeft naar validiteit en betrouwbaarheid. Validiteit verwijst naar de mate waarin een meetinstrument meet wat het zou moeten meten. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit wordt bereikt wanneer de causaliteit-claims kloppen, oftewel de verbanden worden werkelijk verklaard door de getoetste factoren. Externe validiteit is de mate waarin de onderzoeksresultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de populatie (Roose & Meuleman, 2017). Deze begrippen kunnen in kwalitatief onderzoek niet zonder meer worden toegepast aangezien het andere doeleinden nastreeft. Daarom zijn er andere concepten en meetinstrumenten om kwalitatief onderzoek betrouwbaar te laten zijn. Het begrip 'trustworthiness' verwijst naar de vorm en methoden van betrouwbaarheid die in kwalitatief onderzoek wordt nagestreefd (Shenton, 2004).

Aan het concept 'trustworthiness' zijn vier begrippen gerelateerd, namelijk plausibiliteit ('credibility'), overdraagbaarheid ('transferability'), betrouwbaarheid ('dependability') en overtuigingskracht ('confirmability'). 'Credibility' verwijst naar de plausibiliteit van de verkregen resultaten en de afspiegeling van de resultaten van de werkelijkheid. Dit komt overeen met de interne validiteit binnen kwantitatief onderzoek omdat de vraag wordt gesteld of het meetinstrument heeft gemeten wat het moest meten. De plausibiliteit kan op vele manieren in de praktijk worden gebracht (Shenton, 2004). In dit onderzoek hoop ik de 'credibility' te waarborgen door triangulatie toe te passen. Dit betekent in dit geval dat ik verschillende onderzoeksmethoden

heb ingezet, namelijk face-to-face interviews en een focusgroep met verschillende betrokkenen bij Welzijn op Recept (Shenton, 2004). Dit bood de mogelijkheid om bepaalde informatie te kunnen verifiëren. Als de welzijnscoaches bijvoorbeeld aangaven dat ze bij de deelnemers zien dat ze positiever zijn en meer zelfvertrouwen hebben, kon dit worden bevestigd door de deelnemers zelf.

‘Transferability’ verwijst naar de mate waarin de onderzoeksresultaten kunnen worden overgedragen naar een andere, maar toch vergelijkbare situatie. Dit hangt samen met de externe validiteit binnen kwantitatief onderzoek waarbij onderzoekers nagaan in hoeverre de bevindingen van een onderzoek kunnen worden toegepast in andere situaties. In kwalitatief onderzoek is het echter lastig om aan te tonen of de bevindingen en conclusies ook gelden in andere situaties en populaties, aangezien de bevindingen zijn gebaseerd op een klein aantal specifieke individuen (Shenton, 2004). Door echter gedetailleerde informatie te geven over de context van het onderzoek, kan de overdraagbaarheid worden bevorderd, aangezien dan inzicht wordt geboden in welke contexten de bevindingen nog meer toegepast kunnen worden. In dit onderzoek hoop ik de overdraagbaarheid te bevorderen door de gebruikte onderzoeksmethoden tot in detail te beschrijven, aan te geven hoeveel participanten waren betrokken bij de studie en te vermelden in welke tijdsperiode de data werden verzameld (Shenton, 2004).

‘Dependability’ duidt er op dat, wanneer een onderzoek wordt herhaald in dezelfde context, met dezelfde methoden en dezelfde participanten, dezelfde resultaten gegenereerd worden (Shenton, 2004). Deze term is vergelijkbaar met ‘reliability’ binnen kwantitatief onderzoek.

‘Dependability’ tracht ik te bereiken door transparant te zijn over het onderzoeksproces en de keuzes die ik daarbij heb gemaakt te verantwoorden, zoals bij het selecteren van de participanten (Shenton, 2004).

‘Confirmability’ is de zorg die onderzoekers dragen voor het bereiken van objectiviteit. Het doel is dat bevindingen zoveel mogelijk het resultaat zijn van percepties van de participanten in plaats van de ideeën en voorkeuren van de onderzoeker (Shenton, 2004). Dit hangt samen met ‘objectiviteit’ binnen kwantitatief onderzoek, waarbij de invloed van de onderzoeker minimaal moet zijn. Zowel bij kwantitatief als kwalitatief onderzoek is het lastig om de objectiviteit te waarborgen, aangezien vragenlijsten of interviewschema’s worden opgesteld door onderzoekers, waarin vooroordelen van de onderzoeker binnendringen. Een onderzoeker moet bij kwalitatief onderzoek echter nog alerter zijn op de mogelijke invloed die zij heeft dan bij kwantitatief onderzoek. Dit komt doordat bij het afnemen van interviews of leiden van een focusgroep de onderzoeker actiever en directer betrokken is bij het verzamelen van de data. Doordat de onderzoeker dient te anticiperen en reageren op de participant, kan zij de deelnemer bijvoorbeeld in een bepaalde richting sturen. Om als onderzoeker bewust te zijn van de mogelijk uitgeoefende invloed, is het belangrijk om hierop te reflecteren. Daarom zal ik vervolgens de rol van mij als onderzoeker wat uitgebreider bespreken.

Ten eerste dien je als interviewer rekening te houden met de 'subjectiviteit', wat verwijst naar het feit dat ook de achtergrond, positie of emoties van de onderzoeker een integraal onderdeel zijn van het proces van data produceren (Hennink et al., 2011). Participanten kunnen namelijk iets zeggen wat herkenbaar is voor de interviewer, waardoor het ook voor de interviewer persoonlijk wordt. Dit kan vervolgens weer invloed hebben op de vragen die de interviewer stelt. Om dit te voorkomen, heb ik geprobeerd om me bewust te zijn van mijn eigen emoties en punten van herkenning. Zo kon ik me in enige mate in leven in de participant om de juiste vragen te stellen. Hierbij probeerde ik het niet té persoonlijk te maken om de objectiviteit te waarborgen.

Ten tweede dient de interviewer bedacht zijn op de 'positionality', wat refereert aan de machtsrelatie tussen de interviewer en de geïnterviewde. Dit hangt af van de manier waarop de interviewer zich presenteert aan de geïnterviewde in termen van rol en titel. Dit kan datgene wat de geïnterviewde zal delen over zijn leven en ervaringen beïnvloeden (Hennink et al., 2011). Ik heb mijzelf geïntroduceerd als 'studente sociologie' in de hoop dat de participanten geen statusverschil voelden. Ook heb ik in relatie hiertoe rekening gehouden met mijn kleding door mij niet overdreven netjes te kleden, maar daarentegen kleding gedragen dat aansloot bij de doelgroep.

4.2. Kwalitatieve resultaten

In deze paragraaf volgen de inhoudelijke analyseresultaten voor het beantwoorden van de twee kwalitatieve onderzoeksvragen. Maar voordat ik hierop inga, zal ik eerst de participanten introduceren zodat hun achtergrond meegenomen kan worden in de analyses. Vervolgens begin ik de presentatie van de kwalitatieve resultaten met een beschrijving van de subjectieve ervaringen van Welzijn op Recept (onderzoeksvraag 2). Daarna zal ik beschrijven wat voor invloed Welzijn op Recept heeft op het zorggebruik (onderzoeksvraag 2). Vervolgens zal ik nagaan wat de betrokkenen als voorwaarden voor succes zien (onderzoeksvraag 3). De paragraaf sluit ik af door de bevindingen aan de theorie te koppelen.

4.2.1 *Introductie participanten*

Zoals besproken in de methoden, heb ik vijf deelnemers en twee verwijzers geïnterviewd. De focusgroep die ik heb gehouden, was met vier welzijnscoaches die werkzaam zijn in de gemeente Midden-Groningen. Hieronder volgt een korte beschrijving van de participanten en hun vordering in het traject zodat de context duidelijk wordt.

4.2.1.1 Introductie van de deelnemers

Zoals eerder vermeld, heb ik vijf deelnemers van Welzijn op Recept geïnterviewd. In tabel 4.1 zijn de belangrijkste kenmerken van de deelnemers weergegeven.

Tabel 4.1 Kenmerken van de geïnterviewde deelnemers

	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Vordering in het traject ten tijde van het interview</i>
Deelnemer 1	Vrouw	52	Eerste contact met de welzijnscoach heeft een paar weken terug plaatsgevonden. Nog geen activiteit.
Deelnemer 2	Vrouw	68	Het traject is een aantal maanden geleden gestart. Deelnemer heeft nog steeds contact met de welzijnscoach en woont een activiteit bij.
Deelnemer 3	Vrouw	60	De eerste gesprekken met de welzijnscoach hebben plaatsgevonden. De eerste activiteit staat gepland.
Deelnemer 4	Vrouw	61	Deelnemer heeft al ongeveer een jaar contact met de welzijnscoach. Heeft al verschillende activiteiten bijgewoond.
Deelnemer 5	Man	61	Het traject is reeds afgerond. Deelnemer woont de activiteit nog steeds bij.

Tabel 1.4: Kenmerken van de geïnterviewde deelnemers

4.2.1.2 Introductie van de verwijzers

De eerste verwijzer is een huisarts die werkzaam is bij een praktijk in de gemeente Midden-Groningen. De participant is al lange tijd werkzaam in de praktijk. De participant werkt zo'n vier á vijf jaar samen met de welzijnscoaches. Gemiddeld verwijst de participant ongeveer twee of drie patiënten per maand naar Welzijn op Recept.

De tweede verwijzer is POH-GGZ (Praktijkondersteuner huisarts geestelijke Gezondheidszorg). Ze is verbonden aan een huisartsenpraktijk in de gemeente Midden-Groningen. Vanaf het moment dat Welzijn op Recept is begonnen in de gemeente, werkt ze samen met de welzijnscoach. Ook deze participant verwijst gemiddeld twee à drie patiënten per maand door naar de welzijnscoach.

4.2.1.3 Introductie van de welzijnscoaches

De welzijnscoaches zijn allen voor een variabele periode betrokken bij Welzijn op Recept als welzijnscoach. Dit varieert tussen ongeveer vier jaar (vanaf het begin dat Welzijn op Recept wordt ingezet in de gemeente) en een paar maanden. Wat de welzijnscoaches aanspreekt aan Welzijn op Recept is dat het onder andere aansluit bij zaken die ze belangrijk vinden, zoals coaching, begeleiding, preventie en de nadruk op de eigen regie van de deelnemers.

4.2.2 Subjectieve ervaringen Welzijn op Recept

De tweede onderzoeksvraag luidde: *“Wat zijn de subjectieve ervaringen met Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen? Wat voor invloed heeft het op de levens van de deelnemers en hun zorggebruik?”*. In deze paragraaf zal ik deze onderzoeksvraag behandelen aan de hand van wat er in de interviews en gespreksgroep naar voren is gekomen.

4.2.2.1 Subjectieve ervaringen Welzijn op Recept

Het doel van de interviews met de deelnemers en verwijzers en de focusgroep met de welzijnscoaches was dat ze hun ervaringen met Welzijn op Recept deelden. Zowel de deelnemers, verwijzers als de welzijnscoaches zijn doorgaans enthousiast over het concept van Welzijn op Recept. Zo vertelt één van de verwijzers dat het gros van de mensen die ze doorstuurt naar Welzijn op Recept heel tevreden is en weer een beetje verder kunnen met hun leven. Dit wordt bevestigd door de deelnemers, die allen (tot nu toe) positieve ervaringen hebben met Welzijn op Recept. De deelnemers geven aan dat ze het voornamelijk heel fijn vinden dat ze laagdrempelige hulp krijgen die niet zo zwaar is als bij de psycholoog. Zo zegt deelnemer 4:

“Ik ben gewoon heel blij dat ik (naam welzijnscoach) heb ontmoet en dat het met haar ook heel erg goed klikt. En en ik ben ook heel blij voor andere mensen dat zulke instellingen bestaan en dit is niet zo.... dit is laagdrempeliger om hierheen te gaan als dat je bijvoorbeeld daar (naam organisatie) of weet ik veel wat moet gaan. Dit is gewoon helemaal, we lopen gewoon, het is niet zichtbaar. Het is gewoon fijn.”

Daarnaast vertellen de deelnemers dat ze het goed kunnen vinden met de welzijnscoach. De deelnemers geven aan dat ze het vooral heel fijn vinden dat ze hun verhaal bij iemand kwijt kunnen aangezien de welzijnscoach hun een luisterend oor biedt. Daardoor voelen ze zich gesteund, voelen ze zich serieus genomen en hebben ze het idee dat ze er niet alleen voor staan. Ook geven de deelnemers aan dat ze het fijn vinden dat er iemand meedenkt en dat ze het juiste gereedschap aangereikt krijgen waar ze ook echt iets mee kunnen. Zo zegt deelnemer 2:

“Nou, mee te doen; ik was blij met alle hulp die ik kreeg. Want ik ik redde het gewoon niet in mijn uppie. Tenminste ik had het gevoel dat ik helemaal in mijn eentje het moest moest doen. Het is gewoon fijn dat er zo nu en dan even iemand meeluistert, even een kleine tip geeft toch even... Ja weet ik niet, het is ja. Ja vooral ook het luisterende oor dat, weet je van, het meedenken, even ja...”

En deelnemer 3:

“Ja. Ja, op de een of andere manier – uuhm uuhm – voel ik me gesteund en ook hoe noem je dat... Voel me er niet meer alleen voor staan op de een of andere manier, dat is eigenlijk een beetje; dat ik ergens op terug kan

vallen en dat is ja, (participant wordt een beetje emotioneel). Oaah ja, dan merk ik toch wel dat dat nog wel heel veel met mij doet.”

Dit zien de welzijnscoaches ook terug bij hun gesprekken met de deelnemers. De welzijnscoaches vertellen dat het bieden van het luisterende oor, zodat iemand zich gehoord voelt en het aandacht hebben voor iemand, eigenlijk de basis vormt. Zo zegt welzijnscoach 4:

“Dat vind ik wel wat je zegt, inderdaad luisteren gewoon alleen maar, luisteren zo naar hun verhaal van iemand, merk ik dat dat soms ook al heel veel doet.”

Bij niet alle deelnemers is al tot een (passende) activiteit gekomen, maar de deelnemers die al wel een activiteit hebben bijgewoond, zijn hier positief over. Deelnemers vertellen hierover dat ze het fijn vinden dat ze nu meer contact hebben met anderen en ook zelf contact zoeken met anderen. Daarover vertelt deelnemer 2 dat ze vooral het gezelschap heel prettig vindt en dat ze zich bij de bijeenkomst in het buurthuis erg welkom voelde. Deelnemer 4 vertelt over de cursus Grip en Glans dat ze heel blij is dat ze deze cursus heeft gevolgd en er veel heeft uitgehaald. Het was eigenlijk precies wat ze nodig had, waardoor ze positievere kijk op het leven heeft gekregen. Ook deelnemer 5 is heel erg enthousiast over het vrijwilligerswerk dat hij doet. Hij geniet er heel erg van en gaat er altijd met veel plezier naar toe.

Uit wat de participanten delen, blijkt dat Welzijn op Recept bovendien ontwikkeling teweeg brengt bij deelnemers. Op de vraag of iemand iets van het traject heeft geleerd of zich ergens in heeft ontwikkeld, geeft deelnemer 2 onder andere het volgende antwoord:

“Ja dat het oké is dat ook zelf stappen ondernemen, dat het uuh... Dat vooral.. Ook uuh dat ik niet wacht tot andere mensen uuh uuh het contact maken zo een afspraak maken, maar dat ik ook zelf achter dingen aan ga...”

Daarnaast heeft Welzijn op Recept bij alle deelnemers wel bijgedragen aan een bepaald inzicht in hun leven en hun situatie. Door het contact met de welzijnscoach en andere mensen, beseffen de deelnemers bijvoorbeeld dat ze *“er niet alleen voor staan”* en dat *“ook zij er mogen zijn”*. Deelnemer 2 zegt hierover dat het gevoel dat je niet alleen bent ook al een hele boost geeft om dingen te ondernemen. De welzijnscoaches noemen in relatie hiertoe dat door de (zelf)reflectie waar de deelnemers toe gedwongen worden, de focus meer komt te liggen op wat wél goed gaat en wat ze wél kunnen, waardoor ze op een andere, positievere manier naar zichzelf en naar het leven gaan kijken. Deelnemer 3 zegt hierover bijvoorbeeld het volgende:

“Nou ik merk wel dat ik door (naam welzijnscoach) wel weer meer bij mezelf stil ga staan en naar mezelf begin te luisteren. Ja, dat is wel weer een goede ontwikkeling” “Uuh nou met die gesprekken met haar en dan vraagt ze door en dan moet ik steeds antwoord geven. Ik moet toch bij mezelf stilstaan.”

Uit bovenstaande beschrijving volgt dat de deelnemers zich door Welzijn op Recept in een aantal zelfmanagementvaardigheden ontwikkelen. De welzijnscoaches geven aan dat ze de deelnemers proberen te stimuleren om zelf dingen te doen die ze eerder niet zouden doen. Hier lijken ze in te slagen, aangezien deelnemers vertellen dat ze zelf initiatief tonen om dingen te ondernemen of stappen zetten die ze anders niet durfden te zetten. Deelnemer 2 zegt hierover bijvoorbeeld het volgende:

“Ja dat ik ook iets iets doe met wat aangeboden wordt, weet je zoals wat (naam welzijnscoach) weet je wel die handwerkclub bij die kerk moest ik dus wel eerst zelf contact maken; bellen, maar eerder had ik dat best wel eng gevonden, maar nu heb ik het gedaan.”

Daarnaast geven zowel de deelnemers als de welzijnscoaches aan dat deelnemers zich ontwikkelen in positiviteit en daarmee ook het vertrouwen in eigen kunnen. Hierover zeggen welzijnscoach 1 en 3 het volgende:

“Ja, toch wel een stukje positiviteit denk ik. Mensen gaan meer denken van ‘Ik kan kan ik dingen wel’ in plaats van dat ze eerst meer zijn van ‘Ja, ik weet niet, ik zou niet weten hoe ik het moet doen’, terwijl ze na verloop van de gesprekken gaan ze weer denken van ‘Naja, ik kan het ook wel’. Toch een beetje die ommkeer; van het niet kunnen naar het wel kunnen.” [.....] “En dus ook het vertrouwen in je eigen kunnen.”

Deelnemer 4 bevestigt deze ontwikkeling met de volgende uitspraak:

“Niet zo negatief zijn (zegt de participant lachend), niet zo negatief zijn, een beetje meer geloof in mezelf. En niet denken dat als één niet ergens op reageert, dat iedereen een hekel aan me heeft, weet je wel... Ik heb een hele grote hobby en dat is mezelf afsabbelen, hoe noem je dat, neerhalen.. Dat kan ik heel goed en dat heeft... dat heeft ze me ook wel een beetje afgeleerd.”

Tot slot draagt Welzijn op Recept volgens de welzijnscoaches bij aan het besef dat mensen hun eigen welzijn kunnen vormgeven. Doordat reflectie en eigen regie worden gestimuleerd door de welzijnscoaches, komt het besef dat ze zelf kunnen beslissen wat ze leuk vinden en wat ze willen doen. Doordat ze er vervolgens zelf mee aan de slag gaan, geeft dat ook al voldoening en zelfvertrouwen, wat een positieve uitwerking heeft op het gevoel van welbevinden.

Resumerend zegt welzijnscoach 2 het volgende over de effecten die zij als welzijnscoaches zien bij de deelnemers:

“Dus inderdaad, als samenvatting, een stuk bewustwording, maar ook een stuk positiviteit, een stuk zelfstandigheid, toch dingen gaan doen. In beweging komen.”

De welzijnscoaches zijn van mening dat de hierboven beschreven ontwikkelingen die de deelnemers doormaken, niet alleen voortkomen uit de activiteit die de deelnemers bijwonen. Ze stellen namelijk dat het feit dat mensen ergens hun verhaal kwijt kunnen en zich begrepen voelen, al een deel van de eenzaamheid bij mensen opheft. Hierbij blijkt dus dat alleen het contact met de welzijnscoach al heel belangrijk is. Op basis hiervan stippen de welzijnscoaches een interessant punt aan. In de interventie ligt namelijk sterk de focus op de activiteit; iemand heeft een probleem en dit wordt opgelost met een activiteit. Het zit hem echter niet per definitie in het doel om een activiteit te vinden, maar meer de verkenningstocht van wat iemand wil en wat iemand hiervoor nodig heeft. Iemand zal namelijk door de gesprekken met de welzijnscoach op een bepaalde manier naar zijn of haar leven kijken, waardoor bewustwording ontstaat. Op basis hiervan kan iemand bepalen wat zij écht wil. De essentie is volgens de welzijnscoaches dus om door het gesprek aan te gaan de eigen regie van iemand te stimuleren om vervolgens écht aan te kunnen sluiten bij de behoeften van de deelnemers. Dit punt wordt ook benoemd door verwijzer 2 (de POH-GGZ):

“...ik denk dat Welzijn op Recept dus ook probeert te kijken en dat is wel de kracht nu nog van naar het geheel. Alleen wat zij ook graag willen is steeds weer van van een matching van een activiteit of een ondersteuning, punt. Terwijl ik denk van, het zit vaak ook in het hele plaatje”.....”En niet in een doel op zich weet je wel”

De kracht van Welzijn op Recept zit hem dus volgens de welzijnscoaches en de verwijzers niet alleen in het vinden van een *passende activiteit*, maar bovendien in het *proces* dat de deelnemer doormaakt door de eigen regie van de deelnemer naar boven te brengen. Daarmee sluit het aan bij het gedachtegoed van *positieve gezondheid*. De eigen regie wordt gestimuleerd doordat Welzijn op Recept volgens de welzijnscoaches en verwijzers eigenlijk een reflectiemoment vormt van waar iemand staat en wat iemand wil met zijn of haar leven. Het Spinnenweb is voor de welzijnscoaches een bruikbaar instrument om deze reflectie en eigen regie te stimuleren bij de deelnemers. Welzijnscoach 4 zegt hierover dat zij soms merkt dat mensen het idee hebben dat hun leven *“echt gewoon waardeloos is”*, maar dat als ze het Spinnenweb hebben ingevuld, ze er zelf achter komen dat het eigenlijk wel meevalt. Op deze manier komt de aandacht meer te liggen op wat goed gaat,

wat volgens de welzijnscoaches een belangrijk kracht is van *positieve gezondheid* en Welzijn op Recept.

Uit bovenstaande blijkt dat zowel deelnemers, verwijzers als welzijnscoaches positieve ervaringen hebben met Welzijn op Recept. Het traject biedt de deelnemers inzicht in hun leven. Ook durven ze zelf initiatief te nemen, kijken ze positiever naar de toekomst en hebben ze meer zelfvertrouwen. Bovendien geven deelnemers aan dat ze het voornamelijk fijn vinden dat ze bij iemand terecht kunnen, dat er naar hen wordt geluisterd en dat ze zich daardoor gehoord voelen. Op basis van deze ervaringen, kan worden gesteld dat de kracht van Welzijn op Recept zit in het gehele traject dat deelnemers volgen en niet alleen de activiteit die wordt ingezet. Hierbij speelt de 'eigen regie' een belangrijke rol volgens de betrokkenen. Op basis hiervan kan worden gesteld dat Welzijn op Recept veel meer is dan dat een probleem dat iemand heeft wordt opgelost met een activiteit. Het blijkt dat het vooral het gehele proces is dat deelnemers doorlopen maakt dat Welzijn op Recept effectief is. Hierbij blijkt dat het contact en de rol van de welzijnscoach erg belangrijk is.

4.2.2.2 De invloed van Welzijn op Recept op het zorggebruik van deelnemers

Naast het hoofddoel van Welzijn op Recept om bij te dragen aan het welbevinden van mensen met psychosociale klachten, is het tweede doel dat het zorggebruik in de eerstelijnszorg verlaagd wordt (Heijnders & Meijs, 2019). De welzijnscoaches stippen in het gesprek aan dat ze van de huisartsenpraktijken waaraan ze verbonden zijn teruggekoppeld krijgen dat dit doel wel degelijk wordt behaald, doordat deelnemers minder aankloppen bij de huisarts. Dit bevestigen de verwijzers; zo vertellen zij dat ze het gevoel hebben dat mensen die in een welzijnstraject zitten minder langskomen of bellen, ondanks dat ze hier geen harde cijfers over hebben. Verwijzer 1 (de huisarts) geeft aan dat ze het idee heeft dat mensen na deelname aan Welzijn op Recept echt minder op het spreekuur komen, en als ze wel komen, dat ze dan met andere (duidelijke) klachten komen in plaats van de vage klachten die lichamelijk eigenlijk niet te duiden zijn waarmee ze voor hun doorverwijzing bij haar kwamen. Verwijzer 2 (POH-GGZ) geeft aan dat ze merkt dat mensen minder vaak naar de huisartsenpraktijk bellen. Zij vermeldt hierbij echter dat ze het idee heeft dat als mensen wél weer komen, dat ze dan niet per se met andere klachten komen aangezien mensen een bepaald klachtenpatroon hebben dat niet verandert. Zij illustreert dit als volgt:

"....weet je, kijk, dat kun je denk ik nooit zo zeggen. Kijk, want mensen hebben een patroon in hun klachten. He dus als je die boze mevrouw hebt die hier woont, die komt altijd met buikpijnklachten, want dat is hoe zij haar klachten verwoordt. He en er zijn mensen die hebben altijd 'En die burens die en die gemeente dat en die.....'. Die doen dat op die manier. En je hebt mensen die zeggen niks, die komen met buikpijn of met hoofdpijn klachten

hier binnen of met rugpijn, terwijl dat natuurlijk letterlijk iets op je rug dragen is of hoofdpijn van iets krijgen omdat ze over piekeren, hè. Dus mensen doen hun patroon, dus verandert dat? Ik denk het niet."

Het lijkt er dus op dat Welzijn op Recept wel degelijk een positieve invloed heeft op het zorggebruik in de eerstelijnszorg aangezien mensen na het doorlopen van Welzijn op Recept minder bellen en op het spreekuur komen. De verwijzers houden er echter een andere mening op na als ze kijken naar in hoeverre Welzijn op Recept een bepaald klachtenpatroon kan doorbreken.

Wat de verwijzers daarnaast aanstippen, is dat Welzijn op Recept een waardevolle toevoeging is op de huisartsenpraktijk én het Sociale team. De POH-GGZ (verwijzer 2) benoemt namelijk dat naast dat de huisarts wordt ontlast, er bovendien wordt gekeken naar wat er bij de mensen zelf past om daar vervolgens op in te kunnen spelen. Dit is volgens haar een belangrijk bijkomend voordeel. De huisarts (verwijzer 1) noemt daarnaast dat Welzijn op Recept ook een mooie aanvulling is op de Sociale Wijkteams die in 2015 zijn opgericht, maar die nog niet helemaal goed werken.

Hierop aansluitend kwam bij de gespreksgroep met de welzijnscoaches de vraag naar voren wat eigenlijk de toegevoegde waarde is van Welzijn op Recept in de zorg. Ten eerste komen de welzijnscoaches tot de conclusie dat zij wel degelijk een andere 'taak' hebben dan een POH-GGZ of psycholoog. Zij stellen namelijk dat zij als welzijnscoaches praktischer bezig zijn, meer doorvragen en volkomen gericht zijn op de toekomst. Daarnaast dragen de welzijnscoaches aan dat zij zich in tegenstelling tot de andere hulpverleners richten op de *mogelijkheden* in plaats van op het probleem. Of zoals welzijnscoach 3 zegt:

"Dus als je dan een probleem hebt, wat is dan het verlangen dat er tegenover staat, of je wens?"

Ten tweede bemerken de welzijnscoaches hun toegevoegde waarde in dat ze zichzelf eigenlijk als de verbinding zien tussen het medisch domein en het sociaal domein. Ze geven aan dat ze toegang hebben tot mensen die anders niet geholpen zouden worden. Het feit dat de welzijnscoaches geen hulpverleners zijn, maar toch zijn aangesloten bij een huisartsenpraktijk maakt dat ze vroegtijdig kunnen inspringen aangezien de huisarts heel laagdrempelig is. Welzijnscoach 2 zegt resumerend het volgende over de toegevoegde waarde van Welzijn op Recept:

"Ja, die schakel he, tussen zorg en welzijn, maar ook de brug tussen mensen en wensen."

Alles samengenomen kan er dus worden gesteld dat Welzijn op Recept een belangrijke toevoeging is. Het heeft namelijk een positieve invloed op het zorggebruik van deelnemers; het lijkt er op dat deelnemers na een traject van Welzijn op Recept minder vaak aankloppen bij de eerstelijnszorg.

4.2.3 Voorwaarden voor succesvolle afronding van het traject

De derde onderzoeksvraag was: *“Wat zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om Welzijn op Recept voor de deelnemer tot een succes te maken?”*. In deze paragraaf zal ik deze onderzoeksvraag behandelen door te bespreken wat in de interviews en gespreksgroep naar voren is gekomen over deze voorwaarden. Zoals in de theorie naar voren is gekomen, kunnen deze voorwaarden worden gezien als fasen waarin het ‘mis’ kan gaan, waardoor de deelnemer niet terecht komt bij Welzijn op Recept, gedurende het traject uitvalt of uiteindelijk geen verhoogd niveau van welbevinden ervaart. Hierbij spelen zowel de verwijzer, welzijnscoach als deelnemer een rol. Deze rollen bespreek ik achtereenvolgens.

4.2.3.1 De rol van de verwijzer

Ten eerste is het belangrijk dat mensen überhaupt terecht komen bij Welzijn op Recept. De huisarts speelt hier een belangrijke rol omdat zij de beslissing neemt om een patiënt door te verwijzen naar Welzijn op Recept. Verwijzer 1 (huisarts) verwijst voornamelijk patiënten door die met grote regelmaat bij haar op het spreekuur komen. Die komen dan bijvoorbeeld telkens bij haar terug met hoofdpijn of rugpijnklachten die echter lichamelijk niet te duiden zijn. Hierover vertelt ze het volgende:

“Als ze vaker komen praat je natuurlijk door van en dan kom je erachter van ja, dat bepaalde dingen dan niet in balans zijn in hun leven. En dan bespreek je van ‘Zou het kunnen van als je wat meer ondersteuning krijgt van dat dan beter zou gaan en dat je dan minder klachten zult ervaren?’.”

Bij deze patiënten wordt dan niet alleen naar de lichamelijke klachten gekeken, maar met een veel bredere blik. De huisarts voert het ‘andere gesprek’ met de patiënten, waarbij ze dus naar meerdere aspecten van gezondheid kijkt.

Maar ook de POH-GGZ speelt een belangrijke rol, blijkt uit het interview met verwijzer 2 (de POH-GGZ). Zij vertelt dat ze het in hun praktijk vaak aanpakken met een ‘tweesporenbeleid’ waarbij de huisarts een patiënt vaak niet meteen doorverwijst naar de welzijnscoach, maar de patiënt eerst naar haar doorverwijst, aangezien niet alle medische informatie aan de welzijnscoach wordt verstrekt. Zij als POH-GGZ kan dan eerst goed in kaart brengen wat precies de (achterliggende) problematiek is en de patiënt vervolgens al dan niet doorverwijzen naar de welzijnscoach. De

patiënten die zij doorverwijst naar Welzijn op Recept zijn vaak de mensen die “...een beetje kwijt zijn wat hun waarden en normen waren en die zich een beetje verstopt hebben in de samenleving...”. In dat geval kan de welzijnscoach deze mensen helpen door te kijken wat voor iemand écht belangrijk is.

Uit bovenstaande blijkt dus dat de patiënten die worden doorverwezen naar Welzijn op Recept als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze de balans in het leven wat kwijt zijn. Dit wordt bevestigd door de welzijnscoaches:

“En de vragen, ja... Dat gaat van mensen die iets ingrijpends hebben meegemaakt tot gezondheid die achteruit is gegaan tot stress rondom corona. Uhm tot mensen die problemen hebben met installatie tot iemand die een traumatisch verleden heeft en tot iemand die gewoon niet weet....”

De verwijzers vertellen dat het in het begin lastig was om te bepalen welke mensen je eigenlijk verwijst naar Welzijn op Recept, aangezien ze zoekende waren bij wat voor mensen het zou passen. Hiervoor is het volgens de verwijzers van belang dat de welzijnscoaches en de verwijzers elkaar goed kennen. Op deze manier ontdek je als verwijzer namelijk wat de welzijnscoach allemaal kan en welke mensen je al dan niet door kunt verwijzen. Dit is volgens verwijzer 2 (de POH-GGZ) voornamelijk van belang als je intensief samenwerkt met de welzijnscoach en ook wel eens samen bepaalde casussen oppakt, zoals zij en de welzijnscoach wel eens doen. Hierover zegt ze het volgende:

“Omdat hun ook een breder palet hebben waar zij he mee kunnen dealen. En dat wij ze beter leren kennen en, want daar zit heel veel kracht in hoor, dat je de welzijnscoach goed kent. Zodat je ook weet wat zijn of haar kwaliteiten zijn en wat ze hebben te bieden.”

Een goede samenwerking met de welzijnscoaches is volgens de verwijzers dus van cruciaal belang. In het bijzonder vinden de verwijzers het belangrijk dat ze korte lijntjes hebben met de welzijnscoaches zodat ze snel even met elkaar kunnen overleggen. Hierbij is het volgens de verwijzers van grote toegevoegde waarde dat de welzijnscoaches ook aan de praktijk verbonden zijn en hier ook fysiek aanwezig zijn. Op die manier kunnen ze ten eerste snel contact maken om wat gegevens uit te wisselen en terug te koppelen. Ten tweede is het op die manier geïntegreerd in de huisartsenpraktijk, waardoor je er zowel als verwijzer als mogelijke deelnemer bekender mee bent. Zo zegt verwijzer 2:

“...En dat is bijvoorbeeld in (plaats) zitten ze ergens anders. Oké, maar het feit dat ze hier zit dat dat maakt de drempel wel lager om daar na toe te verwijzen. Maar dat is voor mensen ook wat minder onbekend zeg maar, van het is gewoon hier op de praktijk, dan werkt het ook wat laagdrempeliger voor je.”

Uit bovenstaande blijkt dus dat de eerstelijnszorgverleners een belangrijke rol spelen bij of patiënten als dan niet terechtkomen bij Welzijn op Recept. Uit de bevindingen blijkt dat de verwijzers in het algemeen de patiënten doorverwijzen die de balans in hun leven kwijt zijn. Dit komt overeen met de doelgroep waarvoor Welzijn op Recept bedoeld is, namelijk patiënten met lichte psychosociale klachten.

4.2.3.2 De rol van de welzijnscoach

Wanneer een patiënt doorverwezen is naar Welzijn op Recept, komt zij in contact met de welzijnscoach die het gesprek aangaat met de deelnemer. De welzijnscoaches geven aan dat ze het belangrijk vinden om de deelnemer goed te leren kennen om erachter te komen waar de deelnemer behoefte aan heeft en hoe hierop vervolgens ingespeeld kan worden. De welzijnscoaches geven aan dat ze dit proberen te bereiken door de deelnemers de ruimte te geven om hun verhaal te delen en gewoon te luisteren. Daarnaast geven de welzijnscoaches aan dat ze vooral open vragen stellen en doorvragen. Door welzijnscoach 4 wordt het volgende antwoord gegeven op de vraag hoe ze het gesprek met de deelnemer aangaan om erachter te komen wat écht hun behoefte is:

“Vragen stellen, heel veel vragen stellen....Open, nieuwsgierig, goed kijken hoe iemand reageert op bepaalde dingen. Nou ja, het Spinnenweb past daar ook wel heel goed bij, geeft ook wel heel veel informatie. Uuhm en soms is het ook, weet iemand het gewoon niet, en dan doe ik een voorstel en als iemand zegt ‘Nou ja, ik weet niet’, dan kijk ik van wat ‘Wat houdt je daarin tegen om het eens uit te proberen?’. Ja, zo.”

Hierbij is het volgens de welzijnscoaches voornamelijk van belang dat ze de deelnemer aan het nadenken zetten en zelf slechts een coachende rol aannemen. Deze kern wordt mooi verwoord door welzijnscoach 3:

“Dat je dus zo min mogelijk zelf daar in dat advies of in het gesprek aanwezig bent, maar dat dat die andere dus aan het werk gaat en nadenken van ‘Wat wil ik? Hoe wil ik dat doen? Wat is het kleine stapjes wat ik kan doen?’.”

Door de deelnemer zelf te laten nadenken, ligt de regie dus in handen van de deelnemer. De welzijnscoaches geven daarbij aan dat het Spinnenweb vaak ook veel informatie biedt, aangezien je

daarmee een holistisch beeld schetst om te beoordelen waar iemand behoefte aan heeft en waar je op in kunt haken. Zo zegt welzijnscoach 2:

“Vanuit dat Spinnenweb: ‘Wat wil je als eerste? Wat gaat goed? Wat wil je als eerste veranderen?’. Komt daar iets uit en dan weer verder gaan trechteren van ‘Wat wil je dan? Iets op het gebied van sociale contacten of juist iets op beweging?’. Soms is het een combinatie. En het is ook uitproberen. Of bijvoorbeeld, nou een voorbeeld daarvan; uuh gezelschapsverzoeken, als iemand bijvoorbeeld behoefte heeft aan een maatje om die dan aan elkaar te koppelen. En nou, dan moet er natuurlijk ook eerst een klik zijn voordat dat weer verder kan groeien. Ja, soms is het gewoon experimenteren; wat past en soms past even iets niet, nou dan ga je samen verder kijken.”

Wat volgens de welzijnscoaches ook erg belangrijk is bij het in kaart brengen van de behoeften is dat ze ook te weten komen waarom het tot dusver al dan niet is gelukt om eraan te werken.

Welzijnscoach 2:

“En dan kom je op dat stukje van motiverende gespreksvoering van ‘Oké nou, wat houdt je tegen?’ Maar stel je gaat zo door van ‘Wat wat hoe zou je hoe zou het er dan over een tijd uitzien?’. ‘Of als je het zou veranderen, wat zou je het je dan opleveren?’... “Wat is daar dan voor nodig?’.”

Door ook boven tafel te krijgen waarom het nog niet is gelukt om eraan te werken, kunnen de welzijnscoaches er dus achter komen wat de deelnemer nodig heeft. Op deze manier krijgen de welzijnscoaches ook een beeld van de beschikbare hulpbronnen van de deelnemer en wat op basis hiervan de mogelijkheden zijn. Zo is het bij de interviews met de deelnemers naar voren gekomen dat het belangrijk is om te weten hoe de fysieke gezondheid van een deelnemer is of hoeveel tijd een deelnemer heeft. Zo was er bijvoorbeeld een deelnemer die niet meerdere afspraken op een dag kon hebben wegens gezondheidsredenen of een deelnemer die nog aan het werk was, waardoor hij minder flexibel was in tijden. Dit zijn externe hulpbronnen waar wel rekening mee moet worden gehouden bij het kiezen van een activiteit. Daarnaast geven de welzijnscoaches aan dat ze ook wel kijken naar wat een deelnemer vroeger leuk vond om te doen, om hier vervolgens op in te kunnen spelen. Welzijnscoach 2 geeft een voorbeeld dat illustreert hoe ze de behoeften en hulpbronnen in kaart kunnen brengen. Een deelnemer moest op schaal 1 tot 10 gaan staan op de plek waar ze nu stond en waar ze graag naartoe wilde. Daar speelde de welzijnscoach op de volgende manier op in:

“En dat is denk ik het mooi van dit concept, dat je echt gaat kijken ‘Je staat nu bij de vier, je hebt gevoeld om bij de acht te staan, wat zou je graag willen?’. Je gaat dan toch wat meer richting die acht en ‘Wat kan jou daarin helpen?’. En het is zo mooi om dat vertrouwen denk ik te hebben in de mens zelf van, want ik geloof heel erg in

dat ieder zijn eigen medicijn in zich heeft en alleen misschien nog niet zo is ontwikkeld of dat er iets anders meer de overhand heeft. En hoe mooi het dan is dat nou ja, eigenlijk kun je achteroverleunen, want als je die vraag stelt, dan komt een antwoord. En en soms als dat niet het geval is, nou ja, dat geval kun je meedenken.”

Als de welzijnscoach in kaart heeft gebracht wat de behoefte(n) en beschikbare hulpbronnen van de deelnemers, gaat ze op zoek naar een activiteit die hierbij aansluit. Hierbij stellen de verwijzers dat het belangrijk is dat de welzijnscoaches de wegen moeten kennen in het sociale netwerk. Op de vraag hoe de welzijnscoaches op de hoogte blijven van de sociale kaart om te weten wat de mogelijkheden zijn, antwoorden ze dat ze dit voornamelijk doen door te netwerken. Soms horen ze via-via ook wel eens van activiteiten en dan nemen ze contact op. Ook hebben ze een groepsapp en een Facebookpagina waar mensen huidige of komende activiteiten in delen en nemen ze overal folders mee vandaan.

Daarnaast hebben de welzijnscoaches contact met elkaar om adviezen te vragen. Deze onderlinge samenwerking is ook belangrijk om van elkaar op de hoogte te blijven met wat voor vragen de deelnemers het traject binnenkomen, om daar ook op in te kunnen spelen als deelnemers overeenkomende hulpvragen hebben. Het belang van deze onderlinge samenwerking wordt bevestigd door verwijzer 2:

“En ik denk dat we ook echt moeten blijven investeren in het samenwerking van die welzijnscoaches. [.....] Onderling ja, ik denk dat dat ook een hele belangrijke moet blijven, want heel vaak wordt he, gaat iemand heel zelfstandig werken is prima, maar ik denk dat we ook de kracht zit in dat hun met elkaar samenwerken, dat ook blijft.”

Om op de hoogte te blijven van de sociale kaart hebben de welzijnscoaches dus ook veel contact met de activiteitenaanbieders in de omgeving. Om goed op de hoogte te blijven, is hier een goede samenwerking ook van belang. Ook noemen de welzijnscoaches dat, als ze merken dat er veel vraag is rond een activiteit die er niet is, ze dit ook wel eens organiseren in samenwerking met een andere organisatie. Hier bestaat bij de welzijnscoaches de wens om deze samenwerking met andere organisaties te versterken. Zo zegt één van de welzijnscoaches:

“Dus, en dat is geloof ik ook wel wat we het liefste willen, dat je dat je dus ook, want je hebt heel veel organisaties – tenminste als ik voor mezelf spreek – je hebt heel veel organisaties en je merkt soms dat samenwerking tussen bijvoorbeeld organisaties die een beetje hetzelfde doen of zie die uuuh, hoe noem je dat?... Dat als je samenwerkt dat er dan nog meer kan ontstaan. Het het is toch vaak een beetje eilandjes en dat aan elkaar plakken, daar ben ik ook wel heel erg van.”

Vervolgens heb ik de welzijnscoaches voorgelegd hoe ze tot een passende activiteit komen voor de deelnemers. Hierop geeft welzijnscoach 1 het volgende antwoord:

“Ja ligt er een beetje aan wat ze aangeven denk ik. Als ze bijvoorbeeld aangeven dat ze van heel veel creativiteit houden en ook aangeven en van ik voel me redelijk eenzaam, dan ga ik kijken zeg maar van ‘Wat weet ik?’ zeg maar. Of ‘Waar kan ik achter komen?’. Want ik heb vaak wel mensen in mijn netwerk die in het gebied wel weten wat er allemaal speelt. Dus dan ga je gewoon een beetje koppelen zeg maar van... dat is ook haar taak zeg maar bijvoorbeeld. Ik had ook een cliënt die zei van ‘Ja ja, ik zou eigenlijk wel wel iets willen doen, heb je iets voor mij?’. Dan zeg ik van ‘Ja, ik wil wel met je mee kijken, maar het is niet zo dat ik je zo iets op tafel kan geven zeg maar van hier, alsjeblieft, dit kun je gaan doen’.”

Uit dit citaat blijkt dat de welzijnscoach de deelnemer voornamelijk aan het denken wil zetten wat zij zou willen. Dit is dus een hele andere manier van denken dan normaliter het geval is als iemand bij de dokter komt. Zoals welzijnscoach 3 aanstipt, komen de mensen vaak bij de huisarts met de roep van *“Ik heb een probleem, dokter los het op.”*. En dan wordt vervolgens een pil of een zalfje voor geschreven. *“Iemand komt dan dus met een appèl op de ander van ‘Help mij!’ in plaats van ‘Hoe kan ik mijzelf helpen?’”*. Het idee bij Welzijn op Recept is volgens de welzijnscoaches om te focussen op de laatste vraag, dus de deelnemer aan het denken zetten waar zij behoefte aan heeft en hoe dit kan worden bereikt. De rol van de welzijnscoach is hierbij opnieuw om de deelnemer vragen te stellen om haar op die manier te coachen en te stimuleren. En als de deelnemer dan zelf niet met een antwoord komt, dan kunnen de welzijnscoaches altijd nog meedenken over de mogelijkheden:

“Van ‘Oh misschien dit of dit of dit?’. ‘Oh ja misschien’. En dan kunnen ze dat proberen. En dat is altijd een stap twee; het meedenken. Maar ik geloof heel erg ook wel in dat stuk van ja, open vragen stellen.”

Om tot een passende activiteit te komen, ligt de verantwoordelijkheid dus niet alleen bij de welzijnscoach, maar voornamelijk bij de deelnemer zelf. De welzijnscoach ondersteunt dus eigenlijk slechts, zoals door deelnemer 5 wordt bevestigd:

“Kijk, die lifecoach, die wordt je aangeboden via de arts, die heeft naar je geluisterd en die speelt dat dan door. En op een gegeven moment dan dan wordt iets uuuuh dan wordt dat aan je gegeven. Je geeft aan wat je leuk vindt, zij maakt de kachel een beetje aan van ‘Dat heb ik, dat heb ik. Nou denk daar een over na’. Dat en dat, wat dan ook. Maar je moet gewoon in staat zijn om dat zelf te gaan... he, je moet zelf, je moet het zelf doen. Echt.”

Bovendien kan de kans van slagen volgens de welzijnscoaches zelfs worden vergroot als de verantwoordelijkheid (voor een groot deel) bij de deelnemer ligt:

“Maar ik denk ook dat de kans van slagen als iemand als je bijvoorbeeld iemand gelijk de oplossing geeft van he deze activiteit kun je doen, de kans van slagen dat iemand daadwerkelijk echt gelukkig van gaat zijn is heel klein denk ik. Want ik denk dat die stap om dat ineens te gaan doen, is gewoon heel groot. Terwijl als je dat opgebouwd in een proces inderdaad, dan enthousiasmeer en stimuleer je mensen ook meer zeg maar.”

Op basis van bovenstaande kan worden gesteld dat het voornamelijk van belang is dat de welzijnscoach de deelnemer aan het denken zet en stimuleert om zelf stappen te zetten. Kortom, het is belangrijk dat de welzijnscoach de eigen regie van de deelnemer bevordert.

4.2.3.3 De rol van de deelnemer

Tot slot heeft ook de deelnemer een bepaalde rol in het gehele traject. De deelnemer dient de gekozen activiteit bij te wonen. Bij de deelnemers die een activiteit hebben bijgewoond, lijkt het erop dat ze dit allen hebben volgehouden en dat de activiteit aansloot bij hun behoeften. Deelnemer 5 doet bijvoorbeeld door Welzijn op Recept vrijwilligerswerk bij twee organisaties. Hij geeft aan dat hij het heel mooi vindt om te doen, er van geniet en daardoor de zin in het leven weer teruggekregen. Ook deelnemer 2, die toen ik haar sprak één keer naar een handwerkclubje is geweest, geeft aan dat ze het leuk vond en ook van plan is om er weer naar toe te gaan. Tevens geeft deelnemer 4 aan dat ze heel blij is dat ze de cursus Grip en Glans heeft afgerond en een rouwverwerkingsgroep heeft bijgewoond. Daarnaast vertelt deelnemer 1 dat de cursus Grip en Glans bij de eerste keer wat tegenviel, maar dat ze er toch weer naartoe gaat:

“Ik zei ‘Voor mij is dit gewoon heel moeilijk’. Ze zei ‘Maar ik denk dat het wel iets voor je is’. Ik zei ‘Ik probeer het ook gewoon, ik ga wel door’. Maar ik zei ‘Maar ja, dit is de eerste les en ik zit al zo’ (zegt de participant lachend). Dus ja..”

Het lijkt er dus op dat de deelnemers de activiteit bij (blijven) wonen, dat het aansluit bij de behoefte(n) die zij hebben en bij heeft gedragen aan het welbevinden. Er blijkt uit de interviews en focusgroep dat er twee dingen zijn die eraan ten grondslag liggen. Ten eerste komt naar voren dat het belangrijk is dat de deelnemers gemotiveerd zijn en open staan voor een traject van Welzijn op Recept. De verwijzers zien dit als een voorwaarde voordat zij een patiënt doorverwijzen naar een welzijnscoach. Ook de welzijnscoaches stellen dat de deelnemer (intrinsiek) gemotiveerd moet zijn om iets aan zijn of haar situatie te veranderen. Ze benoemen dat deelnemers bijvoorbeeld wel bereid moeten zijn om desnoods uit hun comfortzone te stappen om zich beter te kunnen voelen.

Daarnaast lijkt het erop dat het belangrijk is dat deelnemers zich ontwikkelen in bepaalde zelfmanagementvaardigheden om deze vervolgens in te kunnen zetten om uiteindelijk een hoger welbevinden te kunnen ervaren. Zoals hiervoor ook al naar voren is gekomen, proberen de welzijnscoaches de eigen regie van de deelnemers te stimuleren. Deelnemers moeten zelf stappen zetten en actie ondernemen om het gewenste doel te kunnen bereiken. Hiervoor is het volgens de welzijnscoaches noodzakelijk dat de deelnemers zelf initiatief nemen om bepaalde stappen te zetten. Ook komt er bij de interviews impliciet naar voren dat het belangrijk is dat de mensen geloof hebben in eigen kunnen. Een aantal deelnemers vertellen dat ze door de gesprekken met de welzijnscoaches erachter kwamen dat ze meer kunnen dan ze in eerste instantie dachten. Hierdoor gingen de deelnemers ook stappen zetten die ze normaliter niet zomaar zouden zetten. Het belang van het ontwikkelen en vervolgens inzetten van zelfmanagementvaardigheden, wordt geïllustreerd door deelnemer 2:

“Naja (naam welzijnscoach) heeft het dus geopperd, maar verder heb ik dat zelf gedaan en dat was oké. Ja, maar ja, ook, dat was dan ook weer zoiets weet je van gewoon in je uppie erop af. En nou ja, dat is het ook, maar die vrouw van internet, die van het wandelen weet je wel, dat heb ik ook in mijn eentje gedaan en ja nou ja, dat dat geeft wel een kick.”

Daarnaast blijkt ook dat het belangrijk is dat de deelnemers een positieve kijk hebben op de toekomst. Ze dienen in te zien dat het allemaal nog niet zo slecht is en dat er verbetering mogelijk is. Welzijn op Recept is volgens de welzijnscoach ook een soort reflectiemoment voor de deelnemers, waarbij de nadruk ligt op wat iemand wél kan. Dit helpt om positiever te kijken naar de toekomst, wat ook nodig is om het meeste resultaat uit het traject te halen. Over het aspect van relativeren zegt welzijnscoach 4 het volgende:

“Wat ook wel mooi is, ik merk ook wel eens dat mensen echt het idee hebben dat hun leven gewoon echt gewoon nou waardeloos is. En als ze dan zo’n Spinnenweb moeten invullen, dat ze dan zeggen van ‘Oh, het is eigenlijk helemaal nog niet zo slecht, het valt eigenlijk best wel mee!’. En hoe mooi is het om daar zelf achter te komen!”

Bovenstaande punten van intrinsieke motivatie en zelfmanagementvaardigheden worden geresumeerd door welzijnscoach 2:

“...Want uiteindelijk moet het ook bij iemand zelf moeten actie komen, want dat vind ik ook soms wel eens van ‘Wat is Welzijn op Recept? Voor wie is het bedoeld?’, vind ik soms ook wel het stukje wat misschien wel duidelijker mag, dat dat ook.. dat de deelnemers zelf ook actie in onderneemt en zelf ook de motivatie moet hebben om iets te willen veranderen.”

Het lijkt er op basis van bovenstaande op dat het uitvoeren van de activiteit niet echt een knelpunt is. Daarentegen lijkt het erop dat het belangrijk is dat deelnemers intrinsiek zijn gemotiveerd om iets aan hun situatie te veranderen. Daarnaast blijkt het dat het belangrijk is dat deelnemers zich ontwikkelen in een aantal zelfmanagementvaardigheden waardoor 'het balletje vervolgens automatisch gaat rollen'; ze zetten de ontwikkelende vaardigheden in bij het vervolg van het traject, waardoor ze de activiteit met succes bijwonen en vervolgens hun behoeften(n) kunnen bevredigen, waardoor ze een verhoogd niveau van welbevinden ervaren.

4.2.4 Slotsom: Waarom is Welzijn op Recept effectief?

In deze paragraaf zal ik bovenstaande bevindingen en inzichten terugkoppelen naar de *Zelfmanagement van Welbevinden theorie* om te beoordelen in hoeverre deze theorie een verklaring kan bieden *waarom* Welzijn op Recept effectief is en bijdraagt aan het welbevinden van mensen. Tevens zal ik bovenstaande inzichten terugkoppelen naar de voorwaarden voor succes die op basis van de theorie naar voren kwamen zodat een deelnemer bij Welzijn op Recept terecht komt, het traject voltooit en ook daadwerkelijk een hoger niveau van Welbevinden ervaart.

4.2.4.1 Waarom bevordert Welzijn op Recept het welbevinden van deelnemers?

Zoals vaker genoemd, is het doel van Welzijn op Recept om het welbevinden van mensen te verhogen. Dit is, zoals de *Zelfmanagement van Welbevinden theorie* stelt, belangrijk aangezien het ervaren van fysiek en sociaal welbevinden universele doelen zijn (Steeverink, 2019). Uit de resultaten blijkt dat bij Welzijn op Recept naast het bijwonen van de activiteit, waar vanuit de theorie de nadruk op ligt, het *proces* dat de deelnemer doormaakt ook heel belangrijk is voor het bevorderen van het welbevinden. Dit standpunt zal ik hieronder verder toelichten.

Wanneer een deelnemer verwezen is naar Welzijn op Recept, dient de welzijnscoach te achterhalen waar de deelnemer behoefte aan heeft en wat de deelnemer dus eigenlijk graag wil (i.e. op welke van de vijf basisbehoefte(n) ingespeeld dient te worden). Dit proberen de welzijnscoaches te bereiken door het gesprek aan te gaan met de deelnemer en daarbij – vanuit het oogpunt van *positieve gezondheid* – de eigen regie van de deelnemer te stimuleren, waardoor de deelnemer zelf na moeten denken en zelf stappen moet ondernemen om te ondervinden wat zij wil.

Als het duidelijk is welke behoefte(n) een deelnemer heeft, kan er op zoek worden gegaan naar een passende activiteit (i.e. hulpbron voor het bevredigen van de behoefte(n)) die aansluit bij de behoefte(n) die de deelnemer heeft. Bij de resultaten komt naar voren dat deelnemers deze activiteit positief ervaren en daarmee bijdraagt aan het welbevinden. Zoals ook naar voren is gekomen in de theoretische uitwerking, heeft een deelnemer bepaalde hulpbronnen nodig voor het

uitvoeren van de activiteit (i.e. 'externe hulpbronnen' en 'latente hulpbronnen'). Daarom is het belangrijk om te weten wat voor hulpbronnen de deelnemer tot zijn of haar beschikking heeft, en wat dus de mogelijkheden zijn. Zowel het belang van de externe als latente hulpbronnen komt naar voren in de interviews/gespreksgroep. Zo blijkt dat het belangrijk is om te weten hoe het is gesteld met de fysieke gezondheid en hoeveel tijd de deelnemer heeft (de externe hulpbronnen). Daarnaast is het in sommige gevallen voor deelnemers al genoeg om bepaalde contacten of hobby's uit het verleden weer op te pakken om het welbevinden te bevorderen (de latente hulpbronnen). Zo vertelt een deelnemer bijvoorbeeld dat zij door Welzijn op Recept weer contact heeft gezocht met mensen waarmee het contact verwaterd was, wat haar erg goed heeft gedaan.

Tevens blijkt dat, in lijn met de nadruk die ligt op de eigen regie, een aantal zelfmanagementvaardigheden van belang zijn om de hulpbronnen te kunnen 'managen' en de activiteit uit te kunnen voeren (i.e. interne hulpbronnen). Zoals besproken, dienen de deelnemers *zelf* actief na te denken en stappen te zetten om op die manier zichzelf te helpen.

Uit bovenstaande blijkt dat bij Welzijn op Recept, vanuit de uitgangspunten van *positieve psychologie* en *positieve gezondheid*, de nadruk wordt gelegd op de eigen regie van de deelnemers. Dit sluit aan bij de ontwikkeling van de zelfmanagementvaardigheden (i.e. interne hulpbronnen), aangezien deelnemers worden gestimuleerd om *zelf* actie te ondernemen, waardoor ze zelfvertrouwen kunnen ontwikkelen, zelf meer initiatief nemen en positiever naar de toekomst kijken. Dit draagt er aan bij dat deelnemers de activiteit bij blijven wonen en hierdoor de desgewenste behoefte kunnen bevredigen, wat bijdraagt aan het algemeen welbevinden. In lijn met de *ZMW theorie* gaat het dus om de combinatie van hulpbronnen (i.e. de activiteit die de deelnemers bijwonen, andere externe hulpbronnen en latente hulpbronnen) en zelfmanagementvaardigheden (i.e. interne hulpbronnen) wat maakt dat deelnemers een verhoogd niveau van welbevinden ervaren.

Het substitutieproces waarbij mensen zich zullen op richten op de behoefte(n) die ze nog wél kunnen bereiken met de beschikbare hulpbronnen, zoals besproken in de theoretische uitwerking, komt minder duidelijk naar voren in de gesprekken. De welzijnscoaches delen echter wel dat ze echt proberen te trechteren wat iemand als eerste wil veranderen, dus kijken naar wat voor iemand het belangrijkste is om aan te pakken en daarmee de grootste behoefte is. Maar hierin is het substitueren niet echt zichtbaar.

Op basis hiervan zou het kunnen zijn dat het substitutieproces een proces is dat meer onbewust plaatsvindt. Wellicht ga je je als je ouder wordt automatisch richten op bepaalde behoeften omdat andere behoeften gewoon niet meer bevredigd (kunnen) worden (bijvoorbeeld status). Zoals naar voren is gekomen, zullen mensen zich naarmate ze ouder worden steeds meer focussen op de behoeften van comfort en affectie (Steverink, 1996). De deelnemers die ik heb

gesproken hadden voornamelijk behoefte aan contact met anderen, wat verbonden kan worden aan de behoefte aan gedragsbevestiging en affectie. Het kan zijn dat deze deelnemers vanwege hun leeftijd en omstandigheden zich onbewust al op deze behoeften richten en daarmee belangrijker vinden, waardoor het substitutieproces niet meer expliciet naar voren komt maar dus onbewust al heeft plaatsgevonden.

Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de *Zelfmanagement van Welbevinden theorie* kan verklaren *waarom* Welzijn op Recept bij kan dragen aan het welbevinden van deelnemers en daarmee effectief is. Bij de interventie wordt ingespeeld op de behoefte(n) die iemand heeft, waarbij wordt gekeken naar de beschikbare hulpbronnen. De combinatie van en wisselwerking tussen de zelfmanagementvaardigheden die worden ontwikkeld en vervolgens worden ingezet én de activiteit die de deelnemer bijwoont, maakt dat Welzijn op Recept bijdraagt aan het algemeen welbevinden van deelnemers.

4.2.4.2 Wat zijn de voorwaarden om Welzijn op Recept voor een deelnemer tot een succes te maken?

Om Welzijn op Recept voor een deelnemer daadwerkelijk tot een succes te maken, was het belangrijk om te kijken naar de fasen waar het 'mis' kon gaan waardoor een deelnemer niet bij Welzijn op Recept terecht komt, gedurende het traject uitvalt of uiteindelijk niet het gewenste resultaat van een hoger welbevinden bereikt. Hiertoe werden vijf voorwaarden voor succes onderscheiden. Uit de resultaten blijkt dat deze vijf theoretische voorwaarden specifiek gemaakt kunnen worden, waardoor uiteindelijk elf voorwaarden te onderscheiden zijn. Hierbij hebben zowel de verwijzers, welzijnscoaches als deelnemers een bepaalde rol.

Over de rol van de verwijzers volgde uit de theorie de eerste voorwaarde dat de persoon terecht moet komen bij de welzijnscoach. Geschikte patiënten moeten door eerstelijnszorgverleners worden verwezen naar Welzijn op Recept. Uit de resultaten blijkt dat dit niet een groot knelpunt is, maar dat er nog wel verbetering in mogelijk is. In het algemeen hebben de verwijzers in de loop van de tijd een steeds beter beeld gekregen van welke patiënten baat kunnen hebben bij Welzijn op Recept. Zij verwijzen mensen die de balans in hun leven kwijt zijn door een ingrijpende gebeurtenis, een gezondheid hebben die achteruit gaat of last hebben van stress. Dit strookt met de doelgroep waarvoor Welzijn op Recept ontwikkeld is, namelijk patiënten met lichte psychosociale klachten. Het blijkt echter dat er ook verwijzers zijn bij wie de mogelijkheid van Welzijn op Recept nog niet is geïntegreerd in hun werkwijze en die niet op de hoogte zijn van wat de welzijnscoaches precies doen. Er zijn dus nog verbeteringen mogelijk in de integratie van Welzijn op Recept in de werkwijze van eerstelijnszorgverleners. Uit de resultaten blijkt dat hiervoor een goede samenwerking tussen de

verwijzers en welzijnscoaches van belang is. Belangrijk hierbij zijn het laagdrempelige contact, de korte lijntjes en de persoonlijke samenwerking. Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat verwijzers er een belangrijke rol in spelen of patiënten al dan niet terecht komen bij Welzijn op Recept. Hierbij zijn uiteindelijk drie voorwaarden te onderscheiden die bevorderen dat eerstelijnszorgverleners hun patiënten verwijzen naar de welzijnscoaches:

1. De mogelijkheid van Welzijn op Recept is geïntegreerd in de werkwijze van eerstelijnszorgverleners;
2. De eerstelijnszorgverleners weten voor welke patiëntengroep Welzijn op Recept geschikt is;
3. Er bestaat een goede samenwerking tussen de eerstelijnszorgverleners en de welzijnscoaches.

Met betrekking tot rol van de welzijnscoach werden in de theorie drie voorwaarden onderscheiden, namelijk dat de welzijnscoach in staat is de behoeften en beschikbare hulpbronnen van de deelnemer in kaart te brengen, de welzijnscoach op de hoogte is van de sociale kaart én dat de welzijnscoach in staat is om een passende activiteit te vinden voor de deelnemer. Zoals eerder genoemd, blijkt uit de resultaten dat het zowel gaat om de activiteit die de deelnemer bijwoont als om het *proces* dat de deelnemer doormaakt om het gewenste resultaat van een verhoogd welbevinden te bereiken. Daarom zitten de knelpunten waar deelnemers uitvallen of niet het gewenste resultaat behalen, niet alleen in de bovengenoemde voorwaarden zoals gedefinieerd in de theorie. Wat daarnaast voornamelijk van belang is, is dat de welzijnscoaches de eigen regie van de deelnemers bevorderen zodat zij de mogelijkheid hebben om zich te kunnen ontwikkelen in hun zelfmanagementvaardigheden, die ze in het vervolg van het traject in kunnen zetten. Hiervoor is het, in lijn met de theorie belangrijk dat de welzijnscoaches achterhalen wat een deelnemer graag zou willen, waar zij behoefte aan heeft en welke hulpbronnen de deelnemer tot haar beschikking heeft, zodat daar op ingespeeld kan worden. Hoewel uit de resultaten blijkt dat slechts het bijwonen van een activiteit niet genoeg is voor het succes van Welzijn op Recept, is het wel van belang dat de welzijnscoaches op de hoogte zijn van de sociale kaart in de nabije omgeving om in samenspraak met de deelnemer tot een passende activiteit te kunnen komen. Bij de activiteit die de deelnemers bijwonen kunnen ze namelijk hun ontwikkelende zelfmanagementvaardigheden inzetten om hun behoefte te kunnen bevredigen wat bijdraagt aan hun welbevinden. De verantwoordelijkheid voor het vinden van die passende activiteit ligt, zoals de theorie veronderstelt, echter niet alleen bij de welzijnscoach. De deelnemer dient zelf namelijk de regie in handen te nemen en dient zelf na te denken wat zij graag zou willen. Wat ook voortkomt uit de resultaten, is dat het belangrijk is dat de welzijnscoaches onderling met elkaar samenwerken, zodat ze elkaar kunnen adviseren en elkaar op de hoogte kunnen houden van de 'hulpvragen' waarmee deelnemers komen zodat ze hier desnoods

met een zelfgeorganiseerde activiteit op in kunnen spelen. Bovendien dienen de welzijnscoaches ook samen te werken met de andere welzijnsorganisaties die activiteiten aanbieden om op de hoogte te blijven van het aanbod en desnoods samen met hen een activiteit op te zetten. Op basis van bovenstaande, kunnen uiteindelijk de volgende voorwaarden worden onderscheiden wat betreft de rol van de welzijnscoach:

4. De welzijnscoach is in staat in kaart te brengen wat de behoeften en beschikbare hulpbronnen zijn van de deelnemer;
5. De welzijnscoach stimuleert gedurende de gesprekken de eigen regie van de deelnemer;
6. De welzijnscoach is op de hoogte van de actuele sociale kaart;
7. De welzijnscoach en deelnemer komen samen tot een passende activiteit;
8. Er bestaat een goede onderlinge samenwerking tussen de welzijnscoaches en andere welzijnsorganisaties.

Als laatste heeft de deelnemer zélf nog een bepaalde rol gedurende het traject. Uit de theorie volgde in relatie hiertoe de voorwaarde dat de deelnemer het passende gedrag dient te vertonen dat noodzakelijk is om haar behoefte(n) te bevredigen. Uit de bevindingen blijkt dat dit inderdaad van cruciaal belang is, maar dat dit gespecificeerd kan worden. Ten eerste werd in de theorie verondersteld dat deelnemers gemotiveerd moeten zijn. Dit blijkt ook uit de resultaten; deelnemers dienen intrinsiek gemotiveerd te zijn en ervoor open te staan om eventueel uit hun comfortzone te stappen om zich beter te voelen. Ten tweede volgde uit de theorie dat deelnemers moeten beschikken over een aantal zelfmanagementvaardigheden. In de resultaten komt inderdaad naar voren dat het belangrijk is dat deelnemers een aantal zelfmanagementvaardigheden dienen in te zetten. Zoals eerder genoemd, is het belangrijk dat de *ontwikkeling* van deze vaardigheden gedurende het traject door de welzijnscoaches wordt bevorderd door de eigen regie van de deelnemer te stimuleren. Vervolgens kan de deelnemer deze vaardigheden gedurende de rest van het traject inzetten, zodat zij niet afhaakt en daadwerkelijk een verhoogd niveau van welbevinden ervaart. Uit de resultaten blijkt dat *self-efficacy*, *een positief toekomstperspectief* en *initiatief nemen* belangrijke vaardigheden zijn die een deelnemer dient te ontwikkelen en in te zetten om het traject met succes te voltooien. Op basis van bovenstaande komen we tot de laatste voorwaarden voor succes, zodat een deelnemer het traject met het gewenste resultaat (i.e. een verhoogd gevoel van welbevinden) voltooit:

9. De deelnemer is intrinsiek gemotiveerd om wat te veranderen aan haar situatie;
10. De deelnemer heeft de eigen regie in handen;
11. De deelnemer beschikt over de benodigde zelfmanagementvaardigheden.

5. Discussie en conclusie

5.1 Belangrijkste bevindingen en beantwoording onderzoeksvragen

Het eerste doel van dit onderzoek was om inzicht te bieden in de effectiviteit van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen. Dit heb ik gepoogd in beeld te brengen aan de hand van twee vraagstellingen, waarbij de eerste kwantitatief en de tweede kwalitatief van aard was. Ik heb gekozen voor deze ‘Mixed method’ om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de effectiviteit. Het kwantitatieve deel diende om inzicht te bieden in de effecten van Welzijn op Recept en het kwalitatieve deel om te ondervinden hoe betrokkenen Welzijn op Recept ervaren, wat voor invloed het heeft op het leven van deelnemers en *waarom* Welzijn op Recept effectief is.

De eerste (kwantitatieve) vraagstelling was: *“Wat is het effect van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen op het welbevinden van de deelnemers?”*. Deze vraag is beantwoord met gegevens van de zes dimensies van het Spinnenweb van *positieve gezondheid*. Deze gegevens van de deelnemers hebben de welzijnscoaches door middel van een voor- en nameting verzameld. Uit de resultaten is gebleken dat deelnemers aan Welzijn op Recept een hogere waardering geven aan de zes dimensies van *positieve gezondheid* nadat zij het traject hebben doorlopen. Hierbij is naar voren gekomen dat deelnemers zich voornamelijk beter voelen (i.e. mentaal welbevinden), meer vertrouwen hebben in de toekomst (i.e. zingeving), meer genieten van het leven (i.e. kwaliteit van leven) en meer contact hebben met andere mensen (i.e. meedoen). Deze bevindingen zijn in lijn met eerder onderzoek, waarin is aangetoond dat door Welzijn op Recept mensen meer sociale contacten hebben (Heijnders et al., 2015; Roseboom & Kloosterman, 2016), beter in hun vel zitten (Annegarn, 2016), positiever naar de toekomst kijken (Heijnders et al., 2015; Roseboom & Kloosterman, 2016) en meer genieten van het leven (Roseboom & Kloosterman, 2016; Vissers, 2015). Daarnaast wijzen de resultaten op verschillen in effectiviteit van Welzijn op Recept naar leeftijd en geslacht. Maar door het kleine aantal deelnemers dat opgenomen is in de analyse, kunnen hier geen harde conclusies over worden getrokken. Daarom zal ik hier verderop in het hoofdstuk dieper op in gaan.

De tweede (kwalitatieve) vraagstelling luidde: *“Wat zijn de subjectieve ervaringen met Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen? Wat voor invloed heeft het op de levens van de deelnemers en hun zorggebruik?”*. Deze onderzoeksvraag heb ik beantwoord aan de hand van gegevens die ik verzameld heb door interviews af te nemen met deelnemers en verwijzers en een focusgroep die ik heb georganiseerd met de welzijnscoaches. Uit de gesprekken is gebleken dat betrokkenen positieve ervaringen hebben met de interventie. Door het programma ontwikkelen deelnemers zich onder andere in een aantal zelfmanagementvaardigheden, zitten ze beter in hun vel en zien ze de zin van het leven weer in. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat Welzijn op Recept effectief is en werkt, aangezien het welbevinden van deelnemers wordt bevorderd.

Als we kijken naar *waarom* Welzijn op Recept werkt kan de conclusie worden getrokken dat dit komt door het *proces* dat de deelnemers doormaken en niet slechts door de activiteit die wordt ingezet, waar de nadruk op ligt als we kijken naar hoe Welzijn op Recept in de theorie wordt beschreven. De gesprekken met de welzijnscoach blijken hierbij heel belangrijk te zijn, aangezien hier – in lijn met de uitgangspunten van *positieve psychologie* en *positieve gezondheid* – de nadruk wordt gelegd op wat iemand nog wél kan en de eigen regie van de deelnemers wordt gestimuleerd.

De theorie die hieraan ten grondslag ligt, is de *Zelfmanagement van Welbevinden theorie*, die daarmee de basis vormt om te verklaren *waarom* Welzijn op Recept kan bijdragen aan het welbevinden van deelnemers. Bij het programma wordt namelijk ingespeeld op de behoefte(n) die iemand heeft, waarbij rekening wordt gehouden met de beschikbare hulpbronnen van de deelnemer. Als we de bevindingen terugkoppelen naar de visuele weergave van de theorie zoals weergegeven in figuur 3 in paragraaf 2.2.4.1, ligt de nadruk bij Welzijn op Recept op de combinatie van de activiteit die de deelnemer bijwoont en de zelfmanagementvaardigheden. Het bijwonen van de activiteit draagt op een directe manier bij aan het welbevinden, aangezien het aansluit bij de behoefte(n) van de deelnemer. De ontwikkeling van de zelfmanagementvaardigheden draagt zowel indirect als direct bij aan het welbevinden. Het draagt op indirecte wijze bij aan het welbevinden van de deelnemers doordat de rest na het ontwikkelen van deze vaardigheden eigenlijk vanzelf volgt. Deze vaardigheden zetten ze namelijk in het vervolg van het traject (wellicht onbewust) in, waardoor ze de activiteit bijwonen en daarmee hun behoefte(n) kunnen bevredigen, wat bijdraagt aan hun welbevinden. Daarnaast lijkt het erop dat de ontwikkeling van de zelfmanagementvaardigheden ook op een directe manier bijdraagt aan het welbevinden van de deelnemer aangezien de beheersing van de zelfmanagementvaardigheden eraan bijdraagt dat deelnemers veerkrachtiger en weerbaarder worden. Hierdoor zijn ze beter in staat om om te gaan met de negatieve gebeurtenissen in hun leven, wat hun welbevinden bevordert.

Bovendien lijkt het erop dat de Welzijn op Recept er ook voor zorgt dat de eerstelijnszorg wordt ontlast. Het blijkt namelijk dat patiënten die met enige regelmaat bij de huisarts op consult kwamen met vage klachten en vervolgens een welzijnstraject hebben doorlopen, minder op consult komen bij de huisarts. Ook nemen deze patiënten minder telefonisch contact op met de huisartsenpraktijk. Welzijn op Recept lijkt daarmee een waardevolle toevoeging te zijn.

Het tweede doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen wat voorwaarden zijn waaraan voldaan moet worden om de interventie een kans van slagen te geven, wat is verwoord in de derde onderzoeksvraag: *“Wat zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om Welzijn op Recept voor de deelnemer tot een succes te maken?”*. Deze voorwaarden hebben betrekking op verschillende fasen waarin het ‘mis’ kan gaan, zodat een deelnemer niet terecht komt bij Welzijn op Recept,

gedurende het traject uitvalt of uiteindelijk niet het gewenste resultaat van een hoger welbevinden bereikt. Ook deze vraagstelling heb ik onderzocht aan de hand van de gegevens uit de interviews en focusgroep.

Op basis van de theoretische onderbouwing werd verwacht dat er vijf voorwaarden voor succes te onderscheiden zouden zijn. Uit de resultaten blijkt dat deze vijf theoretische voorwaarden specifiek gemaakt kunnen worden, waardoor uiteindelijk elf voorwaarden zijn gedefinieerd. Hierbij hebben zowel de verwijzers, welzijnscoaches als deelnemers een bepaalde rol.

Over de rol van de verwijzer blijkt uit de resultaten dat geschikte patiënten moeten worden doorverwezen naar Welzijn op Recept. Op basis hiervan zijn drie voorwaarden onderscheiden, namelijk dat de mogelijkheid van Welzijn op Recept is geïntegreerd in de werkwijze van de eerstelijnszorgverleners, dat eerstelijnszorgverleners weten welke patiëntengroep geschikt is voor Welzijn op Recept en dat er een goede samenwerking bestaat tussen de eerstelijnszorgverleners en de welzijnscoaches. Er blijkt nog verbetering mogelijk te zijn in de integratie van Welzijn op Recept en de samenwerking met de welzijnscoaches. Daarom zal ik hier verderop in het hoofdstuk dieper op in gaan.

Met betrekking tot de rol van de welzijnscoaches kunnen op basis van de resultaten vijf voorwaarden worden onderscheiden. Het is voornamelijk belang dat de welzijnscoach boven tafel krijgt wat de behoefte(n) en beschikbare hulpbronnen zijn van de deelnemer, zodat daarop aangesloten kan worden met de activiteit. Om tot die (passende) activiteit te komen dient de welzijnscoach op de hoogte te zijn van de actuele sociale kaart. Daarnaast blijkt het dat het belangrijk is dat de welzijnscoach de eigen regie van de deelnemer stimuleert, zodat zij zelf aan het denken wordt gezet waar zij behoefte aan heeft. Op basis hiervan kunnen de welzijnscoach en deelnemer vervolgens *samen* komen tot een passende activiteit. Tot slot blijkt dat het belangrijk is dat er een goede onderlinge samenwerking bestaat tussen de welzijnscoaches en andere welzijnsorganisaties, zodat er zo goed mogelijk ingespeeld kan worden op de behoefte(n) van de deelnemers.

Als laatste zijn er drie voorwaarden te onderscheiden die te maken hebben met de rol van de deelnemer. Ten eerste is het in lijn met theorie belangrijk dat deelnemers intrinsiek gemotiveerd zijn om iets te veranderen aan de situatie. Om dit te bereiken, is het ten tweede van belang, zoals ook bij de rol van de welzijnscoach naar voren is gekomen, dat de deelnemer de regie in handen heeft. Doordat de deelnemer de eigen regie in handen heeft, wordt ook de ontwikkeling van zelfmanagementvaardigheden gestimuleerd. De laatste voorwaarde is namelijk dat de deelnemer dient te beschikken over de benodigde zelfmanagementvaardigheden.

De elf voorwaarden blijken vanuit de praktijk dus belangrijk te zijn om ervoor te zorgen dat patiënten terechtkomen bij Welzijn op Recept, het traject voltooien en een verhoogd niveau van welbevinden ervaren. Daarmee laten ze zien op welke manier de interventie effectief zal zijn en de

beoogde doelen behaalt.

Tevens bieden de voorwaarden, zoals uiteengezet in de inleiding, enig inzicht in een mogelijke selectie bias bij (eerdere) onderzoeksuitkomsten naar de effecten van Welzijn op Recept in het algemeen en de resultaten van dit onderzoek in het bijzonder, oftewel, zijn de (kwantitatieve) resultaten die gevonden zijn toe te schrijven aan de interventie? Ten eerste rijst de vraag of iedere patiënt die geschikt is voor Welzijn op Recept, wel doorverwezen wordt. De verwijzers gaven namelijk aan dat ze gemiddeld twee à drie patiënten per maand doorverwijzen naar Welzijn op Recept. Uit eerder onderzoek bleek echter dat twaalf procent van de patiënten die bij de eerstelijns hulpverleners aankloppen te maken hebben met psychosociale klachten (de Beurs et al., 2018). Op basis hiervan kan waarschijnlijk worden gesteld dat er minder patiënten worden doorverwezen dan het daadwerkelijke aantal patiënten die ervoor in aanmerking zouden komen. Hoewel het lastig is om hier conclusies over te trekken, gaven de verwijzers aan dat ze steeds een beter beeld krijgen van welke patiënten geschikt zijn voor Welzijn op Recept. Daarmee zal deze selectie-bias voor het terechtkomen bij Welzijn op Recept wellicht in de loop van de tijd minder groot worden. Daarnaast is het ook lastig om harde uitspraken te doen over (eigenschappen van) deelnemers die mogelijk uitvallen gedurende het traject of uiteindelijk geen verhoogd niveau van welbevinden ervaren aangezien ik deze mensen niet heb gesproken. Op basis van de opgestelde voorwaarden kan daar echter wellicht over worden gezegd dat deelnemers die niet intrinsiek gemotiveerd zijn, geen eigen regie nemen en niet beschikken over de benodigde zelfmanagementvaardigheden een grotere kans hebben om gedurende het traject uit te vallen of niet het gewenste resultaat bereiken. Al met al is het dus lastig om een inschatting te geven van of de positieve (kwantitatieve) bevindingen al dan niet toe te schrijven zijn aan de interventie aangezien de mensen die niet zijn doorverwezen of zijn uitgevallen niet zijn opgenomen in de studie.

5.2 Sterke punten en beperkingen

Het huidige onderzoek kent sterke punten en beperkingen. Een eerste sterk punt van het huidige onderzoek heeft te maken met de 'Mixed-method'-opzet van het onderzoek. Het gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens draagt namelijk bij aan de kwaliteit van de resultaten en aanbevelingen. Hoewel de kwantitatieve gegevens op een eenvoudige manier inzicht bieden in het effect van Welzijn op Recept, zeggen ze niets over hoe het traject is verlopen en hoe effectief/werkzaam Welzijn op Recept is. Daarom is het van grote toegevoegde waarde dat er ook is gekeken naar de context (i.e. het verhaal achter de cijfers). De kwalitatieve gegevens zijn dus een aanvulling op de kwantitatieve resultaten en geven meer diepgang aan het onderzoek aangezien ze inzicht bieden in de ervaringen van betrokkenen. Op die manier helpen ze verklaren *hoe* en *waarom* Welzijn op Recept werkt en effectief is.

Een ander sterk punt van het huidige onderzoek is dat bij het kwalitatieve onderzoek ervaringen zijn verzameld van alle betrokken partijen (i.e. deelnemers, verwijzers en welzijnscoaches) van Welzijn op Recept. Op deze manier wordt Welzijn op Recept vanuit verschillende oogpunten en perspectieven beoordeeld. Tevens bood dit de mogelijkheid dat de betrokkenen elkaars ervaringen konden valideren. Bijvoorbeeld, als welzijnscoaches stelden dat deelnemers beter in hun vel zitten, kon dit worden gevalideerd door het feit dat de deelnemers dit zelf ook zeiden. Dit biedt een meer volledig beeld van de effectiviteit en werkzaamheid van Welzijn op Recept.

Daarnaast spelen enkele beperkingen een rol. Ten eerste kan er een kanttekening worden geplaatst bij de methode die is toegepast voor het kwantitatieve deel van de studie. Het Spinnenweb van *positieve gezondheid* is gebruikt voor het meten van het effect van Welzijn op Recept. Hiervoor is het echter niet bedoeld. Het is namelijk enerzijds ontwikkeld als een zelf-assessment tool, waarmee iemand zijn eigen positieve gezondheid in kaart kan brengen. Anderzijds dient het ook als een gespreksinstrument voor zorgverleners. Het Spinnenweb is dus niet een gevalideerd meetinstrument. Daarvoor is nog verder wetenschappelijk onderzoek nodig om de juistheid van de methode te beoordelen (Instrumentwijzer, z.j.). Het was echter de wens van de gemeente om aan de hand van deze tool in kaart te brengen wat het effect is van Welzijn op Recept. De kwantitatieve resultaten bieden dan ook op een eenvoudige en duidelijke wijze inzicht in de effecten van Welzijn op Recept op basis van de zes dimensies van *positieve gezondheid*. Echter, op basis van slechts de kwantitatieve uitkomsten kunnen geen harde conclusies worden getrokken over of Welzijn op Recept het beoogde doel van het bijdragen aan welbevinden behaalt.

Ten tweede dient de generaliseerbaarheid genoemd te worden als een beperking van het onderzoek. Het kwantitatieve deel van het onderzoek is gebaseerd op gegevens van 47 deelnemers. Zoals eerder genoemd, zetten de welzijnscoaches het Spinnenweb alleen in wanneer zij het van toegevoegde waarde vonden voor de deelnemer. Hierdoor kan er sprake zijn van een bepaalde selectie-bias, waardoor de resultaten niet een goede afspiegeling vormen van de groep die in principe in aanmerking komt voor Welzijn op Recept. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de welzijnscoaches het Spinnenweb niet gebruiken bij mensen die onzeker zijn of er slecht aan toe zijn en het daardoor 'allemaal niet zo goed weten'. Of er daadwerkelijk sprake is van een bepaalde selectie-bias is moeilijk vast te stellen, aangezien dergelijke persoonsgegevens van deelnemers waarbij het Spinnenweb niet is ingezet niet bekend zijn. Daarom dient er met enige voorzichtigheid om worden gegaan met de kwantitatieve resultaten, aangezien het onzeker is of de bevindingen ook van toepassing zijn op andere plekken waar Welzijn op Recept wordt ingezet.

Als laatste dient er nog iets geponeerd te worden over de 'transferability' (overdraagbaarheid) van de kwalitatieve bevindingen. Zoals vermeld, is het voor kwalitatief onderzoek lastig om aan te tonen of de conclusies ook toepasbaar zijn in andere situaties en

populaties, aangezien de bevindingen zijn gebaseerd op een klein aantal specifieke participanten. Wat belangrijk is voor de 'transferability', is de vraag of het punt van saturatie, wat het moment is waarop de informatie die wordt verzameld zich herhaalt, wordt bereikt (Hennink et al., 2011). In deze studie zijn de kwalitatieve bevindingen gebaseerd op de ervaringen van vijf deelnemers, twee verwijzers en vier welzijnscoaches. Ondanks het gegeven dat er een beperkt aantal participanten hebben deelgenomen aan het onderzoek, kan er worden gesteld dat het punt van saturatie wel degelijk is bereikt. Alle participanten noemen dat Welzijn op Recept een positieve invloed heeft op de deelnemers aan Welzijn op Recept. Daarnaast zijn de participanten het er over eens dat de rol van de welzijnscoaches erg belangrijk is. Ook zijn de participanten eensgezind over het belang van de zelfmanagementvaardigheden gedurende het traject. De participanten zijn dus gelijkgestemd over de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. Op basis hiervan kan worden gesteld dat waarschijnlijk ook in andere contexten dezelfde mechanismen werkzaam zijn, waarmee de bevindingen ook van toepassing zijn in andere gemeenten. Het blijft echter relevant en interessant om de effectiviteit van en succesvoorwaarden voor Welzijn op Recept ook in andere gemeentes te onderzoeken om potentiële verschillen uit te sluiten en hardere conclusies te kunnen trekken.

5.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Hoewel het er bij de kwantitatieve analyse op lijkt dat de interventie een grotere impact heeft op vrouwen dan mannen, zijn deze verschillen niet groot genoeg om daar harde conclusies over te trekken. Het vormt echter wel een interessant aanknopingspunt voor vervolgonderzoek. Aan de ene kant toont onderzoek aan dat mannen over het algemeen een hoger welzijn ervaren dan vrouwen, wat voornamelijk valt te verklaren door de verschillen op het gebied van negatieve emoties, waardoor vrouwen in het algemeen gevoeliger zijn dan mannen (CBS, 2015). Aan de andere kant illustreert ander onderzoek dat vrouwen gemiddeld iets gelukkiger zijn en meer tevreden zijn met het leven dan mannen (CBS, 2022). De gegevens die bekend zijn, wijzen dus in verschillende richtingen. Daarom is het – hoewel de verschillen op de diverse aspecten van *positieve gezondheid* klein zijn – interessant om nader te onderzoeken of Welzijn op Recept al dan niet meer impact heeft op het welbevinden van mannen of vrouwen.

Daarnaast is gebleken dat de interventie meer impact heeft op de mentale gezondheid van 65-minners dan 65-plussers, maar dat er geen leeftijdsverschillen zijn op de andere dimensies van *positieve gezondheid*. Het lijkt er in het onderzoek dus op dat de interventie meer invloed heeft op het (mentale) welbevinden van 65-minners dan 65-plussers. Dit kan komen doordat het leven van mensen die met pensioen gaan erg kan veranderen. Welzijn op Recept kan, zoals in het huidige onderzoek het geval is, een kleiner effect kunnen hebben op 65-plussers dan 65-minners aangezien mensen die met pensioen zijn gewoonweg minder hulpbronnen tot hun beschikking hebben om hun

behoefte(n) te bevredigen. Doordat gepensioneerden niet langer de hulpbron van het werk hebben om bepaalde behoeften te bevredigen, zijn ze aangewezen op andere hulpbronnen waarmee ze de desbetreffende behoeften kunnen vervullen. Het kan echter ook zijn dat ze door omstandigheden geen toegang hebben tot deze hulpbronnen, waardoor ze bepaalde behoeften niet kunnen bevredigen, waardoor ze minder welbevinden ervaren dan 65-minners die wél beschikking hebben tot de benodigde hulpbronnen. Het is echter wel een verrassend resultaat aangezien je zou verwachten dat Welzijn op Recept juist een groter effect zou kunnen hebben op 65-plussers dan 65-minners aangezien er meer verbetering mogelijk is als deze groep een minder hoog niveau welbevinden ervaart voordat ze bij Welzijn op Recept komen. De welzijnscoach helpt hen dan om de situatie 'in perspectief te zien' en te kijken naar wat ze nog wél kunnen, waardoor ze wellicht een grotere toename hebben in welbevinden dan de 65-minners. Het is dus interessant om de verschillen tussen 65-minners en 65-plussers nader te onderzoeken.

In relatie tot de derde onderzoeksvraag naar de voorwaarden voor succes is een interessante en relevante suggestie voor vervolgonderzoek om deze vraag ook in andere gemeenten te onderzoeken vanuit de praktijk. Eerder onderzoek heeft zich namelijk slechts gericht op voorwaarden die op basis van de theorie naar voren kwamen (Heijnders & Meijer, 2019). Dit huidige onderzoek kan worden gezien als aanzet voor een verdere verdieping in succesfactoren die op basis van de praktijk belangrijk worden geacht. Door vervolgonderzoek naar deze succesvoorwaarden kan de interventie op basis van verschillende contexten wellicht doorontwikkeld en geoptimaliseerd worden.

5.4 Aanbevelingen voor de gemeente Midden-Groningen

De onderzoeksresultaten laten zien dat deelnemers aan Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen zich door de interventie beter voelen, meer zelfvertrouwen hebben en een positiever toekomstbeeld hebben ontwikkeld. Dit betekent dat de interventie in de gemeente Midden-Groningen werkt en daarmee bijdraagt aan datgene waarvoor het voor bedoeld is, namelijk het verhogen van het welbevinden van mensen met psychosociale klachten. Het programma lijkt daarmee van toegevoegde waarde voor de gemeente. De onderzoeksresultaten geven echter ook aanleiding om enkele aanbevelingen te doen om de effectiviteit van Welzijn op Recept in de gemeente te kunnen vergroten.

Een eerste aanbeveling is om bij het uitdragen van Welzijn op Recept de focus meer te leggen op het feit dat bij het programma de eigen regie van de deelnemer wordt gestimuleerd om haar weerbaarder en veerkrachtiger te maken om op die manier het welbevinden te bevorderen. Het risico van de huidige focus, namelijk dat een probleem wordt opgelost door een activiteit in te zetten, is dat er uit het oog wordt verloren dat de deelnemer *zelf* moet nadenken over wat zij graag

wil zodat er écht kan worden aangesloten bij de behoefte(n) van de deelnemer. Uit de gesprekken blijkt dat niet alle verwijzers weten wat precies de functie is van Welzijn op Recept en het daardoor heel plat zien als 'probleem-activiteit'. Het risico daarvan is echter dat je blijft hangen in het medische gedachtepatroon, waarbij de 'medicatie' dan wordt voorgeschreven in de vorm van een activiteit en dat het probleem dan is opgelost. Welzijn op Recept is juist van toegevoegde waarde doordat het medisch denken wordt losgelaten en daarentegen de focus wordt gelegd op de behoefte(n) van de deelnemer, het bevorderen van de eigen regie en het ontwikkelen van zelfmanagementvaardigheden.

Een tweede aanbeveling is om te investeren in de integratie van Welzijn op Recept in de werkprocessen van de eerstelijns hulpverleners en de huisartsenpraktijken. In de focusgroep met de welzijnscoaches is naar voren gekomen dat deelnemers vaak onwetend zijn over het concept van Welzijn op Recept en de functie van de welzijnscoach. Ook gaven de welzijnscoaches aan dat niet alle verwijzers op de hoogte zijn wat de welzijnscoaches precies doen en het nog niet in het systeem van sommige huisartsen zit om patiënten door te verwijzen naar Welzijn op Recept. Zowel de welzijnscoaches als verwijzers geven voor de integratie van Welzijn op Recept aan dat het bevorderlijk is dat de welzijnscoach een fysieke plek heeft in de huisartsenpraktijk, wat nog niet het geval is bij alle praktijken in de gemeente. Dit zorgt er namelijk voor dat de samenwerking tussen de verwijzer en welzijnscoach verstrekt wordt, aangezien het dan makkelijker en laagdrempeliger is om contact met elkaar te hebben om te sparren en te overleggen. Tevens draagt het waarschijnlijk bij aan de bekendheid van de welzijnscoach voor patiënten aangezien ze weten dat zij aan de huisartsenpraktijk verbonden is waardoor de functie wellicht duidelijker wordt. Met betrekking tot de naamsbekendheid suggereren de welzijnscoaches om het voorbeeld van enkele andere huisartsenpraktijken te volgen buiten de gemeente Midden-Groningen die de naam 'Praktijkondersteuner-Welzijn' gebruiken in plaats van welzijnscoach, aangezien dit de lading meer dekt en duidelijk maakt dat zij verbonden is aan de huisartsenpraktijk.

De vraag die op basis van bovenstaande rijst is of Welzijn op Recept op deze manier niet in de medische hoek wordt getrokken en daarmee bijdraagt aan medicalisering. Wanneer Welzijn op Recept namelijk meer wordt geïntegreerd in de huisartsenpraktijken, ligt het gevaar op de loer dat het wordt gezien als een behandeling in het medisch domein, waardoor het wellicht als een alternatief wordt gezien voor een behandeling door een praktijkondersteuner of psycholoog. In dat geval wordt Welzijn op Recept niet langer ingezet waarvoor het bedoeld is, namelijk mensen met *lichte* psychische klachten die slechts een steuntje in de rug nodig hebben in een *kortdurend* traject. Een aanvullende aanbeveling is daarom om goed na te denken over *hoe* de integratie wordt vormgegeven zodat er niet uit het oog wordt verloren waarvoor Welzijn op Recept bedoeld is. Daardoor blijft Welzijn op Recept haar functie behouden als schakel tussen het medisch domein en

het sociale domein en wordt het ingezet bij diegenen waarvoor het is bedoeld, waardoor de effectiviteit van het programma wordt gewaarborgd.

Een laatste vrij specifieke aanbeveling is om te investeren in de samenwerking tussen de welzijnscoaches en andere (welzijns)organisaties. Bepaalde activiteiten kunnen in samenwerking met andere organisaties opgezet worden. Door de handen ineen te slaan, kan er nóg meer bereikt worden en kan ingespeeld worden op zowel individuele behoeften als collectieve behoeften. Zo bereik je niet alleen verandering op individueel niveau, maar wordt ook de sociale cohesie versterkt, wat invloed heeft op de gehele maatschappij.

5.5 Conclusie

In de inleiding heb ik beschreven op welke manier Welzijn op Recept aansluit bij een aantal actuele maatschappelijke ontwikkelingen, namelijk het veranderende denken over ziekte en zorg, de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving en de toenemende medicalisering. De bevindingen van het onderzoek laten ten eerste zien dat Welzijn op Recept naadloos aansluit bij het veranderende denken over ziekte en zorg aangezien het stimuleren van de eigen regie centraal staat bij de interventie en maakt dat Welzijn op Recept werkt. Over de tweede ontwikkeling, de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving werd gesteld dat vanuit het negatieve perspectief de participatiesamenleving de individualisering versterkt. Hierbij zou Welzijn op Recept slechts kunnen worden gezien als 'lapmiddel' om de kosten in de zorg te verminderen en dus de bezuinigingen in de zorg te drukken. De bevindingen laten echter zien dat Welzijn op Recept meer is dan dit 'lapmiddel'. Het programma zet burgers namelijk weer terug in de samenleving en zorgt voor weerbare, veerkrachtige burgers. Daarmee werkt het programma verdere individualisering dus juist tegen aangezien burgers in contact komen met andere mensen en wellicht weer wat kunnen betekenen voor die ander. Welzijn op Recept is dus van toegevoegde waarde in een veranderende samenleving. Als laatste rijst in relatie tot de ontwikkeling van een toenemende medicalisering op basis van de bevindingen de vraag waar Welzijn op Recept staat (i.e. in het medisch domein of het sociale domein). Aan de ene kant wordt ingespeeld op de sociaal-maatschappelijke context aangezien er wordt gezocht naar een activiteit in de nabije omgeving van het individu om het welbevinden te bevorderen, wat wijst op demedicalisering. Aan de andere kant blijkt uit de bevindingen dat niet alleen de activiteit van belang is, maar ook het *proces* dat deelnemers doormaken maakt dat Welzijn op Recept werkt. Bovendien bestaat de wens om het programma meer te integreren in de huisartsenpraktijk, wat wellicht kan worden gezien als een vorm van medicalisering aangezien het programma, zoals ik eerder heb geponeerd, dan door deelnemers en verwijzers kan worden gezien als een medische behandeling. De manier waarop Welzijn op Recept

inspeelt op (de)medicalisering lijkt dus dubbelzinnig te zijn, afhankelijk van waar Welzijn op Recept wordt geplaatst.

Op basis van bovenstaande conclusies en discussie, kan worden gesteld dat deze studie ten eerste verdiepend inzicht heeft geboden in de effectiviteit van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen. Het onderzoek laat namelijk zien dat Welzijn op Recept lijkt te werken. Het programma draagt er aan bij dat het welbevinden van deelnemers toeneemt, de eerstelijnszorg ontlast wordt en bovendien van grote toegevoegde waarde is, aangezien het laagdrempelig is, de brug legt tussen het medische domein en het sociale domein en mensen bereikt die anders waarschijnlijk niet worden geholpen. Ten tweede heeft deze studie inzicht geboden in de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om Welzijn op Recept voor een deelnemer succesvol te laten zijn (i.e. dat iemand terecht komt bij Welzijn op Recept, het traject voltooit en ook daadwerkelijk een verhoogd niveau van welbevinden ervaart). Daar waar eerder onderzoek (Heijnders & Meijs, 2019) slechts gebaseerd was op theoretische grondslag, zijn in de huidige studie de succesvoorwaarden gebaseerd op de praktijk. Daardoor biedt dit onderzoek inzicht in de factoren die in de praktijk belangrijk blijken te zijn om de kans op succes van de interventie voor de deelnemer te vergroten. Op basis hiervan kan vervolgens worden ingespeeld op die belangrijke factoren, wat bijdraagt aan de effectiviteit van de interventie.

6. Literatuur

- Annegarn, A. (2016). *Evaluatie Welzijn op Recept onder huisartsenpraktijken in Amsterdam*. Amsterdam, Nederland: 1ste Lijn Amsterdam. Geraadpleegd op https://www.elaa.nl/media/com_engine/download/69/Evaluatie_WoR_onder_huisartsenpraktijken.pdf
- Alma, M. A., van der Mei, S. F., Feitsma, W. N., Groothoff, J. W., van Tilburg, T. G., & Suurmeijer, T. P. B. M. (2013). Eenzaamheid en zelfmanagementvaardigheden bij visueel beperkte ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *44*(3), 132-142. <https://doi.org/10.1007/s12439-013-0027-3>
- Bertotti, M., Frostick, C., Hutt, P., Sohanpal, R., & Carnes, D. (2018). A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Primary Health Care Research & Development*, *19*(3), 232-245. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000706>
- Bohlmeijer, E., Bolier, G., Westerhof, G., & Walburg J.A. (2013). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek, toepassing*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.
- Carnes, D., Sohanpal, R., Frostick, C., Hull, S., Mathur, R., Netuveli, G., ... & Bertotti, M. (2017). The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2778-y>
- CBS (2022). Welzijn; kerncijfers, persoonskenmerken [Dataset]. Geraadpleegd op 30 maart 2022, op <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/82634NED/table?ts=1648475361473>
- CBS. (2015, 2 november). *Mannen ervaren vaker positieve emoties dan vrouwen*. Geraadpleegd op 2 februari 2022, op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/45/mannen-ervaren-vaker-positieve-emoties-dan-vrouwen>
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
- de Beurs, D. D., Prins, A., & Nielen, M. (2018). *Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011–2017*. Utrecht, Nederland: Nivel. Geraadpleegd op <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/psychische-en-sociale-problematiek-de-huisartsenpraktijk-de-periode-2011-2017>

- Friedli, L. (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities*. Geraadpleegd van de World Health Organization website: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey A. (2011). *Qualitative Research Methods*. Londen, Engeland: SAGE Publications Ltd.
- Heijnders, M.L., Meijs, J.J., & De Groot, C. M. (2015). Welzijn op Recept: een duwtje in de rug bij het weer aangaan van sociale contacten. Kwalitatief deelonderzoek. *Bijblijven*, 31(10), 926-934. <https://doi.org/10.1007/s12414-015-0100-7>
- Heijnders, M., & Meijs, J. J. (2019). *Handboek Welzijn op Recept: Zorg en welzijn maken samen het verschil*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- Institute for Positive Health. (2018, 7 maart). *Tip Positieve Gezondheid: Hoe voer ik het andere gesprek?*. Geraadpleegd op 11 januari 2022, op <https://www.iph.nl/kennisbank/tips-positieve-gezondheid-hoe-voer-ik-het-andere-gesprek/>
- Institute for Positive Health. (2020, 8 december). *Wat is Positieve Gezondheid?*. Geraadpleegd op 14 mei 2021, op <https://www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid/>
- Institute for Positive Health. (2021). *Volwassertool Mijn Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 25 juni 2021, op <https://www.iph.nl/volwassertool-mijn-positieve-gezondheid/>
- InstrumentWijzer. (z.j.). *Mijn positieve gezondheid*. Geraadpleegd op 3 februari 2022, op <https://instrumentwijzer.nl/mijn-positieve-gezondheid>
- Kamphuis, G. (2016). *Rapportage Welzijn op Recept (WoR) 4e kwartaal 2015. Proeftuin 'Welzijn op Recept' Pilot in Apeldoorn- Noord-Oost en de Dorpen*. Apeldoorn, Nederland: Stimenz
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the theory of social production functions. In Lindenberg, S., & Ganzeboom, H. B. G. (Reds.), *Verklarende sociologie: Opstellen voor Reinhard Wippler*. Amsterdam, Nederland: Thesis Publishers (pp. 169-184). Geraadpleegd op

https://www.researchgate.net/publication/265155440_Continuities_in_the_theory_of_social_production_functions

Lindenberg, S. (2013). Social rationality, self-regulation and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. In R. Wittek, T. A. B. Snijders, and V. Nee (Eds.), *Handbook of Rational Choice Social Research*. Geraadpleegd op <https://ebookcentral.proquest.com>

Machielse, A. (2011). Sociaal isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventies. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(4), 40-61.
<https://doi.org/10.18352/jsi.287>

Magnée, T. (2017). *Mental health care in general practice in the context of a system reform* (Proefschrift, Universiteit van Groningen). Geraadpleegd op https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/47679993/Complete_thesis.pdf

Meije, D., Peterse, A., & Sinnema, H. (2017). *De match tussen bewoner en welzijnsactiviteit*. Utrecht, Nederland: Trimbosinstituut en Combiwell. Geraadpleegd op <https://www.trimbos.nl/docs/ae51c8ca-9db8-4280-ab1b-1e3d1b38cd66.pdf>

Mesman, R., Ranke, S., Groenewoud, S., & Heijnders, M. (2020). Essentiële bestanddelen van Welzijn op Recept. *Huisarts en wetenschap*, 63(10), 38-45. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0850-z>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024*. Geraadpleegd op de Loketgezondleven website: <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota->

Noorlander, R., & de Niet, G. (2010). De therapeutische relatie als middel tegen therapieontrouw bij depressie. *Psychopraktijk*, 2(1), 15-17. <https://doi.org/10.1007/BF03088997>

Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., & Verbrugge, L. M. (1999). Subjective well-being and social production functions. *Social Indicators Research*, 46(1), 61-90.
<https://doi.org/10.1023/A:1006907811502>

Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28-35.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x>

- Pescheny, J., Randhawa, G., & Pappas, Y. (2018). Patient uptake and adherence to social prescribing: a qualitative study. *BJGP open*, 2(3) 1-12. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101598>
- Ranke, S., van Haren, J., & Groenewoud, S. (2018). *Welzijn op Recept (WOR): hoe werkt het? Literatuurstudie naar de cruciale bestandsdelen, hun werking en geschikte methoden voor het meten en monitoren van Welzijn op Recept (WOR)*. Nederland: Nijmegen: IQ Health Care. Geraadpleegd op https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2018/09/Rapport-Realist-Review-WoR-versie-18_09.pdf
- Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). *Dictaat kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 11 augustus 2021, op [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)
- Reijnen, L. (2017). *Evaluatierapport pilot Welzijn op Recept*. Leiden, Nederland: GGD Hollands Midden.
- RvZ. (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: De nieuwe ordening*. Geraadpleegd op de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg website: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2010/04/05/zorg-voor-je-gezondheid>
- Roose, H., & Meuleman, B. (2017). *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*. Gent, België: Academia Press.
- Roseboom Y., & Kloosterman, K. (2016). *Factsheet Welzijn op Recept Lewenborg*. Geraadpleegd op de Gezondheidscentrum Leeuwenborg website: <https://www.gezondheidscentrumleewenborg.nl/contents/files/Factsheet%20Welzijn%20op%20Recept%20Lewenborg.pdf>
- Schnabel, P. (2004). Individualisering in wisselend perspectief. In P. Schnabel, (Red.), *Individualisering en sociale integratie* (pp. 9-31). Den Haag, Nederland: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Schreuder, F. (2017). Individualisering. *Huisarts en wetenschap*, 60(12), 660-660. <https://doi.org/10.1007/s12445-017-0403-2>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

- Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22, 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Smits, F. T., Brouwer, H. J., ter Riet, G., & van Weert, H. C. (2009). 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*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>
- Steverink, N. (2019). Trajectories of well-being in later life. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology* (Research Encyclopedia of Psychology). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.424>
- Steverink, N. (2014). Successful development and aging: theory and intervention. In N. A. Pachana, & K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 84-103). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199663170.013.028>
- Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40(6), 244-252. <https://doi.org/10.1007/BF03088518>
- Steverink, N. (1996). *Zo lang mogelijk zelfstandig: naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingstehuis onder fysiek kwetsbare ouderen* (Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen). Geraadpleegd op <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/14646883/ouderen.PDF>
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: Patterned change in resources and goals. *Ageing & Society*, 18(4), 441-467. <https://doi.org/10.1017/S0144686X98007004>
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2(4), 235-244. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0012-y>
- van der Borg, A. (2017). *De sociale interventiestaat. De fabel van de neoliberale participatiesamenleving ontrafeld*. Apeldoorn, Nederland: Maklu & Garant.
- van der Veen, R., van der Veer, J., & Vogels, M. (2014). Waarheen met de verzorgingsstaat?. *Res Publica*, 56(2), 253-267. <https://doi.org/10.5553/RP/048647002014056002005>

- van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). *Positieve gezondheid in Nederland. Wie, wat, waarom en hoe. Een inventarisatie*. Geraadpleegd van Institute for Positive Health website: <https://www.iph.nl/kennisbank/rapport-positieve-gezondheid-in-nederland-wie-wat-waarom-en-hoe/>
- van Vliet, M., Doornenbal, B. M., Boerema, S., & van den Akker-van Marle, E. M. (2021). Development and psychometric evaluation of a Positive Health measurement scale: a factor analysis study based on a Dutch population. *BMJ open*, *11*(2), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040816>
- Verhaeghe, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren. In I. Devisch (Ed.), *Ziek van gezondheid. Voor elk probleem een pil?* (pp. 27-51). Antwerpen, België: De Bezige Bij.
- Vissers, D. (2015). *Eindrapport Welzijn op Recept Delft. Pilot in twee huisartsenpraktijken in Delft 2013-2015*. Geraadpleegd op de Zorgorganisatie Eerste Lijn website: <https://zel.nl/wp-content/uploads/2014/11/Eindrapportage-Welzijn-op-recept.pdf>
- Zelfondersteunend-instrumentkiezer. (2017, december). *Gespreksinstrument positieve gezondheid*. Geraadpleegd op 18 mei 2021 op <https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/gespreksinstrument-positieve-gezondheid/>
- ZorgenZ. (2019, 5 augustus). *Welzijn op Recept: lessen uit Engeland*. Geraadpleegd op 13 mei 2021, op <https://zorgenz.nl/welzijn-op-recept-lessen-uit-engeland/>
- Zorg voor Beter. (2021, 1 november). *Wat is persoonsgerichte zorg?*. Geraadpleegd op 27 januari 2022, op <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/wat-is-het>
- Walburg, J.A. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Amsterdam, Nederland: Nieuw Amsterdam.
- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S., & King, M. (2008). Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state. *British Journal of General Practice*, *58*(555), 694-698. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X342174>
- Weeda, F. (2018, 22 september). We verwachten te veel van psychologen, en van het leven. *NRC*, pp. 28-29.

Welzijn op Recept Midden Groningen. (2019). *Een steuntje in de rug*. Geraadpleegd op 13 mei 2021, op <https://www.mensenmetdementiegroningen.nl/wp-content/uploads/2019/10/Boekje-Welzijn-op-recept-De-praktijk-in-de-gemeente-Midden-Groningen.pdf>

Welzijn op Recept. (z.j.-a). *Wat is Welzijn op Recept?* Geraadpleegd op 13 mei 2021, op <https://welzijnoprecept.nl/wat-is-welzijn-op-recept/>

Welzijn op Recept. (z.j.-b). *Hoe werkt Welzijn op Recept?* Geraadpleegd op 18 mei 2021, op <https://welzijnoprecept.nl/hoe-werkt-welzijn-op-recept/>

Welzijn op Recept. (z.j.-c). *Status in Nederland*. Geraadpleegd op 18 mei 2021, op <https://welzijnoprecept.nl/status-in-nederland/>

Bijlage 1: Beschrijving van de variabelen

1.1 Pijlers van de positieve gezondheid

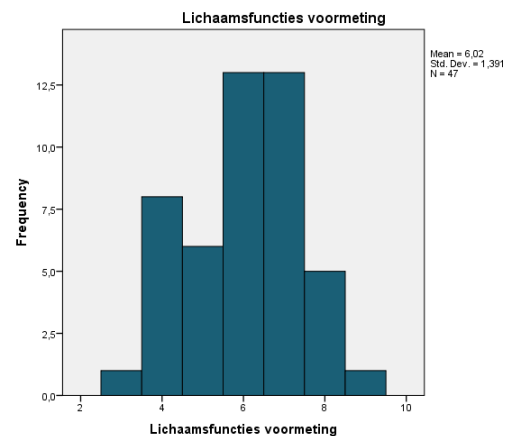
De data zijn verzameld aan de hand van het Spinnenweb van *positieve gezondheid*. Tijdens het gesprek met de welzijnscoach dient de deelnemer elke dimensie ('Lichaamsfuncties', 'Mentaal welbevinden', 'Zingeving', 'Kwaliteit van leven', 'Meedoen' en 'Dagelijks functioneren') van het Spinnenweb te beoordelen met een cijfer tussen de één en de tien. Hierbij duidt een lagere score op een lagere beoordeling van de dimensie (dat wil zeggen dat hier nog verbetering in mogelijk is) en een hogere score een hogere waardering. Hieronder geef ik een beschrijving van de variabelen.

1.1.1 Lichaamsfuncties

Bij de items horen de volgende frequentietabellen, histogrammen en statistieken:

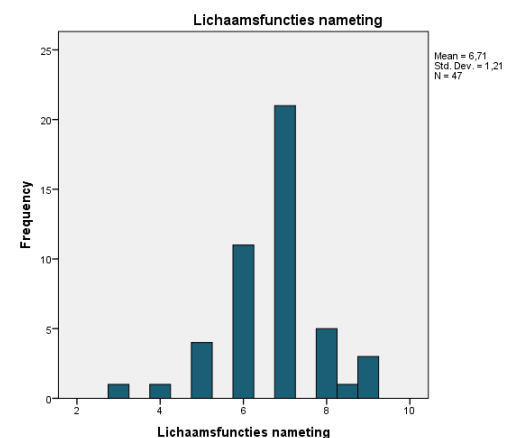
LF01 Lichaamsfuncties voormeting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2,1	2,1	2,1
4	8	17,0	17,0	19,1
5	6	12,8	12,8	31,9
6	13	27,7	27,7	59,6
7	13	27,7	27,7	87,2
8	5	10,6	10,6	97,9
9	1	2,1	2,1	100,0
Total	47	100,0	100,0	



LF02 Lichaamsfuncties nameting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2,1	2,1	2,1
4	1	2,1	2,1	4,3
5	4	8,5	8,5	12,8
6	11	23,4	23,4	36,2
7	21	44,7	44,7	80,9
8	5	10,6	10,6	91,5
9	1	2,1	2,1	93,6
9	3	6,4	6,4	100,0
Total	47	100,0	100,0	



Statistics

		LF01 Lichaamsfuncties voormeting	LF02 Lichaamsfuncties nameting
N	Valid	47	47
	Missing	0	0
Mean		6,02	6,71
Std. Deviation		1,391	1,210
Minimum		3	3
Maximum		9	9

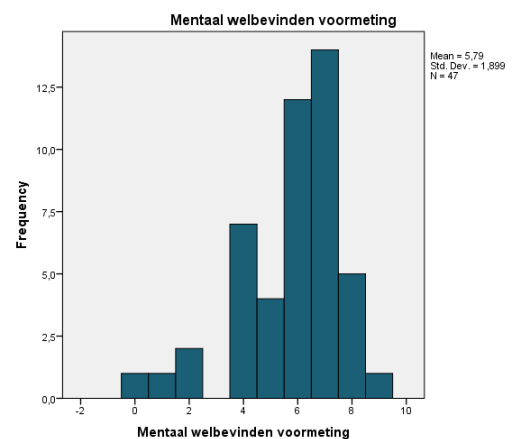
Wat opvalt is dat de variabele bij zowel de voor- als de nameting redelijk normaal verdeeld is. De gemiddelde score op 'Lichaamsfuncties' bij de voormeting bedraagt 6.02 met een standaarddeviatie van 1.39 met een minimum van 3.00 en een maximum van 9.00. In zowel het histogram als in de frequentietabel is te zien dat de meeste deelnemers de pijler 'Lichaamsfuncties' beoordelen met een 6.00 of 7.00. Bij de nameting is de gemiddelde score gestegen naar 6.71, met een standaarddeviatie van 1.21 met een minimum van 3.00 en een maximum van 9.00. Er is waar te nemen dat de meeste deelnemers de pijler 'Lichaamsfuncties' bij de nameting beoordelen met een 7.00.

1.1.2 Mentaal welbevinden

Bij de items horen de volgende frequentietabellen, histogrammen en statistieken:

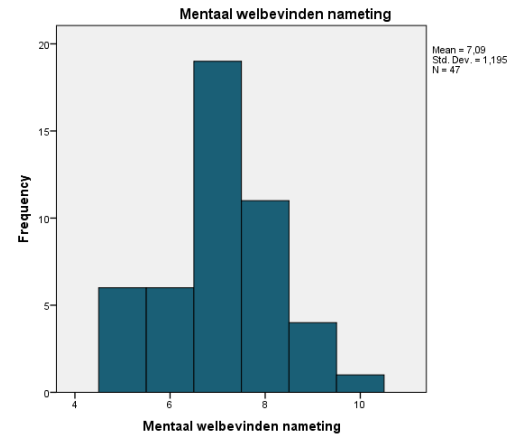
MW01 Mentaal welbevinden voormeting

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,1	2,1	2,1
	1	1	2,1	2,1	4,3
	2	2	4,3	4,3	8,5
	4	7	14,9	14,9	23,4
	5	4	8,5	8,5	31,9
	6	12	25,5	25,5	57,4
	7	14	29,8	29,8	87,2
	8	5	10,6	10,6	97,9
	9	1	2,1	2,1	100,0
Total		47	100,0	100,0	



MW02 Mentaal welbevinden nameting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	6	12,8	12,8	12,8
6	6	12,8	12,8	25,5
7	19	40,4	40,4	66,0
8	11	23,4	23,4	89,4
9	4	8,5	8,5	97,9
10	1	2,1	2,1	100,0
Total	47	100,0	100,0	



Statistics

		MW01 Mentaal welbevinden voormeting	MW02 Mentaal welbevinden nameting
N	Valid	47	47
	Missing	0	0
Mean		5,79	7,09
Std. Deviation		1,899	1,195
Minimum		0	5
Maximum		9	10

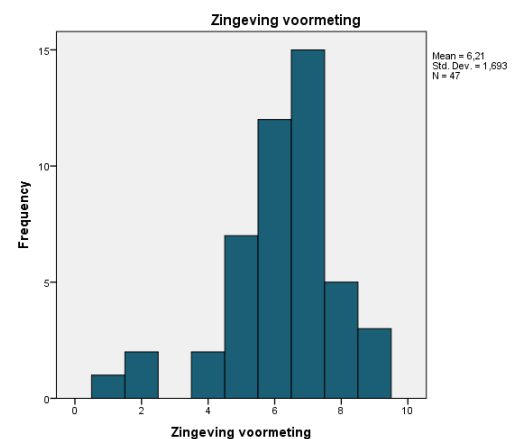
Wat opvalt is dat de variabele bij de voormeting ietwat linksscheef is, en dat er één deelnemer is die een '0' heeft toegekend. De verdeling bij de nameting is redelijk normaal. De gemiddelde score op 'Mentaal welbevinden' bij de voormeting bedraagt 5.79 met een standaarddeviatie van 1.90 met een minimum van 0.00 en een maximum van 9.00. Uit zowel het histogram als uit de frequentietabel is blijkt dat de meeste deelnemers de pijler 'Mentaal welbevinden' beoordelen met een 6.00 of 7.00. Bij de nameting is de gemiddelde score gestegen naar 7.09, met een standaarddeviatie van 1.20 met een minimum van 5.00 en een maximum van 10.00. Er is waar te nemen dat de meeste deelnemers de pijler 'Mentaal welbevinden' bij de nameting beoordelen met een 7.00 en 8.00.

1.1.3 Zingeving

Bij de items horen de volgende frequentietabellen, histogrammen en statistieken:

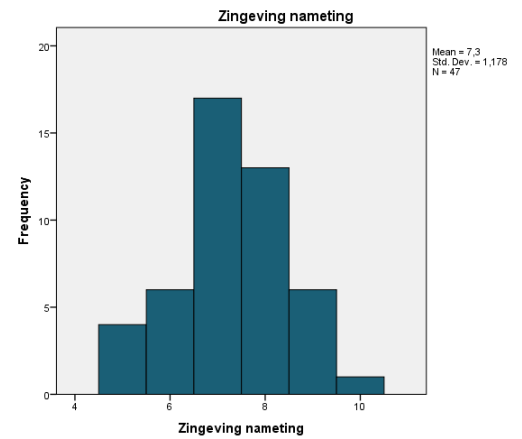
ZG01 Zingeving voormeting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	2,1	2,1	2,1
2	2	4,3	4,3	6,4
4	2	4,3	4,3	10,6
5	7	14,9	14,9	25,5
6	12	25,5	25,5	51,1
7	15	31,9	31,9	83,0
8	5	10,6	10,6	93,6
9	3	6,4	6,4	100,0
Total	47	100,0	100,0	



ZG02 Zingeving nameting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	4	8,5	8,5	8,5
6	6	12,8	12,8	21,3
7	17	36,2	36,2	57,4
8	13	27,7	27,7	85,1
9	6	12,8	12,8	97,9
10	1	2,1	2,1	100,0
Total	47	100,0	100,0	



Statistics

		ZG01 Zingeving voormeting	ZG02 Zingeving nameting
N	Valid	47	47
	Missing	0	0
Mean		6,21	7,30
Std. Deviation		1,693	1,178
Minimum		1	5
Maximum		9	10

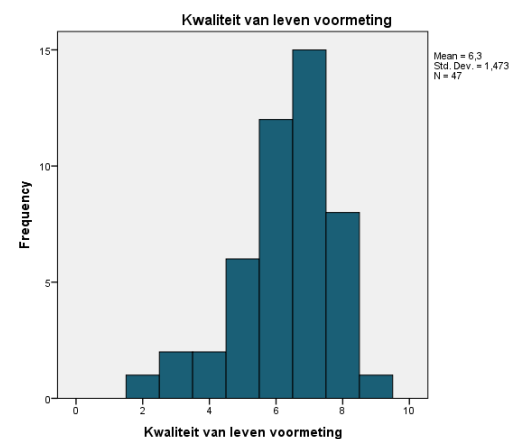
De verdeling van de variabele bij de voormeting is enigszins linksscheef. Bij de nameting is de variabele redelijk normaal verdeeld. De gemiddelde score op 'Zingeving' bij de voormeting is 6.21 met een standaarddeviatie van 1.69 met een minimum van 1.00 en een maximum van 9.00. In zowel het histogram als in de frequentietabel is te zien dat de meeste deelnemers hun zingeving beoordelen met een 6.00 of 7.00. Bij de nameting is de gemiddelde score gestegen naar 7.30, met een standaarddeviatie van 1.18 met een minimum van 5.00 en een maximum van 10.00. Er is te zien dat de meeste deelnemers de pijler 'Zingeving' bij de nameting beoordelen met een 7.00.

1.1.4 Kwaliteit van leven

Bij de items horen de volgende frequentietabellen, histogrammen en statistieken:

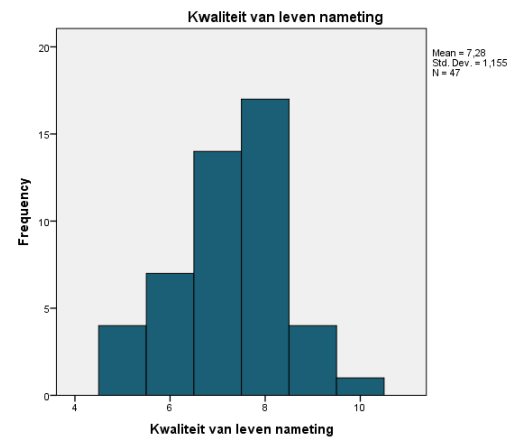
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	2,1	2,1	2,1
3	2	4,3	4,3	6,4
4	2	4,3	4,3	10,6
5	6	12,8	12,8	23,4
6	12	25,5	25,5	48,9
7	15	31,9	31,9	80,9
8	8	17,0	17,0	97,9
9	1	2,1	2,1	100,0
Total	47	100,0	100,0	



KVL02 Kwaliteit van leven nameting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	4	8,5	8,5	8,5
6	7	14,9	14,9	23,4
7	14	29,8	29,8	53,2
8	17	36,2	36,2	89,4
9	4	8,5	8,5	97,9
10	1	2,1	2,1	100,0
Total	47	100,0	100,0	



Statistics

		KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	KVL02 Kwaliteit van leven nameting
N	Valid	47	47
	Missing	0	0
Mean		6,30	7,28
Std. Deviation		1,473	1,155
Minimum		2	5
Maximum		9	10

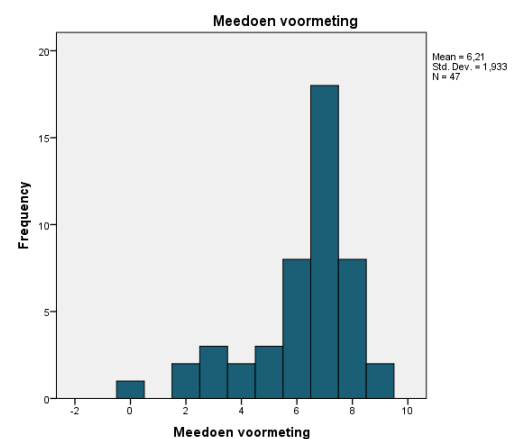
De verdeling van de variabele bij de voormeting is ietwat linksscheef. Bij de nameting is de variabele redelijk normaal verdeeld. De gemiddelde score op 'Kwaliteit van leven' is bij de voormeting 6.30 met een standaarddeviatie van 1.47 met een minimum van 2.00 en een maximum van 9.00. Uit zowel het histogram als uit de frequentietabel blijkt dat de meeste deelnemers de pijler 'Kwaliteit van leven' een 6.00 of 7.00 geven. Bij de nameting is de gemiddelde score gestegen naar 7.28, met een standaarddeviatie van 1.16 met een minimum van 5.00 en een maximum van 10.00. Er is te zien dat de meeste deelnemers de pijler 'Kwaliteit van leven' bij de nameting beoordelen met een 7.00 of 8.00.

1.1.5 Meedoen

Bij de items horen de volgende frequentietabellen, histogrammen en statistieken:

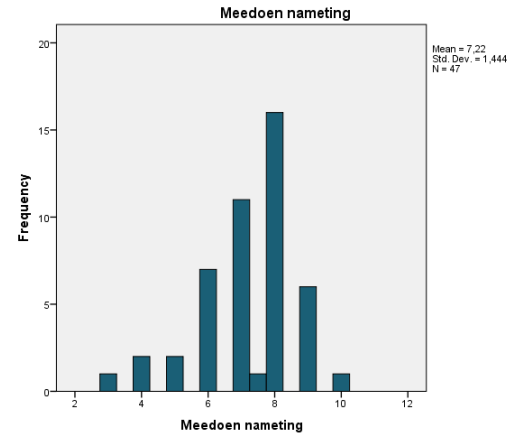
Mee01 Meedoen voormeting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	2,1	2,1	2,1
2	2	4,3	4,3	6,4
3	3	6,4	6,4	12,8
4	2	4,3	4,3	17,0
5	3	6,4	6,4	23,4
6	8	17,0	17,0	40,4
7	18	38,3	38,3	78,7
8	8	17,0	17,0	95,7
9	2	4,3	4,3	100,0
Total	47	100,0	100,0	



Mee02 Meedoen nameting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2,1	2,1	2,1
4	2	4,3	4,3	6,4
5	2	4,3	4,3	10,6
6	7	14,9	14,9	25,5
7	11	23,4	23,4	48,9
8	1	2,1	2,1	51,1
8	16	34,0	34,0	85,1
9	6	12,8	12,8	97,9
10	1	2,1	2,1	100,0
Total	47	100,0	100,0	



Statistics

		Mee01 Meedoen voormeting	Mee02 Meedoen nameting
N	Valid	47	47
	Missing	0	0
Mean		6,21	7,22
Std. Deviation		1,933	1,444
Minimum		0	3
Maximum		9	10

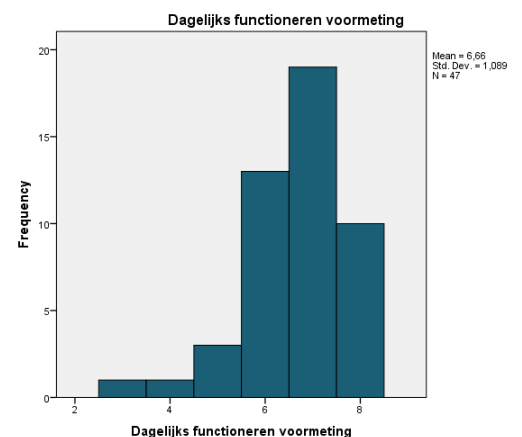
Bij de voormeting is de verdeling van de variabele enigszins linksscheef. Opvallend is dat er één deelnemer is die de pijler 'Meedoen' bij de voormeting beoordeeld met een '0.00'. Bij de nameting is de variabele redelijk normaal verdeeld. De gemiddelde score op 'Meedoen' is bij de voormeting 6.21 met een standaarddeviatie van 1.93 met een minimum van 0.00 en een maximum van 9.00. In zowel het histogram als in de frequentietabel is te zien dat de meeste deelnemers de pijler 'Meedoen' met een 7.00 beoordelen. Bij de nameting is de gemiddelde score gestegen naar 7.22, met een standaarddeviatie van 1.44 met een minimum van 3.00 en een maximum van 10.00. Er is te zien dat de meeste deelnemers de pijler 'Meedoen' bij de nameting beoordelen met een 8.00.

1.1.6 Dagelijks functioneren

Bij de items horen de volgende frequentietabellen, histogrammen en statistieken:

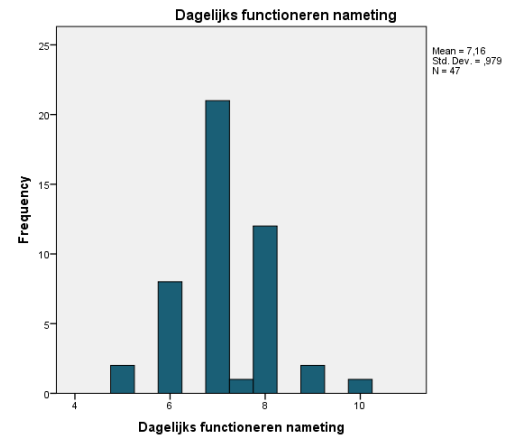
DV01 Dagelijks functioneren voormeting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	2,1	2,1	2,1
4	1	2,1	2,1	4,3
5	3	6,4	6,4	10,6
6	13	27,7	27,7	38,3
7	19	40,4	40,4	78,7
8	10	21,3	21,3	100,0
Total	47	100,0	100,0	



DV02 Dagelijks functioneren nameting

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	4,3	4,3	4,3
	6	8	17,0	17,0	21,3
	7	21	44,7	44,7	66,0
	8	1	2,1	2,1	68,1
	8	12	25,5	25,5	93,6
	9	2	4,3	4,3	97,9
	10	1	2,1	2,1	100,0
Total		47	100,0	100,0	



Statistics

		DV01 Dagelijks functioneren voormeting	DV02 Dagelijks functioneren nameting
N	Valid	47	47
	Missing	0	0
Mean		6,66	7,16
Std. Deviation		1,089	,979
Minimum		3	5
Maximum		8	10

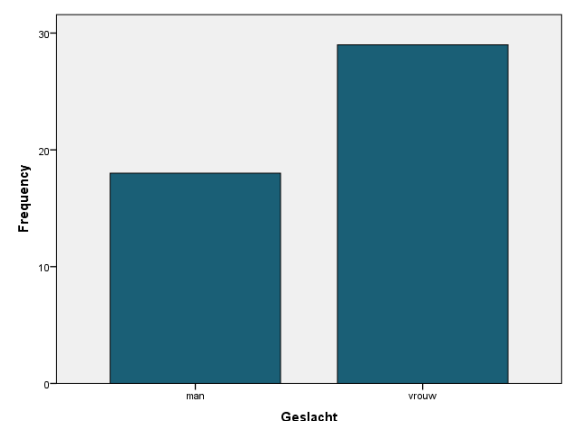
De variabele is bij de voormeting linksscheef verdeeld. Bij de nameting is de variabele bijna normaal verdeeld. Bij de voormeting beoordeling de deelnemers hun dagelijks functioneren gemiddeld met een 6.66 met een standaarddeviatie van 1.09 met een minimum van 3.00 en een maximum van 8.00. Uit zowel het histogram als uit de frequentietabel blijkt dat de meeste deelnemers de pijler 'Dagelijks functioneren' met een 7.00 beoordelen. Bij de nameting is de gemiddelde score gestegen naar 7.16, met een standaarddeviatie van 0.98 met een minimum van 5.00 en een maximum van 10.00. Er is te zien dat ook bij de nameting de meeste deelnemers de pijler 'Dagelijks functioneren' beoordelen met een 7.00.

1.2 Geslacht

De variabele 'geslacht' is één van de twee controlevariabelen. Het geslacht van de respondenten is op de volgende manier weergegeven: '0: man' en '1: vrouw'.

GI Geslacht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 man	18	38,3	38,3	38,3
	1 vrouw	29	61,7	61,7	100,0
Total		47	100,0	100,0	



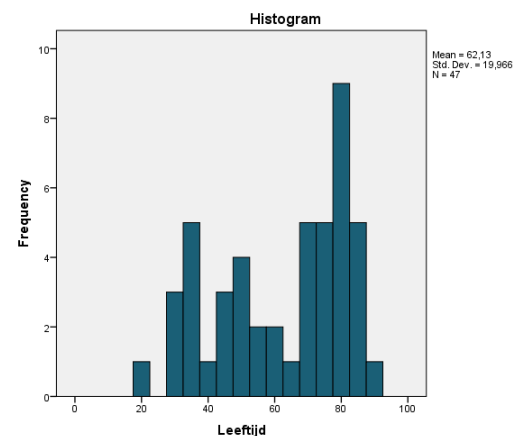
Wat opvalt, is dat er meer vrouwelijke dan mannelijke deelnemers aan Welzijn op Recept zijn. 61.70 procent van de deelnemers zijn vrouw ($n = 29$) tegenover 38.30 procent man ($n = 18$).

1.3 Leeftijd

De leeftijd van de deelnemers is de tweede controlevariabele. Voor de variabele leeftijd is de geboortedatum omgezet naar exacte leeftijd in jaren.

Lft Leeftijd					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	1	2,1	2,1	2,1
	29	1	2,1	2,1	4,3
	30	1	2,1	2,1	6,4
	31	1	2,1	2,1	8,5
	33	1	2,1	2,1	10,6
	34	2	4,3	4,3	14,9
	36	2	4,3	4,3	19,1
	41	1	2,1	2,1	21,3
	45	2	4,3	4,3	25,5
	47	1	2,1	2,1	27,7
	48	1	2,1	2,1	29,8
	50	3	6,4	6,4	36,2
	53	1	2,1	2,1	38,3
	57	1	2,1	2,1	40,4
	61	2	4,3	4,3	44,7
	64	1	2,1	2,1	46,8
	68	1	2,1	2,1	48,9
	69	1	2,1	2,1	51,1
	70	2	4,3	4,3	55,3
	71	1	2,1	2,1	57,4
	73	1	2,1	2,1	59,6
	75	1	2,1	2,1	61,7
	76	1	2,1	2,1	63,8
	77	2	4,3	4,3	68,1
	78	1	2,1	2,1	70,2
	79	2	4,3	4,3	74,5
	80	1	2,1	2,1	76,6
	81	2	4,3	4,3	80,9
	82	3	6,4	6,4	87,2
	83	1	2,1	2,1	89,4
	85	3	6,4	6,4	95,7
86	1	2,1	2,1	97,9	
91	1	2,1	2,1	100,0	
Total		47	100,0	100,0	

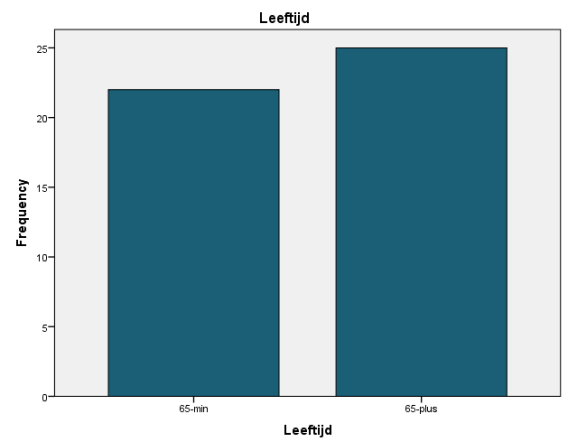
Statistics		
Lft Leeftijd		
N	Valid	47
	Missing	0
Mean		62,13
Std. Deviation		19,966
Minimum		20
Maximum		91



Uit de gegevens blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de deelnemers rond de 62 jaar ligt. De standaarddeviatie hierbij is 19.97. Er is één grote piek waar te nemen, namelijk bij een leeftijd rond de 80 jaar. Verder is opvallend dat er relatief weinig deelnemers zijn van 30 jaar of jonger. De verdeling is niet een normale verdeling. Dit is echter geen probleem aangezien de verdeling niet normaal hoeft te zijn als we kijken naar de assumpties.

Voor de analyses wordt van de continue variabele een dummy-variabele gemaakt, die als volgt is gecodeerd: Lft_cat: '0: 65-min' en '1: 65-plus'.

		Lft_cat Leeftijd			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 65-min	22	46,8	46,8	46,8
	1 65-plus	25	53,2	53,2	100,0
Total		47	100,0	100,0	



Uit de gegevens blijkt dat de verdeling tussen deelnemers van 65-min en 65-plus redelijk gelijk is. 53.20 procent van de deelnemers is 65-plus ($n = 25$) en 46.80 procent is 65-min ($n = 22$).

Bijlage 2: Bivariate relaties en hypothesetoetsing

2.1 Bivariate statistieken

2.1.1 Associatie tussen de continue variabelen

Eerst zullen de associaties tussen de continue variabelen worden besproken. Deze zijn opgevraagd met het volgende commando:

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=LF01 MW01 ZG01 KVL01 Mee01 DV01 LF02 MW02 ZG02 KVL02 Mee02 DV02
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

		Correlations											
		LF01 Lichaamsfuncties voormeting	MW01 Mentaal welbevinden voormeting	ZG01 Zingeving voormeting	KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	Mee01 Meedoen voormeting	DV01 Dagelijks functioneren voormeting	LF02 Lichaamsfuncties nameting	MW02 Mentaal welbevinden nameting	ZG02 Zingeving nameting	KVL02 Kwaliteit van leven nameting	Mee02 Meedoen nameting	DV02 Dagelijks functioneren nameting
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	Pearson Correlation	1	,668**	,515**	,676**	,378**	,522**	,695**	,588**	,235	,348*	,349*	,357*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,009	,000	,000	,000	,112	,017	,016	,014
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	Pearson Correlation	,668**	1	,704**	,746**	,492**	,605**	,181	,334*	,039	,037	,105	,124
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,224	,022	,796	,803	,483	,406
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
ZG01 Zingeving voormeting	Pearson Correlation	,515**	,704**	1	,767**	,444**	,547**	,206	,303*	,295*	,136	,162	,209
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,002	,000	,166	,039	,044	,362	,275	,159
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	Pearson Correlation	,676**	,746**	,767**	1	,328*	,607**	,311*	,381**	,098	,078	-,017	,140
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,024	,000	,033	,008	,512	,601	,912	,349
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Mee01 Meedoen voormeting	Pearson Correlation	,378**	,492**	,444**	,328*	1	,428**	,194	,284	,268	,216	,582**	,177
	Sig. (2-tailed)	,009	,000	,002	,024		,003	,191	,053	,069	,144	,000	,234
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	Pearson Correlation	,522**	,605**	,547**	,607**	,428**	1	,188	,156	,013	,094	,160	,317*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,003		,205	,294	,931	,531	,283	,030
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
LF02 Lichaamsfuncties nameting	Pearson Correlation	,695**	,181	,206	,311*	,194	,188	1	,656**	,465**	,579**	,470**	,549**
	Sig. (2-tailed)	,000	,224	,166	,033	,191	,205		,000	,001	,000	,001	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
MW02 Mentaal welbevinden nameting	Pearson Correlation	,588**	,334*	,303*	,381**	,284	,156	,656**	1	,738**	,723**	,487**	,630**
	Sig. (2-tailed)	,000	,022	,039	,008	,053	,294	,000		,000	,000	,001	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
ZG02 Zingeving nameting	Pearson Correlation	,235	,039	,295*	,098	,268	,013	,465**	,738**	1	,801**	,554**	,590**
	Sig. (2-tailed)	,112	,796	,044	,512	,069	,931	,001	,000		,000	,000	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	Pearson Correlation	,348*	,037	,136	,078	,216	,094	,579**	,723**	,801**	1	,581**	,604**
	Sig. (2-tailed)	,017	,803	,362	,601	,144	,531	,000	,000	,000		,000	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Mee02 Meedoen nameting	Pearson Correlation	,349*	,105	,162	-,017	,582**	,160	,470**	,487**	,554**	,581**	1	,532**
	Sig. (2-tailed)	,016	,483	,275	,912	,000	,283	,001	,001	,000	,000		,000
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
DV02 Dagelijks functioneren nameting	Pearson Correlation	,357*	,124	,209	,140	,177	,317*	,549**	,630**	,590**	,604**	,532**	1
	Sig. (2-tailed)	,014	,406	,159	,349	,234	,030	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

De samenhang tussen de variabelen verschilt erg. Er zijn een aantal variabelen die sterk en significant samenhangen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat mensen die op de voormeting een hogere beoordeling geven op lichaamsfuncties, ook een beter mentaal welbevinden ($r = 0.67$; $p < 0.01$) en een betere kwaliteit van leven hebben ($r = 0.68$; $p < 0.01$). Dit geldt ook (maar in iets mindere mate) als we kijken naar de voormeting bij de samenhang tussen 'Lichaamsfuncties' en de beoordeling van zingeving en dagelijks functioneren (beide: $r = 0.52$; $p < 0.01$). De samenhang tussen 'Lichaamsfuncties' en de

andere pijlers voor *positieve gezondheid* in de voormeting is vrijwel vergelijkbaar met die in de nameting ('Mentaal welbevinden': $r = 0.66$; $p < 0.01$, 'Zingeving': $r = 0.47$; $p < 0.01$, 'Kwaliteit van leven': $r = 0.58$; $p < 0.01$, 'Meedoen': $r = 0.47$; $p < 0.01$ en 'Dagelijks functioneren': $r = 0.55$; $p < 0.01$).

Ook is de sterke samenhang tussen 'Mentaal welbevinden' en de twee pijlers 'Zingeving' en 'Kwaliteit van leven' opvallend. Zowel bij de voor- als nameting blijkt dat mensen die hun mentale welbevinden met een hoger cijfer beoordelen, ook een hogere score geven op 'Zingeving' en 'Kwaliteit van leven' (voormeting respectievelijk $r = 0.70$; $p < 0.01$ en $r = 0.75$; $p < 0.01$ en nameting respectievelijk $r = 0.74$; $p < 0.01$ en $r = 0.72$; $p < 0.01$). Tevens valt de sterke samenhang tussen 'Zingeving' en 'Kwaliteit van leven' op (voormeting: $r = 0.77$; $p < 0.01$ en nameting: $r = 0.80$; $p < 0.01$).

Daarnaast is te zien dat deelnemers die in de voormeting de pijlers 'Lichaamsfuncties' en 'Meedoen' met een hoger cijfer beoordelen, dit ook bij de nameting doen (respectievelijk $r = 0.70$; $p < 0.01$ en $r = 0.58$; $p < 0.01$). Bij de andere pijlers is dit verband tussen de voor- en nameting minder sterk of zelf zwak ('Mentaal welbevinden': $r = 0.33$; $p < 0.05$, 'Zingeving': $r = 0.30$; $p < 0.05$, 'Kwaliteit van leven': $r = 0.08$; $p = 0.60$ en 'Dagelijks functioneren': $r = 0.32$; $p < 0.05$).

Associatie tussen dichotome variabelen (geslacht en leeftijd)

De samenhang tussen de dichotome variabelen geslacht en leeftijd kan worden uitgedrukt met de Cramer's V.

```
CROSSTABS
/TABLES=GI BY Lft_cat
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

GI Geslacht * Lft_cat Leeftijd Crosstabulation

Count

	Lft_cat Leeftijd			Total
		0 65-min	1 65-plus	
GI Geslacht	0 man	9	9	18
	1 vrouw	13	16	29
Total		22	25	47

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,050	,730
	Cramer's V	,050	,730
N of Valid Cases		47	

De Cramer's V van de relatie tussen geslacht en leeftijd bedraagt 0.05 ($V = 0.05$; $p = 0.73$). Dit betekent dat er een zeer zwakke samenhang is tussen geslacht en leeftijd. Uit de kruistabel blijkt dat de verdeling tussen mannen en vrouwen en 65-minners en 65-plussers vrijwel gelijk is. Er zijn iets meer vrouwen van 65-plus dan 65-min.

Group Statistics

	GI Geslacht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	0 man	18	6,11	1,530	,361
	1 vrouw	29	5,97	1,322	,246
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	0 man	18	6,11	1,844	,435
	1 vrouw	29	5,59	1,937	,360
ZG01 Zingeving voormeting	0 man	18	6,44	1,542	,364
	1 vrouw	29	6,07	1,791	,333
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	0 man	18	6,44	1,464	,345
	1 vrouw	29	6,21	1,497	,278
Mee01 Meedoen voormeting	0 man	18	6,33	1,495	,352
	1 vrouw	29	6,14	2,183	,405
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	0 man	18	6,56	1,294	,305
	1 vrouw	29	6,72	,960	,178
LF02 Lichaamsfuncties nameting	0 man	18	6,83	1,150	,271
	1 vrouw	29	6,64	1,260	,234
MW02 Mentaal welbevinden nameting	0 man	18	7,39	1,195	,282
	1 vrouw	29	6,90	1,175	,218
ZG02 Zingeving nameting	0 man	18	7,33	1,029	,243
	1 vrouw	29	7,28	1,279	,237
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	0 man	18	7,33	1,138	,268
	1 vrouw	29	7,24	1,185	,220
Mee02 Meedoen nameting	0 man	18	7,11	1,231	,290
	1 vrouw	29	7,29	1,578	,293
DV02 Dagelijks functioneren nameting	0 man	18	7,33	1,085	,256
	1 vrouw	29	7,05	,910	,169

2.1.2 Associatie tussen dichotome variabele en continue variabelen

Geslacht

De samenhang tussen de continue variabelen en dummy-variabele geslacht wordt beoordeeld met behulp van een *t*-toets voor verschillen tussen de groepen. Er wordt dan getoetst of er al dan niet een significant verschil is in de gemiddelde waarde van de continue variabele tussen de twee groepen van de dichotome variabele (in dit geval geslacht).

De gegevens worden opgevraagd met het volgende commando:

```
T-TEST GROUPS=GI(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=LF01 MW01 ZG01 KVL01 Mee01 DV01 LF02 MW02 ZG02 KVL02 Mee02 DV02
/CRITERIA=CI(.95).
```

Hieruit volgt het volgende:

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LFO1 Lichaamsfuncties voormeting	Equal variances assumed	,777	,383	,346	45	,731	,146	,421	-,703	,994
	Equal variances not assumed			,334	32,221	,741	,146	,436	-,743	1,034
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	Equal variances assumed	,234	,631	,920	45	,363	,525	,571	-,625	1,674
	Equal variances not assumed			,931	37,567	,358	,525	,564	-,617	1,667
ZG01 Zingeving voormeting	Equal variances assumed	,350	,557	,735	45	,466	,375	,511	-,653	1,404
	Equal variances not assumed			,762	40,253	,451	,375	,493	-,620	1,371
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	Equal variances assumed	,050	,824	,533	45	,597	,238	,446	-,660	1,135
	Equal variances not assumed			,536	36,811	,595	,238	,443	-,661	1,136
Mee01 Meedoen voormeting	Equal variances assumed	1,972	,167	,334	45	,740	,195	,586	-,984	1,375
	Equal variances not assumed			,364	44,476	,718	,195	,537	-,887	1,278
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	Equal variances assumed	1,332	,255	-,512	45	,611	-,169	,329	-,832	,495
	Equal variances not assumed			-,477	28,578	,637	-,169	,353	-,891	,554
LFO2 Lichaamsfuncties nameting	Equal variances assumed	,048	,828	,534	45	,596	,195	,366	-,542	,933
	Equal variances not assumed			,546	38,708	,588	,195	,358	-,529	,920
MW02 Mentaal welbevinden nameting	Equal variances assumed	,007	,934	1,387	45	,172	,492	,355	-,223	1,207
	Equal variances not assumed			1,382	35,727	,176	,492	,356	-,231	1,215
ZG02 Zingeving nameting	Equal variances assumed	1,663	,204	,161	45	,873	,057	,357	-,662	,777
	Equal variances not assumed			,169	41,861	,866	,057	,339	-,628	,743
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	Equal variances assumed	,004	,947	,263	45	,794	,092	,350	-,613	,797
	Equal variances not assumed			,265	37,327	,792	,092	,347	-,611	,795
Mee02 Meedoen nameting	Equal variances assumed	1,135	,292	-,416	45	,679	-,182	,437	-1,063	,699
	Equal variances not assumed			-,441	42,511	,661	-,182	,412	-1,014	,650
DV02 Dagelijks functioneren nameting	Equal variances assumed	,215	,645	,958	45	,343	,282	,294	-,310	,874
	Equal variances not assumed			,919	31,446	,365	,282	,306	-,343	,906

Opvallend is dat de mannen gemiddeld op alle pijlers hoger scoren dan de vrouwen, met uitzondering van de pijlers 'Dagelijks functioneren' bij de voormeting en 'Meedoen' bij de nameting. Uit de gegevens blijkt dat er echter geen significante verschillen bestaan op de scores van *positieve gezondheid* tussen mannen en vrouwen. Het grootste verschil is waar te nemen bij de pijler 'Mentaal welbevinden' bij de voormeting. Het gemiddelde voor de mannen is hier 6.11 tegenover een 5.59 voor de vrouwen. Dit is een verschil van 0.53, wat echter niet een significant is ($M_{\text{man}} = 6.11$ en $M_{\text{vrouw}} = 5.59$), $t(46) = 0.92$; $p = 0.36$)

Leeftijd

De samenhang tussen de continue variabelen en dummy-variabele leeftijd wordt beoordeeld met behulp van een *t*-toets voor verschillen tussen de groepen. Er wordt dan getoetst of er al dan niet een significant verschil is in de gemiddelde waarde van de continue variabele tussen de twee groepen van de dichotome variabele (in dit geval leeftijd).

De gegevens worden opgevraagd met het volgende commando:

```
T-TEST GROUPS=Lft_cat(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=LF01 MW01 ZG01 KVL01 Mee01 DV01 LF02 MW02 ZG02 KVL02 Mee02 DV02
/CRITERIA=CI(.95).
```

Hieruit volgt het volgende:

	Lft_cat Leeftijd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	0 65-min	22	6,09	1,306	,278
	1 65-plus	25	5,96	1,485	,297
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	0 65-min	22	5,41	1,843	,393
	1 65-plus	25	6,12	1,922	,384
ZG01 Zingeving voormeting	0 65-min	22	6,32	1,810	,386
	1 65-plus	25	6,12	1,616	,323
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	0 65-min	22	6,23	1,602	,341
	1 65-plus	25	6,36	1,381	,276
Mee01 Meedoen voormeting	0 65-min	22	5,91	2,308	,492
	1 65-plus	25	6,48	1,531	,306
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	0 65-min	22	6,64	1,002	,214
	1 65-plus	25	6,68	1,180	,236
LF02 Lichaamsfuncties nameting	0 65-min	22	7,09	,921	,196
	1 65-plus	25	6,38	1,348	,270
MW02 Mentaal welbevinden nameting	0 65-min	22	7,32	1,086	,232
	1 65-plus	25	6,88	1,269	,254
ZG02 Zingeving nameting	0 65-min	22	7,64	1,177	,251
	1 65-plus	25	7,00	1,118	,224
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	0 65-min	22	7,50	1,185	,253
	1 65-plus	25	7,08	1,115	,223
Mee02 Meedoen nameting	0 65-min	22	7,36	1,620	,345
	1 65-plus	25	7,10	1,291	,258
DV02 Dagelijks functioneren nameting	0 65-min	22	7,36	1,049	,224
	1 65-plus	25	6,98	,895	,179

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	Equal variances assumed	,397	,532	,319	45	,751	,131	,411	-,696	,958
	Equal variances not assumed			,322	45,000	,749	,131	,407	-,689	,951
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	Equal variances assumed	,049	,826	-1,290	45	,204	-,711	,551	-1,821	,399
	Equal variances not assumed			-1,293	44,648	,203	-,711	,550	-1,818	,396
ZG01 Zingeving voormeting	Equal variances assumed	1,216	,276	,397	45	,693	,198	,500	-,808	1,204
	Equal variances not assumed			,394	42,496	,696	,198	,503	-,817	1,213
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	Equal variances assumed	,610	,439	-,305	45	,762	-,133	,435	-1,009	,743
	Equal variances not assumed			-,302	41,807	,764	-,133	,439	-1,019	,754
Mee01 Meedoen voormeting	Equal variances assumed	2,967	,092	-1,011	45	,318	-,571	,565	-1,709	,567
	Equal variances not assumed			-,985	35,727	,331	-,571	,579	-1,746	,605
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	Equal variances assumed	,233	,631	-,136	45	,893	-,044	,322	-,692	,604
	Equal variances not assumed			-,137	44,951	,892	-,044	,318	-,685	,598
LF02 Lichaamsfuncties nameting	Equal variances assumed	3,172	,082	2,081	45	,043	,711	,342	,023	1,399
	Equal variances not assumed			2,131	42,533	,039	,711	,334	,038	1,384
MW02 Mentaal welbevinden nameting	Equal variances assumed	,236	,629	1,263	45	,213	,438	,347	-,261	1,137
	Equal variances not assumed			1,275	44,973	,209	,438	,344	-,254	1,130
ZG02 Zingeving nameting	Equal variances assumed	,452	,505	1,900	45	,064	,636	,335	-,038	1,311
	Equal variances not assumed			1,893	43,559	,065	,636	,336	-,041	1,314
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	Equal variances assumed	,114	,737	1,251	45	,217	,420	,336	-,256	1,096
	Equal variances not assumed			1,246	43,410	,219	,420	,337	-,259	1,099
Mee02 Meedoen nameting	Equal variances assumed	1,301	,260	,620	45	,538	,264	,425	-,592	1,120
	Equal variances not assumed			,611	40,083	,544	,264	,431	-,608	1,135
DV02 Dagelijks functioneren nameting	Equal variances assumed	,767	,386	1,353	45	,183	,384	,284	-,187	,955
	Equal variances not assumed			1,339	41,605	,188	,384	,286	-,195	,962

Opvallend is dat op de meeste pijlers in de voormeting de 65-plussers gemiddeld hoger scoren dan de 65-minners. Dit geldt alleen niet voor de pijlers 'Lichaamsfuncties' en 'Zingeving'. Bij de nameting scoren de 65-minners daarentegen op alle pijlers gemiddeld hoger dan de 65-plussers. Bij de voormeting bestaat het grootste verschil tussen 65-minners en 65-plussers op de pijler 'Mentaal welbevinden'. Hier scoren de 65-minners gemiddeld 0.71 punt lager dan de 65-plussers. Dit verschil is echter niet significant ($M_{65\text{-min}} = 5.41$ en $M_{65\text{-plus}} = 6.12$, $t(46) = -1.29$; $p = 0.20$). Bij de nameting bestaat het grootste verschil op de pijler 'Lichaamsfuncties'. Hier scoren de 65-minners gemiddeld 0.71 punt hoger dan de 65-plussers, wat een significant verschil is ($M_{65\text{-min}} = 7.09$ en $M_{65\text{-plus}} = 6.38$, $t(46) = 2.08$; $p = 0.04$).

2.2 Extra analyses hypothesetoetsing

2.2.1 Extra analyses verschil tussen mannen en vrouwen

In de resultatenparagraaf wordt gekeken wat de verschillen zijn tussen mannen en vrouwen.

Hiervoor wordt eerst naar de verschillen tussen de voor- en nameting gekeken bij de mannen. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3.2 in de resultatenparagraaf.

Wat opvalt bij de uitkomsten is dat de verschillen tussen de voor- en nameting in het algemeen bij de vrouwen groter zijn dan bij de mannen. Dit geldt alleen niet voor de pijlers 'Lichaamsfuncties' en 'Dagelijks functioneren', daar zit meer verschil in de scores van de mannen. Daarom is het interessant om te toetsen of de verschillen in de verschilscores tussen mannen en vrouwen significant zijn. Hiervoor heb ik eerst variabelen aangemaakt van de verschilscores tussen de voor- en nameting. Vervolgens heb ik de independent *t*-toets uitgevoerd. Hieruit volgen de volgende gegevens (dit is een extra analyse en daarom niet opgenomen in de resultatenparagraaf):

Group Statistics					
	GI Geslacht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF_V Verschil lichaamsfuncties	0 man	18	,7222	1,01782	,23990
	1 vrouw	29	,6724	1,05455	,19582
MW_V Verschil mentaal welbevinden	0 man	18	1,2778	1,60167	,37752
	1 vrouw	29	1,3103	2,05467	,38154
ZG_V Verschil zingeving	0 man	18	,8889	1,74521	,41135
	1 vrouw	29	1,2069	1,78044	,33062
KVL_V Verschil kwaliteit van leven	0 man	18	,8889	1,60473	,37824
	1 vrouw	29	1,0345	1,93617	,35954
Mee_V Verschil meedoen	0 man	18	,7778	,80845	,19055
	1 vrouw	29	1,1552	1,94157	,36054
DV_V Verschil dagelijks functioneren	0 man	18	,7778	1,39560	,32895
	1 vrouw	29	,3276	1,07135	,19894

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LF_V Verschil lichaamsfuncties	Equal variances assumed	,002	,965	,159	45	,874	,04981	,31231	-,57922	,67884
	Equal variances not assumed			,161	37,180	,873	,04981	,30968	-,57755	,67717
MW_V Verschil mentaal welbevinden	Equal variances assumed	1,889	,176	-,057	45	,955	-,03257	,56901	-1,17861	1,11348
	Equal variances not assumed			-,061	42,527	,952	-,03257	,53674	-1,11536	1,05023
ZG_V Verschil zingeving	Equal variances assumed	1,196	,280	-,600	45	,552	-,31801	,53028	-1,38604	,75002
	Equal variances not assumed			-,603	36,748	,550	-,31801	,52775	-1,38757	,75156
KVL_V Verschil kwaliteit van leven	Equal variances assumed	,238	,628	-,267	45	,791	-,14559	,54554	-1,24437	,95318
	Equal variances not assumed			-,279	41,185	,782	-,14559	,52185	-1,19936	,90817
Mee_V Verschil meedoen	Equal variances assumed	2,468	,123	-,781	45	,439	-,37739	,48314	-1,35049	,59570
	Equal variances not assumed			-,925	40,609	,360	-,37739	,40780	-1,20120	,44641
DV_V Verschil dagelijks functioneren	Equal variances assumed	,658	,421	1,246	45	,219	,45019	,36132	-,27755	1,17793
	Equal variances not assumed			1,171	29,328	,251	,45019	,38443	-,33567	1,23605

Uit bovenstaande blijkt dat de verschillen tussen de verschilscores van mannen en vrouwen niet significant zijn. Dit betekent dat de effecten van Welzijn op Recept bij de vrouwen niet per definitie groter zijn dan bij de mannen.

Wat daarnaast opvalt in de analyse bij de verschillen tussen de voor- en nameting bij mannen en vrouwen, is dat de mannelijke deelnemers bij de voormeting gemiddeld hogere cijfers toekennen aan de verschillende pijlers van *positieve gezondheid* dan de vrouwen. Dit geldt voor alle pijlers, met uitzondering die van 'Dagelijks functioneren', waar de vrouwen 0.16 hoger scoren dan de mannen. Ook bij de nameting is te zien dat de mannen gemiddeld hoger scoren dan de vrouwen, behalve op de pijler 'Meedoen'. Om te toetsen of deze verschillen significant zijn, kan een independent *t*-toets worden gedaan voor zowel de voor- als de nameting tussen mannen en vrouwen. Voor de voormeting gelden de volgende gegevens (die niet zijn opgenomen in de resultatenparagraaf):

	GI Geslacht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	0 man	18	6,11	1,530	,361
	1 vrouw	29	5,97	1,322	,246
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	0 man	18	6,11	1,844	,435
	1 vrouw	29	5,59	1,937	,360
ZG01 Zingeving voormeting	0 man	18	6,44	1,542	,364
	1 vrouw	29	6,07	1,791	,333
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	0 man	18	6,44	1,464	,345
	1 vrouw	29	6,21	1,497	,278
Mee01 Meedoen voormeting	0 man	18	6,33	1,495	,352
	1 vrouw	29	6,14	2,183	,405
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	0 man	18	6,56	1,294	,305
	1 vrouw	29	6,72	,960	,178

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	Equal variances assumed	,777	,383	,346	45	,731	,146	,421	-,703	,994
	Equal variances not assumed			,334	32,221	,741	,146	,436	-,743	1,034
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	Equal variances assumed	,234	,631	,920	45	,363	,525	,571	-,625	1,674
	Equal variances not assumed			,931	37,567	,358	,525	,564	-,617	1,667
ZG01 Zingeving voormeting	Equal variances assumed	,350	,557	,735	45	,466	,375	,511	-,653	1,404
	Equal variances not assumed			,762	40,253	,451	,375	,493	-,620	1,371
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	Equal variances assumed	,050	,824	,533	45	,597	,238	,446	-,660	1,135
	Equal variances not assumed			,536	36,811	,595	,238	,443	-,661	1,136
Mee01 Meedoen voormeting	Equal variances assumed	1,972	,167	,334	45	,740	,195	,586	-,984	1,375
	Equal variances not assumed			,364	44,476	,718	,195	,537	-,887	1,278
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	Equal variances assumed	1,332	,255	-,512	45	,611	-,169	,329	-,832	,495
	Equal variances not assumed			-,477	28,578	,637	-,169	,353	-,891	,554

En de volgende gegevens gelden voor de verschillen tussen de nameting:

Group Statistics					
	GI Geslacht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF02 Lichaamsfuncties nameting	0 man	18	6,83	1,150	,271
	1 vrouw	29	6,64	1,260	,234
MW02 Mentaal welbevinden nameting	0 man	18	7,39	1,195	,282
	1 vrouw	29	6,90	1,175	,218
ZG02 Zingeving nameting	0 man	18	7,33	1,029	,243
	1 vrouw	29	7,28	1,279	,237
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	0 man	18	7,33	1,138	,268
	1 vrouw	29	7,24	1,185	,220
Mee02 Meedoen nameting	0 man	18	7,11	1,231	,290
	1 vrouw	29	7,29	1,578	,293
DV02 Dagelijks functioneren nameting	0 man	18	7,33	1,085	,256
	1 vrouw	29	7,05	,910	,169

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LF02 Lichaamsfuncties nameting	Equal variances assumed	,048	,828	,534	45	,596	,195	,366	-,542	,933
	Equal variances not assumed			,546	38,708	,588	,195	,358	-,529	,920
MW02 Mentaal welbevinden nameting	Equal variances assumed	,007	,934	1,387	45	,172	,492	,355	-,223	1,207
	Equal variances not assumed			1,382	35,727	,176	,492	,356	-,231	1,215
ZG02 Zingeving nameting	Equal variances assumed	1,663	,204	,161	45	,873	,057	,357	-,662	,777
	Equal variances not assumed			,169	41,861	,866	,057	,339	-,628	,743
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	Equal variances assumed	,004	,947	,263	45	,794	,092	,350	-,613	,797
	Equal variances not assumed			,265	37,327	,792	,092	,347	-,611	,795
Mee02 Meedoen nameting	Equal variances assumed	1,135	,292	-,416	45	,679	-,182	,437	-,1063	,699
	Equal variances not assumed			-,441	42,511	,661	-,182	,412	-,1014	,650
DV02 Dagelijks functioneren nameting	Equal variances assumed	,215	,645	,958	45	,343	,282	,294	-,310	,874
	Equal variances not assumed			,919	31,446	,365	,282	,306	-,343	,906

Uit bovenstaande analyses blijkt dat de verschillen bij de voor- en nameting tussen mannen en vrouwen niet significant zijn. Dit betekent dat het in de populatie niet perse het geval is dat de mannen op zowel de voor- als nameting hogere scores toekennen op de pijlers van *positieve gezondheid* dan de vrouwen.

2.2.2 Extra analyses verschil tussen leeftijdsgroepen

Ook wordt er in de resultatenparagraaf gekeken wat de verschillen zijn tussen 65-min en 65-plus.

Deze gegevens zijn weergegeven in tabel 3.3 in de resultatenparagraaf. Wat hierbij opvalt is dat de verschillen tussen de voor- en nameting bij alle zes de pijlers bij de leeftijdsgroep van 65-min groter zijn dan bij de 65-plussers. De verschillen zijn bij de 65-minners bijna twee keer zo groot dan bij de 65-plussers. Daarom is het interessant om te toetsen of deze verschillen in de verschilcores tussen 65-minners en 65-plussers significant zijn, kan een independent t-toets worden uitgevoerd. Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van de variabelen van de verschilcores tussen de voor- en nameting die ik eerder aangemaakt heb. Hieruit volgen de volgende gegevens:

Group Statistics					
	Lft_cat Leeftijd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF_VVerschil lichaamsfunties	0 65-min	22	1,0000	1,15470	,24618
	1 65-plus	25	,4200	,83766	,16753
MW_VVerschil mentaal welbevinden	0 65-min	22	1,9091	2,06810	,44092
	1 65-plus	25	,7600	1,53514	,30703
ZG_VVerschil zingeving	0 65-min	22	1,3182	1,88696	,40230
	1 65-plus	25	,8800	1,64114	,32823
KVL_VVerschil kwaliteit van leven	0 65-min	22	1,2727	2,07437	,44226
	1 65-plus	25	,7200	1,51438	,30288
Mee_VVerschil meedoen	0 65-min	22	1,4545	2,10955	,44976
	1 65-plus	25	,6200	,83267	,16653
DV_VVerschil dagelijks functioneren	0 65-min	22	,7273	1,24142	,26467
	1 65-plus	25	,3000	1,17260	,23452

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LF_VVerschil lichaamsfunties	Equal variances assumed	,753	,390	1,988	45	,053	,58000	,29181	-,00773	1,16773
	Equal variances not assumed			1,948	37,851	,059	,58000	,29778	-,02290	1,18290
MW_VVerschil mentaal welbevinden	Equal variances assumed	2,568	,116	2,179	45	,035	1,14909	,52723	,08720	2,21099
	Equal variances not assumed			2,139	38,402	,039	1,14909	,53729	,06178	2,23640
ZG_VVerschil zingeving	Equal variances assumed	,850	,362	,852	45	,399	,43818	,51453	-,59814	1,47450
	Equal variances not assumed			,844	41,985	,403	,43818	,51921	-,60964	1,48600
KVL_VVerschil kwaliteit van leven	Equal variances assumed	,971	,330	1,052	45	,298	,55273	,52547	-,50563	1,61108
	Equal variances not assumed			1,031	38,003	,309	,55273	,53603	-,53240	1,63786
Mee_VVerschil meedoen	Equal variances assumed	4,399	,042	1,825	45	,075	,83455	,45724	-,08638	1,75547
	Equal variances not assumed			1,740	26,714	,093	,83455	,47960	-,15001	1,81910
DV_VVerschil dagelijks functioneren	Equal variances assumed	1,032	,315	1,213	45	,232	,42727	,35231	-,28232	1,13687
	Equal variances not assumed			1,208	43,473	,233	,42727	,35363	-,28566	1,14020

Uit bovenstaande blijkt dat de verschillen tussen de verschillen van 65-minners en 65-plussers niet significant zijn op een niveau van 0.01. Wel is het verschil van de verschillen van 'Mentaal welbevinden' tussen 65-minners en 65-plussers significant op een iets minder streng niveau van 0.05 ($M_{V65-min} = 1.91$ en $M_{V65-plus} = 0.76$, $t(45) = 2.18$; $p = 0.04$). Voor de overige pijlers geldt dat de effecten van Welzijn op Recept bij de 65-minners niet per definitie groter zijn dan bij de 65-plussers.

Wat daarnaast opvalt in de analyse bij de verschillen tussen de voor- en nameting bij 65-minners en 65-plussers is dat de verschillen in bij de voormeting niet zo groot zijn. Echter scoren de 65-minners op alle pijlers bij de nameting hoger scoren dan de 65-plussers. Om te toetsen of de verschillen tussen 65-minners en 65-plussers significant zijn, kan een independent t-toets worden gedaan voor zowel de voor- als de nameting tussen 65-minners en 65-plussers. Voor de verschillen tussen de voormeting wordt het gelden de volgende gegevens:

	Lft_cat Leeftijd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	0 65-min	22	6,09	1,306	,278
	1 65-plus	25	5,96	1,485	,297
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	0 65-min	22	5,41	1,843	,393
	1 65-plus	25	6,12	1,922	,384
ZG01 Zingeving voormeting	0 65-min	22	6,32	1,810	,386
	1 65-plus	25	6,12	1,616	,323
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	0 65-min	22	6,23	1,602	,341
	1 65-plus	25	6,36	1,381	,276
Mee01 Meedoen voormeting	0 65-min	22	5,91	2,308	,492
	1 65-plus	25	6,48	1,531	,306
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	0 65-min	22	6,64	1,002	,214
	1 65-plus	25	6,68	1,180	,236

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LF01 Lichaamsfuncties voormeting	Equal variances assumed	,397	,532	,319	45	,751	,131	,411	-,696	,958
	Equal variances not assumed			,322	45,000	,749	,131	,407	-,689	,951
MW01 Mentaal welbevinden voormeting	Equal variances assumed	,049	,826	-1,290	45	,204	-,711	,551	-1,821	,399
	Equal variances not assumed			-1,293	44,648	,203	-,711	,550	-1,818	,396
ZG01 Zingeving voormeting	Equal variances assumed	1,216	,276	,397	45	,693	,198	,500	-,808	1,204
	Equal variances not assumed			,394	42,496	,696	,198	,503	-,817	1,213
KVL01 Kwaliteit van leven voormeting	Equal variances assumed	,610	,439	-,305	45	,762	-,133	,435	-1,009	,743
	Equal variances not assumed			-,302	41,807	,764	-,133	,439	-1,019	,754
Mee01 Meedoen voormeting	Equal variances assumed	2,967	,092	-1,011	45	,318	-,571	,565	-1,709	,567
	Equal variances not assumed			-,985	35,727	,331	-,571	,579	-1,746	,605
DV01 Dagelijks functioneren voormeting	Equal variances assumed	,233	,631	-,136	45	,893	-,044	,322	-,692	,604
	Equal variances not assumed			-,137	44,951	,892	-,044	,318	-,685	,598

Voor de verschillen tussen de nameting geldt onderstaande:

	Lft_cat Leeftijd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LF02 Lichaamsfuncties nameting	0 65-min	22	7,09	,921	,196
	1 65-plus	25	6,38	1,348	,270
MW02 Mentaal welbevinden nameting	0 65-min	22	7,32	1,086	,232
	1 65-plus	25	6,88	1,269	,254
ZG02 Zingeving nameting	0 65-min	22	7,64	1,177	,251
	1 65-plus	25	7,00	1,118	,224
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	0 65-min	22	7,50	1,185	,253
	1 65-plus	25	7,08	1,115	,223
Mee02 Meedoen nameting	0 65-min	22	7,36	1,620	,345
	1 65-plus	25	7,10	1,291	,258
DV02 Dagelijks functioneren nameting	0 65-min	22	7,36	1,049	,224
	1 65-plus	25	6,98	,895	,179

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
LF02 Lichaamsfuncties nameting	Equal variances assumed	3,172	,082	2,081	45	,043	,711	,342	,023	1,399
	Equal variances not assumed			2,131	42,533	,039	,711	,334	,038	1,384
MW02 Mentaal welbevinden nameting	Equal variances assumed	,236	,629	1,263	45	,213	,438	,347	-,261	1,137
	Equal variances not assumed			1,275	44,973	,209	,438	,344	-,254	1,130
ZG02 Zingeving nameting	Equal variances assumed	,452	,505	1,900	45	,064	,636	,335	-,038	1,311
	Equal variances not assumed			1,893	43,559	,065	,636	,336	-,041	1,314
KVL02 Kwaliteit van leven nameting	Equal variances assumed	,114	,737	1,251	45	,217	,420	,336	-,256	1,096
	Equal variances not assumed			1,246	43,410	,219	,420	,337	-,259	1,099
Mee02 Meedoen nameting	Equal variances assumed	1,301	,260	,620	45	,538	,264	,425	-,592	1,120
	Equal variances not assumed			,611	40,083	,544	,264	,431	-,608	1,135
DV02 Dagelijks functioneren nameting	Equal variances assumed	,767	,386	1,353	45	,183	,384	,284	-,187	,955
	Equal variances not assumed			1,339	41,605	,188	,384	,286	-,195	,962

Uit bovenstaande analyses blijkt dat de verschillen bij de voormeting tussen 65-minners en 65-plussers niet significant zijn. Dit betekent dat het in de populatie er niet per definitie een verschil is in de scores die 65-minners en 65-plussers toekennen aan de 6 pijlers bij de voormeting. Als we kijken naar de nameting blijkt dat 65-minners een significant hogere score toekennen op de pijler 'Lichaamsfuncties' dan de 65-plussers op een niveau van 0.05 5 ($M_{65-min} = 7.09$ en $M_{65-plus} = 6.38$, $t(45) = 2.08$; $p = 0.04$).

Bijlage 3: Controle van de assumpties

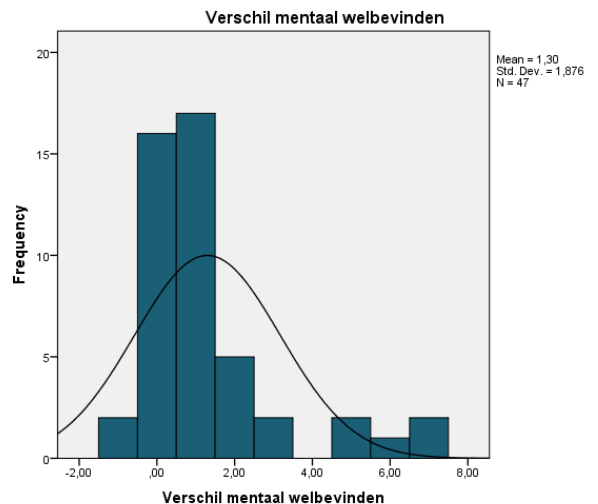
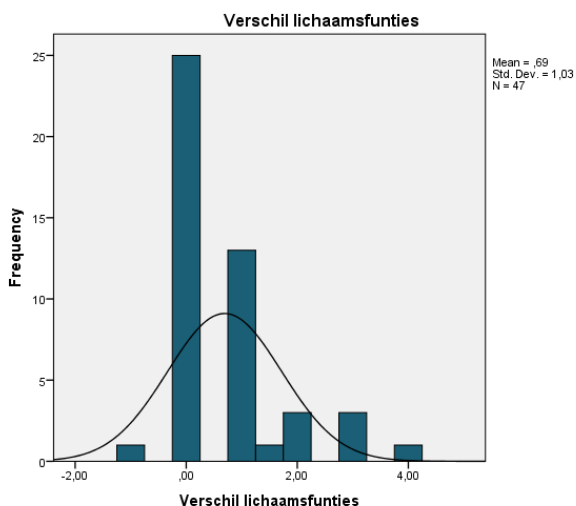
De assumpties die worden gesteld bij het uitvoeren van een gepaarde *t*-toets, moeten gecontroleerd worden voor de analyse. De eerste assumptie is dat de steekproeven afhankelijk van elkaar moeten zijn. Aan deze assumptie wordt voldaan aangezien het om een voor- en nameting gaat, waarbij dezelfde deelnemers van Welzijn op Recept bij zijn betrokken. De scores op het Spinnenweb van positieve gezondheid van dezelfde persoon worden namelijk met elkaar vergeleken (scores aan het begin van het traject en scores aan het einde van het traject).

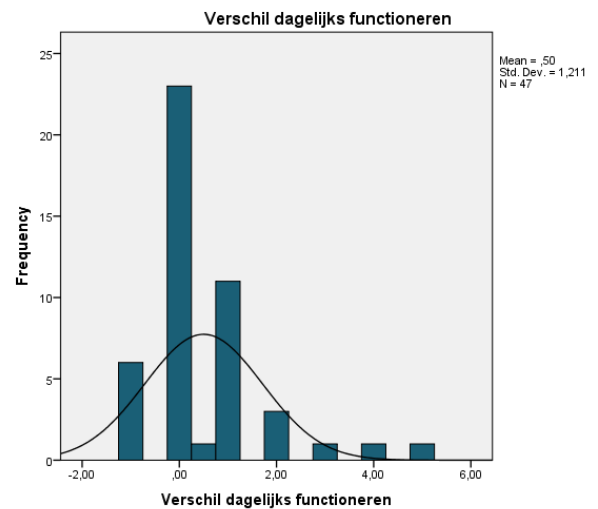
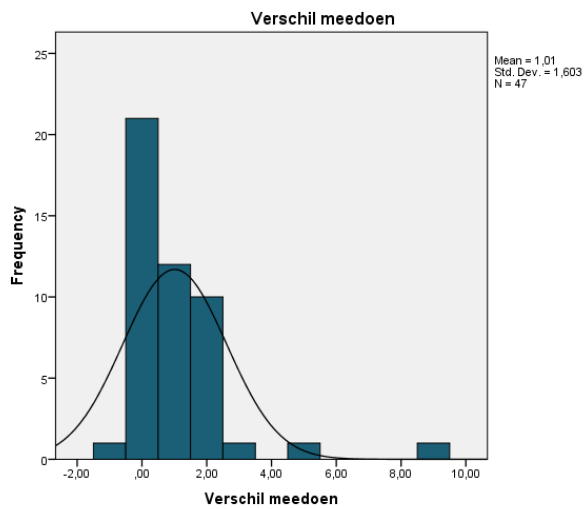
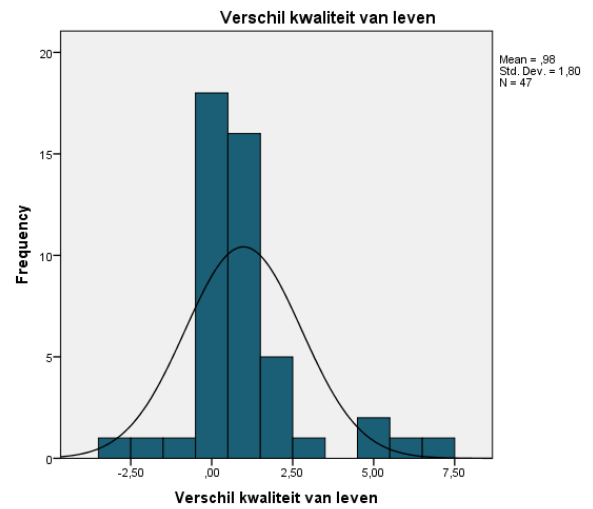
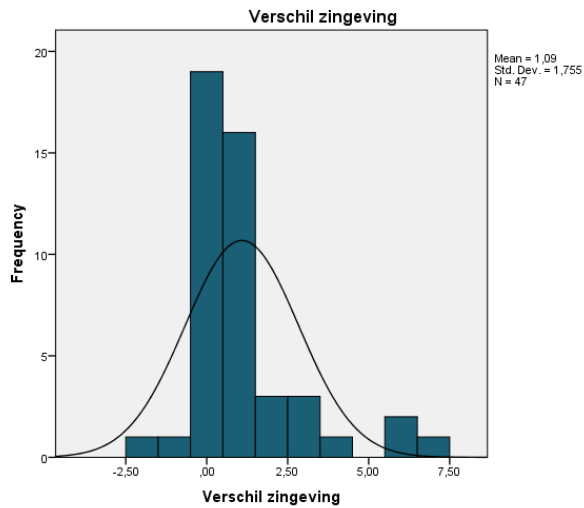
De tweede assumptie stelt dat de variabelen van intervalniveau zijn. De pijlers van positieve gezondheid zijn van interval-niveau aangezien de variabelen bestaan uit verschillende waarden. De verschillen die tussen de waarden zitten, zijn duidelijk aan te geven.

De derde assumptie luidt dat er sprake moet zijn van onafhankelijke observaties. Om aan deze aanname te voldoen, moeten de gegevens onafhankelijk van elkaar verzameld zijn bij het onderzoek. De aangereikte data van dit onderzoek is verzameld aan de hand van gesprekken tussen deelnemers aan Welzijn op Recept en de welzijnscoaches. Het ging dus om een gesprek tussen enkel een deelnemer en de welzijnscoach. Hierbij kunnen we ervan uitgaan dat de verschillende deelnemers elkaar niet kennen en daarbij elkaars antwoorden niet kunnen beïnvloeden. Om deze redenen is het aannemelijk dat er sprake is van onafhankelijke observaties.

De laatste assumptie stelt dat de verschillen in de populatie normaal verdeeld moeten zijn. Dit kan worden gecontroleerd door histogrammen te maken van de verschillen. Hiervoor gebruik ik variabelen van de verschillen op de voor- en nameting, die eerder al zijn aangemaakt.

Vervolgens zijn de histogrammen uitgedraaid van deze verschillen om te beoordelen of de verschillen normaal zijn verdeeld. Hieruit volgen de volgende histogrammen:





In de histogrammen is te zien dat de verschillen niet normaal verdeeld zijn. De verdeling van de verschillen tussen de voor- en nameting van de pijler 'Lichaamsfuncties' is ietwat gepiekt. De verdeling van de verschillen tussen de voor- en nameting van de andere vijf pijlers zijn ook wat gepiekt en in enige mate rechtsscheef. De piek zit bij alle variabelen rond de 0,00, wat betekent dat er bij een groot deel van de deelnemers geen verschil is in de scores tussen de voor- en nameting. De vraag is hoe erg het is dat deze assumptie geschonden wordt. Dat de piek rond de 0,00 zit en de verdelingen rechtsscheef zijn, zou je namelijk ook verwachte aangezien er maar weinig mensen zijn die er door de interventie op achteruit zijn gegaan op de dimensies van *positieve gezondheid*.

Bijlage 4: Geïnformeerde toestemming

4.1 Formulier deelnemers



Betreft: Toestemming voor verwerking van interviews

Groningen, oktober 2021

Beste deelnemer van Welzijn op Recept,

U ontvangt deze brief omdat u heeft ingestemd om mee te werken aan een interview over uw ervaringen met Welzijn op Recept. De gemeente Midden-Groningen wil graag weten wat de effecten zijn van Welzijn op Recept en hoe deelnemers het programma ervaren.

Het interview is onderdeel van mijn masterscriptie om af te studeren bij Sociologie aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Om de gegevens te verwerken en op te slaan, moet ik u laten weten hoe en waar dit gebeurt. Ik vraag daarom uw toestemming om het volgende te doen met de inhoud van het interview:

- Het interview wordt opgenomen, volledig uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd;
- De opname wordt beveiligd opgeslagen en na verwerking vernietigd;
- De gegevens zal ik anoniem en vertrouwelijk verwerken en opslaan, dit betekent dat ik geen naam of andere persoonlijke gegevens zal noemen in zowel het uitgeschreven interview als in het uiteindelijke rapport;
- Het uiteindelijke rapport zal worden gedeeld met de gemeente Midden-Groningen. Daarnaast kunnen de resultaten extern worden gecommuniceerd (bijvoorbeeld op de website van de gemeente Midden-Groningen of (sociale) media), maar dat is in geen geval herleidbaar naar individuele antwoorden of opvattingen;
- De opgeslagen geanonimiseerde gegevens blijven beschikbaar voor eventuele vervolgonderzoekdoeleinden binnen de gemeente Midden-Groningen en worden daarvoor beveiligd opgeslagen.

Met het invullen van onderstaande gegevens stemt u in met de gegeven informatie over de verwerking van het interview.

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Met vriendelijke groet,
Else van Dijk

4.2 Formulier verwijzers



Betreft: Toestemming voor verwerking van interviews

Groningen, oktober 2021

Beste verwijzer naar Welzijn op Recept,

U ontvangt deze brief omdat u heeft ingestemd om mee te werken aan een interview over uw ervaringen met Welzijn op Recept. De gemeente Midden-Groningen wil graag weten wat de effecten zijn van Welzijn op Recept en wat factoren zijn die eraan bijdragen dat deelnemers het programma succesvol voltooien.

Het interview is onderdeel van mijn masterscriptie om af te studeren bij Sociologie aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Om de gegevens te verwerken en op te slaan, moet ik u laten weten hoe en waar dit gebeurt. Ik vraag daarom uw toestemming om het volgende te doen met de inhoud van het interview:

- Het interview wordt opgenomen, volledig uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd;
- De opname wordt beveiligd opgeslagen en na verwerking vernietigd;
- De gegevens zal ik anoniem en vertrouwelijk verwerken en opslaan, dit betekent dat ik geen naam of andere persoonlijke gegevens zal noemen in zowel het uitgeschreven interview als in het uiteindelijke rapport;
- Het uiteindelijke rapport zal worden gedeeld met de gemeente Midden-Groningen. Daarnaast kunnen de resultaten extern worden gecommuniceerd (bijvoorbeeld op de website van de gemeente Midden-Groningen of (sociale) media), maar dat is in geen geval herleidbaar naar individuele antwoorden of opvattingen;
- De opgeslagen geanonimiseerde gegevens blijven beschikbaar voor eventuele vervolgonderzoekdoeleinden binnen de gemeente Midden-Groningen en worden daarvoor beveiligd opgeslagen.

Met het invullen van onderstaande gegevens stemt u in met de gegeven informatie over de verwerking van het interview.

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Met vriendelijke groet,

Else van Dijk

4.3 Formulier welzijnscoaches



Betreft: Toestemming voor verwerking van groepsgesprek

Groningen, oktober 2021

Beste welzijnscoach,

Je ontvangt deze brief omdat je hebt ingestemd om mee te werken aan een gespreksgroep over je ervaringen met Welzijn op Recept. Tijdens de gespreksgroep zullen we in gesprek gaan over de effecten van Welzijn op Recept en wat factoren zijn die eraan bijdragen dat deelnemers het programma met succes voltooien.

De gespreksgroep is onderdeel van mijn masterscriptie om af te studeren bij Sociologie aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Om de gegevens te verwerken en op te slaan, moet ik je laten weten hoe en waar dit gebeurt. Ik vraag daarom je toestemming om het volgende te doen met de inhoud van de gespreksgroep:

- De gespreksinhoud wordt opgenomen, volledig uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd;
- De opname wordt beveiligd opgeslagen en na verwerking vernietigd;
- De gespreksinhoud zal ik anoniem en vertrouwelijk verwerken en opslaan, dit betekent dat ik geen naam of andere persoonlijke gegevens zal noemen in zowel het uitgeschreven groepsgesprek als in het uiteindelijke rapport;
- Het uiteindelijke rapport zal worden gedeeld met de gemeente Midden-Groningen. Daarnaast kunnen de resultaten extern worden gecommuniceerd (bijvoorbeeld op de website van de gemeente Midden-Groningen of (sociale) media), maar dat is in geen geval herleidbaar naar individuele antwoorden of opvattingen;
- De opgeslagen geanonimiseerde gegevens blijven beschikbaar voor eventuele vervolgonderzoekdoeleinden binnen de gemeente Midden-Groningen en worden daarvoor beveiligd opgeslagen.

Met het invullen van onderstaande gegevens stem je in met de gegeven informatie over de verwerking van het interview.

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Met vriendelijke groet,

Else van Dijk

Bijlage 5: Interviewschema's en discussiegids

5.1 Interviewschema deelnemers

Fijn dat u mee wilt doen aan dit interview. Dit onderzoek doe ik voor mijn afstudeertraject voor de studie Sociologie aan de Rijksuniversiteit van Groningen in opdracht van de gemeente Midden-Groningen. De gemeente Midden-Groningen wil graag weten wat de effecten zijn van Welzijn op Recept en hoe deelnemers het programma ervaren. De vragen die ik u zal stellen gaan dan ook over uw persoonlijke ervaringen met Welzijn op Recept. Ook zal ik u een aantal vragen stellen over wie u bent en hoe u uw gezondheid ervaart.

Het interview zal ongeveer vijfenveertig minuten tot een uur duren. Alles wat u zult vertellen, wordt alleen gebruikt voor dit onderzoek. Daarnaast zal uw naam niet worden gebruikt en zal ik andere persoonlijke gegevens anoniem maken zodat niemand weet dat u mee heeft gedaan en deze antwoorden heeft gegeven. Graag zou ik het interview willen opnemen, zodat er geen informatie verloren gaat. Ik ben de enige die toegang heeft tot deze opname en de opname zal nadat het onderzoek afgerond is, vernietigd worden. Het is belangrijk te vermelden dat u te allen tijde mag stoppen met het interview, ongeacht de reden.

Als u een vraag niet begrijpt, moet u het gewoon zeggen en dan zal ik de vraag nader toelichten. Is het allemaal akkoord wat u betreft? Heeft u verder nog vragen voordat we beginnen met het interview?

Achtergrondinformatie

1. Geslacht:

2. Wat is uw leeftijd?

3. Kunt u wat over uzelf vertellen?

Probes: Werk, vrijwilligerswerk, bezigheden, hobby's, gezinssituatie (gehuwd, alleenstaand, kinderen (nog inwonend))

4. Hoe gaat het met uw gezondheid?

Probes: Lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid (eenzaam, somberheidsklachten)

Welzijn op Recept

5. Hoe bent u bij Welzijn op Recept terecht gekomen?

Probes: Verwijzer, eigen initiatief, 'aandringen van anderen'

Indien verwijzer

→ **Wilt u delen waarom u naar de huisarts ging?**

Probes: Aanleiding, klachten (gerichte klachten bv. eenzaamheid of vage klachten bv. rugpijn)

→ **Wat vond u van het gesprek met de huisarts?**

Probes: Verwachtingen, idee om Welzijn op Recept te doen, vervolg naar aanleiding van het gesprek met de huisarts

Indien eigen initiatief

→ **Wie of wat heeft u ertoe gezet om actie te ondernemen?**

Probes: Aanleiding, klachten, belemmeringen, verwachtingen, gehoopte uitkomst

6. Waarom heeft u ervoor gekozen om Welzijn op Recept te doen?

Probes: gemotiveerd om iets aan de omstandigheden te doen, op aandringen van anderen/huisarts/welzijnscoach zelf

7. Wat vond u van de gesprekken met de welzijnscoach?

Probes: Eerste gesprek, wat is er besproken, wat vonden ze van het gesprek en van de welzijnscoach (vertrouwen, expertise), hebben ze het idee dat er naar hen werd geluisterd, hebben ze het idee dat de welzijnscoach weet wat hun wensen en behoeften zijn, hoe zijn ze tot een activiteit gekomen, zijn er concrete afspraken gemaakt (bv. maandelijks naar het buurthuis o.i.d.)

8. Wat voor activiteit heeft u door Welzijn op Recept bijgewoond?

Probes: Sociale activiteit, vrijwilligersactiviteit, sportieve activiteit, hoe vaak, hoe lang, hoe intensief

9. Hoe heeft u de activiteit ervaren?

Probes: De eerste keer, eventuele begeleiding, aansluiting bij de groep, voldoen aan de verwachtingen, wensen, behoeften en iets wat bij u paste

10. Als u terugkijkt, wat heeft Welzijn op Recept u gebracht?

➔ Heeft het voor verandering gezorgd in uw leven? (*terugkoppelen naar bv. klachten waarmee ze bij de huisarts kwamen bv. 'U zei eerder dat u eenzaam was/niet goed tot dingen kwam etc. is daarin wat veranderd?'*)

Probes: Behoeften bevredigd (op sociaal gebied of in de bezigheden)

Behoeften:

- *Comfort:* Bv. vermindering van psychische of lichamelijke klachten, afwezigheid van pijn/stress
- *Stimulatie:* Bv. geen verveling, lichamenlijk geactiveerd
- *Affectie:* Bv. contact met anderen, verbondenheid
- *Gedragbevestiging:* Bv. het idee dat je er toe doet en erbij hoort
- *Status:* Bv. het inzetten van talenten of vaardigheden

➔ Heeft u er iets van geleerd?/ontwikkelingen

Probes: Vaardigheden (zelfmanagementvaardigheden!), ontwikkelingen, interactie, persoonlijke ontwikkeling, bewustwording, geluk, welbevinden

Zelfmanagement vaardigheden (voorbeelden SMAS-30 vragenlijst):

- *Initiatief nemen:* Hoe vaak neemt u het initiatief tot het contact met de mensen om u heen?
- *Zelfeffectief zijn:* Lukt het u om plezierige bezigheden te vinden en om leuke contacten met anderen te hebben?
- *Investeren in hulpbronnen:* Doet u wel eens iets kleins met de contacten die u heeft? Zorgt u voor voldoende vaste bezigheden zodat u actief bezig blijft?
- *Positief toekomstperspectief:* Verwacht u dat u, in de toekomst, zich kunt blijven redden? Verwacht u in de toekomst leuke bezigheden te hebben?
- *Zorgen voor multifunctionele hulpbronnen:* De bezigheden waar ik plezier aan beleef doe ik samen met anderen, mijn hobby's doe ik samen met anderen, ik doe gezellige dingen met anderen
- *Zorgen voor variatie in hulpbronnen:* Hoeveel hobby's/vaste bezigheden heeft u? Een vertrouwelijke band met mensen opgebouwd

Samenvatten vragen 8, 9 en 10. (bv. 'u bent wekelijks naar het buurthuis gegaan en u vond het leuk want er waren allemaal aardige mensen. U gaf aan dat u zich nu minder eenzaam voelt en hebt geleerd om meer voor uzelf op te komen. Of: 'U bent een keer naar het buurthuis geweest, maar daarna niet meer omdat u zich daar niet op uw gemak voelde. U heeft daardoor niet het gevoel dat WoR u iets heeft gebracht'. Of: iets ertussen). En dan vervolgens reflecteren:

11. Heeft u een idee/Zijn er nog andere redenen waarom het traject op deze manier verlopen is?

Probes: speelden er dingen mee binnen of buiten u zelf, bepaalde omstandigheden, (je wil vooral meer weten over de 'dingen binnen hunzelf', maar je wil de uitvallers niet opzadelen met een slecht gevoel.)

Afsluitende vraag

12. Zou u Welzijn op Recept aanbevelen aan andere mensen?

Probes: Waarom wel/niet?

Dit was de laatste vraag die ik u wilde stellen. Heeft u nog dingen die u graag kwijt wilt of heeft u nog wat toe te voegen of heeft u nog andere vragen? Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking. Heeft u ook belangstelling voor het eindrapport? Heel erg bedankt en nog een fijne dag!

5.2 Interviewschema verwijzers

Fijn dat u bereid bent om mee te werken aan dit onderzoek. Dit onderzoek doe ik voor mijn afstudeertraject voor de studie Sociologie aan de Rijksuniversiteit van Groningen in opdracht van de gemeente Midden-Groningen. De gemeente Midden-Groningen is benieuwd naar de effecten van het programma Welzijn op Recept. De gemeente wil graag inzicht krijgen in wat voor impact Welzijn op Recept heeft en wat de voorwaarden zijn voor het succes van het traject. De vragen die ik u zal stellen, gaan over uw eigen ervaringen.

Het interview zal ongeveer dertig minuten duren. Alles wat u zult vertellen, wordt alleen gebruikt voor dit onderzoek. Daarnaast zal uw naam niet worden gebruikt en zal ik andere persoonlijke gegevens anonimiseren zodat niemand u kan identificeren met de antwoorden. Graag zou ik het interview willen opnemen, zodat er geen informatie verloren gaat. Ik ben de enige die toegang heeft tot deze opname en de opname zal nadat het onderzoek afgerond is, vernietigd worden. Het is belangrijk te vermelden dat u te allen tijde mag stoppen met het interview, ongeacht de reden.

Als u een vraag niet begrijpt, moet u het gewoon zeggen en dan zal ik de vraag nader toelichten. Is het allemaal akkoord wat u betreft? Heeft u verder nog vragen voordat we beginnen met het interview?

Openingsvragen

1. Wat voor functie heeft u precies?

2. **Hoelang bent u al werkzaam bij deze huisartsenpraktijk?**
3. **Hoe lang werkt u al samen met de welzijnscoaches?**

Welzijn op Recept

4. **Verwijst u wel eens mensen door naar Welzijn op Recept** (*belangrijke vraag dus tijd voor nemen!!!*)

→ Zo ja,

- Hoe vaak?
- Waarom, wat voor klachten hebben deze mensen?
- Hoe gaat u tewerk? Wanneer verwijst u mensen door naar Welzijn op Recept?
- Wat zijn uw ervaringen? *Voorbeelden van mensen bij wie het goed werkte of juist niet (anekdotes!)*

Probes: Symptomen, criteria voor verwijzing, bepaalde overwegingen, motivatie van de patiënt

→ Zo nee,

- Waarom niet?
- Hoe komt dat?

Probes: Werkdruk, andere manier van werken; niet bekend met principe van welzijn, kennis en affiniteit met welzijn

- Bent u bekend met Welzijn op Recept?

Alleen indien de verwijzer heeft verwezen

5. **Weigeren er ook wel eens patiënten om naar de welzijnscoach te gaan?**

Probes: Zo ja, waarom? Bepaalde eigenschappen, motivatie

Indien de verwijzer heeft verwezen of niet heeft verwezen maar wel bekend is met WoR

6. **Wat vind u van Welzijn op Recept?**

Probes: Neiging om mensen door te sturen, persoonlijke ervaring, effecten bij de deelnemers, wat vinden andere (huisartsen, verwijzers) ervan?

7. Heeft u ideeën over het effect dat Welzijn op Recept heeft op het zorggebruik?

Probes: Hoe en wat? Is de welzijnscoach een goede aanvulling op de huisarts? Heeft Welzijn op Recept een effect op de huisartsenpraktijk/op de huisarts (verschil voor-na implementatie Welzijn op Recept in zowel zorggebruik als inrichting van de praktijk)?

Afsluitende vraag

8. Zou u de mogelijkheid van verwijzen naar Welzijn op Recept aanbevelen aan andere gemeenten/huisartsenpraktijken?

Probes: Waarom wel/niet?

Dit was de laatste vraag die ik u wilde stellen. Heeft u nog dingen die u graag kwijt wilt of heeft u nog wat toe te voegen of heeft u nog andere vragen? Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking. Heeft u ook belangstelling voor het eindrapport? Heel erg bedankt en nog een fijne dag!

5.3 Discussiegids focusgroep welzijnscoaches

Inleiding

Allereerst bedankt voor jullie komst, heel fijn dat we zo bij elkaar konden komen! Misschien kunnen we eerst even een voorstelronde doen. Mijn naam is Else en volg de master Sociologie in de richting van gezondheid, zorg en welzijn aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Van februari tot juni heb ik stage gelopen bij onderzoeksbureau ZorgfocuZ. Hier ben ik momenteel nog steeds werkzaam naast mijn studie. **VERVOLG VOORSTELRONDE.**

Via ZorgfocuZ ben ik in contact gekomen met Femke, die vertelde over de vraag die er bij de gemeente lag naar de effectiviteit van Welzijn op Recept. Vanuit hier zijn we gaan nadenken over de mogelijkheid voor een masterscriptie. Het doel van mijn onderzoek is om de effecten van Welzijn op Recept in kaart te brengen en te onderzoeken wat factoren zijn die eraan bijdragen dat deelnemers het traject met succes voltooien. Het doel van deze focusgroep is in lijn hiermee om een idee te krijgen van jullie ervaringen met Welzijn op Recept. Daarom wil ik graag met jullie in gesprek gaan over bepaalde onderwerpen zodat jullie je ideeën, meningen en ervaringen kunnen delen. Hierbij zijn alle ervaringen, meningen en ideeën even belangrijk en jullie hoeven het niet met elkaar eens te zijn. Vul elkaar vooral aan en geef ook gerust aan als je ergens anders over denkt. Dat maakt het alleen maar interessant en verdiepend.

De focusgroep zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Alles wat jullie vertellen, wordt

alleen gebruikt voor dit onderzoek. Daarnaast zal jullie naam niet worden gebruikt en zal ik andere persoonlijke gegevens anonimiseren zodat niet te herleiden is wie wat heeft gezegd. Graag zou ik het gesprek willen opnemen, zodat er geen informatie verloren gaat. Ik ben de enige die toegang heeft tot deze opname en de opname zal nadat het onderzoek afgerond is, vernietigd worden.

Openingsvragen

1. Hoe zijn jullie bij Welzijn op Recept (terecht)gekomen?

Welzijn op Recept

2. Zouden jullie iets kunnen vertellen over wat voor mensen terechtkomen bij Welzijn op Recept?

Probes: Aanleiding, klachten, bepaalde eigenschappen

3. Zouden jullie kunnen beschrijven hoe een traject eruit ziet?

Probes: Vanaf moment van verwijzing tot evaluatie, vaste onderdelen, variabele onderdelen

4. Zouden jullie iets kunnen vertellen over hoe jullie het gesprek of de gesprekken met de deelnemer oppakken?

Probes: Positieve gezondheid, leren kennen van de persoon, vertrouwensband, het in kaart brengen van de wensen/behoefte

5. Op basis waarvan komen jullie tot een passende activiteit voor de deelnemers?

→ Hoe komen jullie erachter wat een deelnemer nodig heeft en wat voor wensen en behoeften iemand heeft en wat iemand kan met de middelen en hulpbronnen die hij of zij heeft?

Probes: Bepaalde criteria

6. Zijn er in de omgeving voldoende mogelijkheden voor activiteiten?

→ Hoe blijven jullie op de hoogte van de sociale kaart in de omgeving?

Probes: Lijntjes met organisaties, structureel overleg, wat als er geen passende activiteiten zijn (gaten in de markt)

7. Hoe begeleiden jullie de deelnemers gedurende het traject in het algemeen en de activiteit in het bijzonder?

Probes: Contact met de deelnemers, ondersteuning bij activiteit, frequentie contact, evaluatie

8. Wat voor effecten van Welzijn op Recept zien jullie bij de deelnemers?

- ➔ Wat leren ze?
- ➔ Waarin ontwikkelen ze zich?
- ➔ Wat voor veranderingen zien jullie?

Probes: Vaardigheden (zelfmanagementvaardigheden! – eigen regie, empowerment), behoeften, interactie, persoonlijke ontwikkeling, bewustwording, geluk, welbevinden

Behoeften:

- *Comfort:* Bv. vermindering van psychische of lichamelijke klachten, afwezigheid van pijn/stress
- *Stimulatie:* Bv. geen verveling, lichamelijk geactiveerd
- *Affectie:* Bv. contact met anderen, verbondenheid
- *Gedragsbevestiging:* Bv. het idee dat je er toe doet en erbij hoort
- *Status:* Bv. het inzetten van talenten of vaardigheden

Zelfmanagement vaardigheden (voorbeelden SMAS-30 vragenlijst):

- *Initiatief nemen:* Hoe vaak neemt u het initiatief tot het contact met de mensen om u heen?
- *Zelfeffectief zijn:* Lukt het u om plezierige bezigheden te vinden en om leuke contacten met anderen te hebben?
- *Investeren in hulpbronnen:* Doet u wel eens iets kleins met de contacten die u heeft? Zorgt u voor voldoende vaste bezigheden zodat u actief bezig blijft?
- *Positief toekomstperspectief:* Verwacht u dat u, in de toekomst, zich kunt blijven redden? Verwacht u in de toekomst leuke bezigheden te hebben?
- *Zorgen voor multifunctionele hulpbronnen:* De bezigheden waar ik plezier aan beleef doe ik samen met anderen, mijn hobby's doe ik samen met anderen, ik doe gezellige dingen met anderen
- *Zorgen voor variatie in hulpbronnen:* Hoeveel hobby's/vaste bezigheden heeft u? Een vertrouwelijke band met mensen

9. Wat zijn volgens jullie belangrijke factoren zodat deelnemers het traject met succes kunnen voltooien?

Probes: Waarom? Voorbeelden, interne en externe factoren, zelfmanagementvaardigheden, belemmerende factoren (wat zijn factoren waarom het niet lukt en hoe komt dit?)

Afsluiting

We zijn bijna aan het einde gekomen van de focusgroep. Als afsluiting zou ik jullie graag willen vragen om een algemeen oordeel te geven over Welzijn op Recept. Wat zijn sterke punten en wat zijn punten ter verbetering?

Probes: Toegankelijkheid, werkwijze, kwaliteit, effect, persoonlijke ervaring

Dan wil ik jullie hartelijk danken voor jullie medewerking en input. Persoonlijk vond ik het (*deel een korte positieve indruk van de bijeenkomst*).

Vervolgens zal ik het gesprek uitwerken en hier een verslag van maken die ik kan gebruiken voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Als ik het onderzoek volledig heb afgerond, zal ik het natuurlijk ook met jullie delen.

Doorvragen:

- Wat bedoel je met ...?
- Dat is interessant. Kun je daar meer over vertellen?
- Kun je een voorbeeld noemen van wat je bedoelt?
- Wat maakt dat je dat zo voelt?
- Ik begrijp het niet helemaal. Kun je het uitleggen?
- Is dat belangrijk voor je?

Bijlage 6: Codeboek

Thema	Code	Type	Beschrijving	Participant(en)	Voorbeeld uit de data
Achtergrondinformatie	Algemene achtergrondinformatie participant	deductief	Deze code wordt toegekend als participanten iets vertellen over hun even of over hun werk. Bij de deelnemers gaat dit bijvoorbeeld over leeftijd, werk, hobby's, gezinssituatie etc., bij verwijzers gaat dit bijvoorbeeld om functiebeschrijving of lengte van hun dienstverband en bij de welzijnscoaches gaat het bijvoorbeeld om hoelang ze al werkzaam zijn als welzijnscoach en hoe ze ermee in aanraking zijn gekomen.	Deelnemer/ verwijzer/ welzijnscoach	'Nou ja, wat ik graag doe; kijk, ik vind het leuk om dingen te maken en de laatste tijd begint het weer een beetje te kriebelen dat ik weer ideeën krijg. Ik ben dat ja, door de ziekte en ja doordat mijn man overleden is, ben ik dat een poos kwijt geweest. Dus dat is wel fijn dat dat terugkomt.'
Subjectieve ervaringen	<i>Ervaringen met Welzijn op Recept</i> Persoonlijke ervaring	deductief	Deze code wordt toegekend als de participanten iets vertellen over hun ervaring met Welzijn op Recept en wat ze ervan vinden.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	Nou, mee te doen; ik was blij met alle hulp die ik kreeg. Want ik ik redde het gewoon niet in mijn uppie. Tenminste ik had het gevoel dat ik helemaal in mijn eentje het moest moest doen. Het is gewoon fijn dat er zo nu en dan even iemand meeluistert, even een kleine tip geeft toch even... Ja weet ik niet, het is ja. Ja vooral ook het luisterde oor dat, weet je van, het meedenken, even ja...'

	Ervaringen van anderen	deductief	Deze code wordt toegekend als de participanten iets vertellen over hoe anderen Welzijn op Recept ervaren en wat anderen ervan vinden, zoals onder andere collega-verwijzers.	Verwijzers	<p>'I: Wat vinden de andere huisartsen en verwijzers ervan?</p> <p>P: Ja die vind dat gewoon een goede toevoeging. We hebben bijvoorbeeld ook praktijkondersteuners die mensen met chronische ziekte helpen en die verwijzen ook heel vaak. Omdat ja, ze wel naar alle nou ja, bijvoorbeeld diabetes van hoe je suiker geregeld is, maar dat is zo veel meer dan alleen de suiker. En vaak als mensen niet weten van hoe ze gezond moeten leven van, ja het is ongelooflijk, maar dat kan, dan kan de welzijnscoach ze toch ook op weg helpen zeg maar. Dus van wat ik voor zover ik het kan overzien is iedereen er wel positief over. Het is echt een toevoeging. Ja.'</p>
	Beïnvloedende factoren verloop traject	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets vertellen over mogelijke (externe of interne) factoren die een rol hebben gespeeld bij hoe het traject is verlopen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om bepaalde omstandigheden die de participant heeft of persoonlijke eigenschappen die invloed hebben gehad op het traject.	Deelnemers	<p>'Jaha meer zelfs meer rust maar weer wat stabielere voelen. Ja, maar er zijn verschillende dingen gebeurd en dan voel ik me helemaal weer van slag en dat kan een paar dagen duren en dan moet ik toch helemaal meer van gebeurt er allemaal wat is dit en waarom reageer ik dat nou weer zo op? Ja en dat maakt het dan wel weer wat lastiger. Ja.'</p>

	Veranderingen en ontwikkelingen in het leven van de deelnemer	deductief	Deze code wordt toegekend als er wordt gesproken over veranderingen en ontwikkelingen die deelnemers hebben ervaren door Welzijn op Recept. Tevens beschrijft deze code ook de veranderingen die de welzijnscoaches en verwijzers zien bij deelnemers.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	'Weet je uuh, dat ik ook weer dingen onderneem en met het huis dat ik het weer.. het was geen puinhoop, maar gewoon, ja, het was hier ook somber en niet, weet je zulke dingen allemaal..'
	Ontwikkeling van zelfmanagementvaardigheden	deductief	Deze code wordt toegekend als er specifiek iets wordt gezegd over de ontwikkeling van (één van) de zelfmanagementvaardigheden (<i>initiatief nemen, self-efficacy, investeren in hulpbronnen, positief toekomstperspectief, multifunctionele hulpbronnen en variatie in hulpbronnen</i>)	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	'Uuuuh (Stilte)... Ja dat het oké is dat ook zelf stappen onderneem, dat het uuh... Dat vooral.. Ook uuh dat ik niet wacht tot andere mensen uuh uuh het contact maken zo een afspraak maken, maar dat ik ook zelf achter dingen aan ga...'
	Welbevinden	deductief	Het eerste doel van Welzijn op Recept is om het welbevinden van mensen met psychosociale klachten te verhogen. Deze code wordt gebruikt als er iets wordt gezegd over het niveau van het welbevinden van de deelnemer. Ook wordt deze code gebruikt voor de veranderingen in het niveau van welbevinden.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	'En dan uiteindelijk bijdraagt aan dat welzijn, dat dat wordt verhoogd, het welbevinden, de veerkracht en eigen regie, om daar daar een groei in te maken. Ik denk dat dat ook...'

	Aanbevelen	deductief	Of Welzijn op Recept wordt aanbevolen aan anderen, zegt iets over het belang ervan. Deze wordt daarom toegekend als deelnemers iets vertellen over waarom zij Welzijn op Recept aanbevelen bij andere mensen of als verwijzers iets vertellen over waarom zij Welzijn op Recept aanbevelen aan andere huisartsenpraktijken.	Deelnemers/ verwijzers	'I: Zou u Welzijn op Recept ook bij andere mensen aanbevelen? P: Ja, dat doe ik al, iedereen die wat heeft, dan zeg ik 'is dat niet wat voor jou?'. Maar dat ken ik helemaal niet, nou en dan die folder erbij van dit en dit.. I: En waarom beveelt u het dan aan? P: Ja, omdat het zo goed is. Dat het zo mensen helpt en steunt en en en over drempels heen kan helpen.'
Effect van Welzijn op Recept op het zorggebruik	Effecten op het zorggebruik	deductief	Het tweede doel van Welzijn op Recept is om het gebruik van de eerstelijnszorg te verminderen. Deze code wordt gebruikt als participanten iets zeggen over de effecten van Welzijn op Recept op het zorggebruik van deelnemers.	Verwijzers/ welzijnscoaches	'En wij zien natuurlijk heel goed het effect dat mensen hier minder aan de telefoon uuh zitten natuurlijk. Dus het heeft heel veel effect ook op dat niveau van dat mensen heel vaak hierheen bellen. He, mensen bellen heel vaak naar de huisarts, dat wist ik ook niet, dan denk ik van 'Wat moet je nou met de huisarts met dat probleem?''
Rol van de verwijzer	Frequentie verwijzen	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets zeggen over het aantal verwijzingen naar Welzijn op Recept.	Verwijzers/ welzijnscoaches	'I: Verwijs je ook mensen naar Welzijn op recept. P: Nee... Ja, heel veel! I: Ja, heel veel? P: Ja, heel veel. I: En om hoeveel mensen gaat dat ongeveer? P: Nou, dat weet ik dus ook niet... Dat is ook heel wisselend, maar dat is zeker nou

					gemiddeld één in de twee weken ongeveer denk ik dat het daar op uit komt. Twee in de maand, drie in de maand soms.'
	Klachten	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets zeggen over de klachten waarmee deelnemers van Welzijn op Recept bij de huisarts komen. Tevens wordt de code gebruikt als participanten iets zeggen over de klachten die deelnemers hebben als ze bij Welzijn op Recept terecht zijn gekomen.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	'I: Oké. En ziet u daar ook een bepaald klachtenpatroon in wat die mensen hebben? P: Uuhm, ja. Het zijn vaak mensen die wat zoekende zijn en nou ja, klachten ontwikkelen en dat is niet eens zo gebaseerd op dat er iets mis is in het lichaam, maar ja, meer dat ze zoekende zijn of het evenwicht niet vinden of ja, wat uit balans zijn. Of uuh nou.... Dat dat iets niet helemaal loopt in het leven zeg maar. En dat vertaalt zich vaak in lichamelijke klachten. I: En over wat voor klachten hebben we het dan? P: Veel hoofdpijnklahten, vooral pijnklachten; hoofdpijn, rugpijn, buikpijn'
	Eigenschappen	deductief	Deze code wordt toegekend als participanten iets vertellen over bepaalde (gemeenschappelijke) eigenschappen die potentiële deelnemers hebben die bij Welzijn op Recept terechtkomen.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	'P: Ja ja, dus het zijn toch de mensen die zoekende zijn, de weg niet zo goed vinden, niet durven of... En uuh naja daarvoor is de welzijnscoach wel goed om ze op weg te helpen.'

	Criteria voor verwijzen	deductief	Deze code wordt toegekend als participanten iets zeggen over mogelijke criteria of overwegingen die een verwijzer heeft of maakt of hij/zij een patiënt al dan niet doorverwijst naar Welzijn op Recept. Daarnaast wordt deze code ook toegekend als participanten iets delen over de redenen waarom mensen worden verwezen naar Welzijn op Recept of hoe ze terecht zijn gekomen bij Welzijn op Recept.	Verwijzers/ welzijnscoaches	P:Uuhm nou kijk, van als ze vaker komen praat je natuurlijk door van en dan kom je erachter van ja, dat bepaalde dingen dan niet in balans zijn in hun leven. En dan bespreek je van 'Zou het kunnen van als je wat meer ondersteuning krijgt van dat dan beter zou gaan en dat je dan minder klachten zult ervaren?'. I: Hummen. P: Uuuh en dan stuur ik ze nou ja, na samenspraak naar Welzijn op Recept om te kijken van naja, die kan gewoon mooi en goed verhaal uuuh of die kan goeie vragen stellen van waar de onbalans in het leven zit zeg maar.'
	Doelgroep	inductief	Deze code wordt toegekend als er iets wordt gezegd over de doelgroep van Welzijn op Recept, dus de groep mensen waarvoor het programma bedoeld is. Uit de gesprekken bleek namelijk dat het soms best lastig is om te bepalen wanneer Welzijn op Recept geschikt is en wanneer écht professionele hulp nodig is.	Verwijzers/ welzijnscoaches	'Ja ja, want je moet, in het begin zoek je even van welke mensen verwijst je eigenlijk? In het begin waren het vooral de eenzame bejaarden. Ja ja, maar het is nou ook gewoon... In het begin zagen we wel van dat we vooral wat oudere mensen verwezen, en nou zijn het toch ook meer jongere mensen die we daar naartoe verwijzen. Ja.'
Rol van de welzijnscoach	<i>Samenwerking</i> Onderlinge samenwerking	inductief	Uit de gegevens blijkt dat de onderlinge samenwerking tussen de welzijnscoaches erg belangrijk is. Deze	Verwijzers/ welzijnscoaches	'En ik denk dat we ook echt moeten blijven investeren in het samenwerking van die welzijnscoaches.

	<p>Samenwerking met andere partijen</p>	<p>inductief</p>	<p>code wordt daarom toegekend aan passages waar participanten iets zeggen over deze onderlinge samenwerking.</p> <p>Ook blijkt uit de gegevens dat de samenwerking met andere partijen belangrijk is. Hierbij valt te denken aan de samenwerking met de verwijzers, maar ook met de activiteitenbegeleiders. Deze code wordt daarom toegekend aan passages waar participanten iets zeggen over de samenwerking met andere partijen.</p>	<p>Verwijzers/ welzijnscoaches</p>	<p>I: Onderling? P: Onderling ja, ik denk dat dat ook een hele belangrijke moet blijven, want heel vaak wordt he, gaat iemand heel zelfstandig werken is prima, maar ik denk dat we ook de kracht zit in dat hun met elkaar samenwerken, dat ook blijft.'</p> <p>'I: En hoe verloopt de samenwerking met de welzijnscoach? P: Dat verloopt goed. Zij uuh zit dan voor voor een deel gewoon bij ons in het gebouw, dus als er wat is, dan kan ze naar mij of ik kan een verwijzing toelichten van uuh. En dan pakt ze het op en als er tussentijds evalueren van dan.. het is gewoon makkelijk om bij elkaar binnen te lopen om even wat even wat gegevens uit te wisselen zeg maar ja. We krijgen altijd wel een schriftelijke rapportage. I: Oké. P: Maar gewoon, als er tussentijds wat iets is dan, nou ja spreken we elkaar even snel. Dus dat is wel heel fijn dat zij hier zit in het gebouw. I: Dus de lijntjes zijn gewoon heel erg kort? P: Ja ja, dat is dat is denk ik wel nou wel voorwaarde voor succes bijna. '</p>
--	---	------------------	--	--	---

	Gesprek(ken) welzijnscoach	deductief	Deze code wordt toegekend als participanten iets vertellen over het de gesprekken tussen de deelnemer en de welzijnscoach. Hierbij gaat het onder andere om hoe de deelnemer de gesprekken met de welzijnscoach heeft ervaren, hoe de gesprekken eruit zagen en wat er is besproken. Tevens gaat het erom hoe de welzijnscoach de gesprekken aanpakt en wat er wordt besproken.	Deelnemer/ welzijnscoach	<p>'I: Ja en daarna is (naam welzijnscoach) hier dus gekomen en wat vond u van dat eerste gesprek?</p> <p>P: Ja, geweldig. Dat is gewoon heel anders die die luistert, die vat dingen samen, uuh die snapt het gewoon beter op een of andere manier. Ja, die nou ja, het is, zo'n gesprek vloeit dat dat dat loopt, het is goed.'</p>
	Kwaliteiten en kennis welzijnscoach	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten een beschrijving geven van de welzijnscoach, wat voor kwaliteiten/eigenschappen hij/zij heeft of als participanten iets zeggen over de kwaliteiten/eigenschappen waarover een welzijnscoach zou moeten beschikken. Ook wordt deze code gebruikt als er iets wordt gezegd over de kennis die een welzijnscoach zou moeten hebben.	Deelnemers/ verwijzers	<p>'Prettig, ja rustig. Was ook iemand die ook luisterde, die ook op één of andere manier ruimte gaf om om ja, hoe moet ik het zeggen, om je verhaal duidelijk te maken.'</p>
	In kaart brengen behoeften en hulpbronnen	deductief	Het is van cruciaal belang dat de welzijnscoach boven tafel krijgt wat de behoeften van de deelnemer zijn en tot wat voor hulpbronnen deelnemers beschikking hebben, aangezien op basis hiervan tot een passende activiteit kan	Deelnemers/ welzijnscoaches	<p>'I: En hoe gaan jullie het gesprek met de deelnemer aan om erachter te komen waar ze echt behoefte aan hebben, wat ze nodig hebben om stappen te kunnen zetten?</p> <p>P4: Vragen stellen, heel veel vragen stellen..'</p>

			worden gekomen. Deze code wordt daarom toegekend aan passages die gaan over het proces van het in kaart brengen van behoeften en mogelijke hulpbronnen, zoals hoe het gesprek met de deelnemer wordt opgepakt om de deelnemer te leren kennen.		
	Behoeften (i.e. instrumentele doelen)	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets zeggen over welke behoeften zij hadden. Vanuit de theorie kan hierbij worden gedacht aan een vijftal fundamentele behoeften: comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status.	Deelnemers/ welzijnscoaches	‘Ik wou graag uuh wat wat mensen ontmoeten ook, om es nouja gewoon ook hier in het dorp is hier en daar zo even spontaan ergens heen te kunnen.’
	Beschikbare hulpbronnen (i.e. derde orde middelen voor productie)	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets zeggen over de hulpbronnen die een deelnemer tot zijn/haar beschikking heeft. Hierbij gaat het zowel om externe hulpbronnen (bv. mobiliteit, gezondheid, tijd en inkomen) en interne hulpbronnen (zelfmanagementvaardigheden).	Deelnemers/ welzijnscoaches	‘Ja, ik bedoel, buiten mijn eigen werkzaamheden om, dat moet wel een beetje op elkaar afgestemd zijn natuurlijk, maar goed. Soms is het heel moeilijk en sommige mensen doen er soms heel moeilijk over, maar goed.’
	Gezondheid deelnemer	deductief	De gezondheid van vormt een belangrijke hulpbron aangezien het voor een groot deel bepaald wat al dan niet mogelijk is voor een deelnemer. Deze code wordt toegekend als	Deelnemer/ welzijnscoach	P: Uuh nu momenteel gaat het redelijk de goede kant op. Ik was altijd gezond. Ik had nooit geen klachten. Kon ook alles wel aan en toen ben ik van vakantie teruggekomen, toen heb ik zware longontsteking gehad.

			participanten iets zeggen over de gesteldheid van zowel de lichamelijke als psychische gezondheid van de deelnemer.		Daar ben ik heel lang heel moe van geweest en naar de huisarts iedere keer gegaan en die ja herstellingen van longontsteking duurt lang. En toen had ik een vervangende arts en zij zegt van 'Dat zijn geen longklachten, maar hartklachten.'
	Beschikbare latente hulpbronnen (i.e. vierde orde middelen voor productie)	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets zeggen over de latente hulpbronnen die een deelnemer tot zijn/haar beschikking heeft. Hierbij gaat het om dingen die de deelnemer vroeger graag deed en wat voor talenten hij of zij heeft/had. Dit kunnen aanknopingspunten bieden voor een passende activiteit.	Deelnemers/ welzijnscoaches	'P2: En soms is dat niet altijd een activiteit buiten de deur. Soms is dat iemand, mijn eerste cliënt was dat, en zij had een borduurmachine bij haar thuis staan, had ze al maanden niet achter gezeten, dus kon zichzelf er niet toe zetten. Omdat ze van allerlei nou ja, allerlei dingen bezig was in haar hoofd met een man waarbij de gezondheid niet goed ging, zat zelf niet lekker in mijn vel. En om dan de eerste stap te zetten; 'Maar wat wil je dan graag?' 'Ja, eigenlijk wil ik gewoon weer achter mijn met machine zitten'. En nou ja, 'Wat is daarvoor nodig?' van 'He, eigenlijk moet ik het maar gewoon doen..'. 'Nou, wanneer past dat dan?'. En dan ga je heel erg proberen het zo concreet mogelijk te maken en daar heb je dan zo'n stappenplannetje voor, dat opschrijven en de week daarna kwam ze weer met met van alles aanzetten.'
	<i>Positieve gezondheid</i>				

	<p>Uitgangspunt van positieve gezondheid</p>	deductief	<p>Deze code wordt toegekend als participanten iets zeggen over de stroming van positieve gezondheid vanuit de theorie (bijvoorbeeld uitgangspunten, aanknopingspunten etc.).</p>	Verwijzers/ welzijnscoaches	<p>‘P3: En en uuh terwijl als je kijkt naar Positieve Gezondheid, wat daar eigenlijk in de basis ligt dat is die eigen regie en die eigen regie die die probeer je naar boven te stimuleren zeg maar door dat contact wat je hebt. Waardoor diegene zelf bepaalt van maar ja ‘Wat wil ik?’. Dus met de vraag die ik heb en dat je dus niet de kwik-fix hebt van ‘Oké, nou ga maar naar de mannschuur of...’.</p>
	<p>Spinnenweb van positieve gezondheid</p>	inductief	<p>Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid wordt door de welzijnscoaches ingezet als gespreksinstrument. Dit gespreksinstrument bestaat uit zes verschillende gezondheidselementen waar de deelnemer een waardering op kan geven. Deze code wordt toegekend als participanten iets vertellen over het gebruik en toepassing van het Spinnenweb.</p>	Verwijzers/ welzijnscoaches	<p>‘P2: Vanuit dat Spinnenweb: ‘Wat wil je als eerste? Wat gaat goed? Wat wil je als eerste veranderen?’. Komt daar iets uit en dan weer verder gaan trechteren van ‘Wat wil je dan? Iets op het gebied van sociale contacten of juist iets op beweging?’. Soms is het een combinatie. En het is ook uitproberen. Of bijvoorbeeld, nou een voorbeeld daarvan; uuh gezelschapsverzoeken, als iemand bijvoorbeeld behoefte heeft aan een maatje om die dan aan elkaar te koppelen. En nou, dan moet er natuurlijk ook eerst een klik zijn voordat dat weer verder kan groeien. Ja, soms is het gewoon experimenteren; wat past en soms past even iets niet, nou dan ga je samen verder kijken.’</p>

	Sociale kaart	deductief	Het is voor welzijnscoaches van belang om op de hoogte te zijn van de actuele sociale kaart in de omgeving. Deze code wordt toegekend als participanten iets zeggen over hoe ze kijken wat de mogelijkheden voor activiteiten zijn en hoe ze het aanbod van activiteiten up-to-date houden. Tevens wordt deze code toegekend als participanten iets zeggen over wat ze doen bij 'gaten op de markt'.	Verwijzers/ welzijnscoaches	'I: En als we kijken naar, als iemand toch een bepaalde activiteit nodig heeft. Hoe blijven jullie op de hoogte van de sociale kaart? P1: Netwerken. P4: Netwerken, ja. En er is hier een sociale kaart Midden-Groningen, die ook uuh ja... Maar soms ook nou ja, soms als ik iemand niet ken of ik hoor iets van iemand, dan kijk ik of ik daarmee in contact kan komen om even weer te horen van 'Goh, wat is.. wat doe je precies?.'
	Passende activiteit (i.e. tweede orde middelen voor productie)	deductief	Het is belangrijk dat de activiteit <i>passend</i> is bij de deelnemer. Dit hangt onder andere af van een aantal eigenschappen van de activiteit en of het aansluit bij de behoeften van de deelnemer. Deze code wordt daarom toegekend als participanten iets vertellen over de activiteit en of de activiteit al dan niet bij hen of bij de deelnemer past.	Deelnemers/ welzijnscoaches	'I: P: Nou ja, ik ik het waren stuk of 30 dames en ik ken niemand, dus ik ben al lang blij dat ik nog een paar namen weet. Maar nee, oké ja. Ik werd er bij betrokken en zo nu en dan kwam er even iemand een praatje maken, dus nee het was gewoon heel fijn. Was echt.. ik voelde me welkom. Ja.'
	Contact welzijnscoach	deductief	Het contact tussen de deelnemer en de welzijnscoach is erg belangrijk. Deze code wordt daarom gebruikt als participanten iets vertellen over het contact tussen de deelnemer en de	Deelnemers/ welzijnscoaches	'P: Ja ja. Maar ik ben met een goed gevoel weggegaan na het eerste intakegesprek en toen via mailtje contact nog contact over dit of dat en dat allemaal. Alles perfect, goed om ingehaakt ja. Goeie goeie manier

			welzijnscoach, zoals hoe vaak er contact is, wat deelnemers van deze frequentie vinden en hoe deelnemers het contact ervaren. Ook wordt deze code toegekend als de participanten iets zeggen over vanaf wanneer ze bij de welzijnscoach zijn.		om toch mensen een trap onder de kont te geven van he, eventjes doen of niet doen natuurlijk, het is net wat je wilt.'
	Ondersteuning/begeleiding	deductief	De ene deelnemer heeft meer ondersteuning/begeleiding nodig dan de ander gedurende het traject. Sommige deelnemers vinden het daarnaast bijvoorbeeld fijn dat de welzijnscoach mee gaat naar de eerste keer dat ze naar de activiteit gaan. Ook is de begeleiding bij de desbetreffende activiteit van belang. Deze code wordt daarom toegekend als participanten iets zeggen over de begeleiding van de welzijnscoach in het algemeen of over de begeleiding bij de activiteit.	Deelnemers/welzijnscoaches	'I: Ja mooi... En bent u daarin ook begeleid? Toen u naar die activiteit ging? P: Naja (naam welzijnscoach) heeft het dus geopperd, maar verder heb ik dat zelf gedaan en dat was oké. Ja, maar ja, ook, dat was dan ook weer zoiets weet je van gewoon in je uppie erop af. En nou ja, dat is het ook, maar die vrouw van internet, die van het wandelen weet je wel, dat heb ik ook in mijn eentje gedaan en ja nou ja, dat dat geeft wel een kick.'
Rol van de deelnemer	Verwachtingen	deductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets vertellen over verwachtingen die een deelnemer heeft van Welzijn op Recept voordat hij of zij met het traject begint. Hierbij gaat het voornamelijk om wat iemand denkt te verwachten van het gehele traject, maar ook van de activiteit.	Deelnemer/verwijzer	'I: En ging nu ook met een bepaalde verwachtingen dit traject – om het zo maar te noemen – in? P: Nee, ik sta – dat is net zoals eigenlijk met dit interview – eigenlijk heel open in van ik zie wel. Als de klik er is, dan is dat klik der en als die er niet is, dan moet je dat ja dan moet je dat verbreken of zo. Ja nee, ik sta

					daar open in, ik laat ik laat het op me afkomen.'
	Intrinsieke motivatie	deductief	Het is van cruciaal belang voor het succes van Welzijn op Recept dat de deelnemer intrinsiek gemotiveerd is om iets te veranderen aan zijn/haar situatie. Deze code wordt gebruikt als participanten hier iets over vertellen of iets zeggen wat duidt op deze intrinsieke motivatie.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	'P1: Maar ik denk ook dat de kans van slagen als iemand als je bijvoorbeeld iemand gelijk de oplossing geeft van he deze activiteit kun je doen, de kans van slagen dat iemand daadwerkelijk echt gelukkig van gaat zijn is heel klein denk ik. Want ik denk dat die stap om dat ineens te gaan doen, is gewoon heel groot. Terwijl als je dat opgebouwd in een proces inderdaad, dan enthousiasmeer en stimuleer je mensen ook meer zeg maar. P4: En dan kom je vaak tot iets wat ook écht bij iemand past. En het mooiste is dat iemand zelf komt met zo'n idee van 'He misschien is dat wel iets'. P2: Je stimuleert de intrinsieke motivatie.'
	Therapietrouw	deductief	Het is belangrijk dat de deelnemer zich houdt aan de afspraken die zijn gemaakt met de welzijnscoach en/of activiteitenbegeleider om het traject met succes te kunnen voltooien. Deze code wordt daarom toegekend als participanten iets vertellen over deze kenmerken van terapietrouw.	Deelnemers/ welzijnscoaches	'P: Ik zei 'Voor mij is dit gewoon heel moeilijk'. Ze zei 'Maar ik denk dat het wel iets voor je is'. Ik zei 'Ik probeer het ook gewoon, ik ga wel door'. Maar ik zei 'Maar ja, dit is de eerste les en ik zit al zo' (zegt de participant lachend). Dus ja..'

	Zelfmanagementvaardigheden	deductief	Om het traject met succes te kunnen voltooien, dient de deelnemer over een aantal zelfmanagementvaardigheden te beschikken. Deze code wordt toegekend aan passages die gaan over het beschikken over deze zelfmanagementvaardigheden.	Deelnemers/ welzijnscoaches	‘P: Kijk, die lifecoach, die wordt je aangeboden via de arts, die heeft naar je geluisterd en die speelt dat dan door. En op een gegeven moment dan dan wordt iets uuuuh dan wordt dat aan je gegeven. Je geeft aan wat je leuk vindt, zij maakt de kachel een beetje aan van ‘Dat heb ik, dat heb ik. Nou denk daar een over na’. Dat en dat, wat dan ook. Maar je moet gewoon in staat zijn om dat zelf te gaan... he, je moet zelf, je moet het zelf doen. Echt.’
Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen	Nut/toegevoegde waarde van Welzijn op Recept	inductief	Deze code wordt gebruikt als participanten iets vertellen over wat voor toegevoegde waarde Welzijn op Recept heeft. Hierbij gaat het onder andere als ze iets zeggen over waarin Welzijn op Recept zich onderscheidt en waar het op aansluit waar andere domeinen het niet doen.	Deelnemers/ verwijzers/ welzijnscoaches	‘P: Ja, ik denk voor een huisarts is het echt een toevoeging ja. Ja ja, absoluut. Daar moeten ze daar kunnen ze echt meer in investeren. I: En waarin is het het meest een toevoeging? P: Dat je samenwerkt en dat je beter kijkt van ‘Wat past bij de mensen zelf’. Ja. I: Dus dat je echt in kan spelen op de behoeften.... P: Ja, van de patiëntengroep die je hebt. En dat er veel meer is dan huisartsen weten ook hoor. Ja dat ze dat ook leren kennen. En dat is ook heel veel dingen gewoon dus ook daar ook van een bordje af mogen halen.

					<p>I: Dus eigenlijk ook een soort ontlasting van de van de huisarts.</p> <p>P: Ja, ja. En als ze dat goed doen, dan hebben ze gewoon het contact alsnog. Ik bedoel, wij hebben gewoon contact met de mensen nog, (naam welzijnscoach) draagt dat altijd netjes over aan ons.'</p>
	Kracht van Welzijn op Recept	inductief	De aspecten van Welzijn op Recept die de kracht zijn zeggen iets over de werking van het programma en waarom het 'meedoen' aan Welzijn op Recept leidt tot een verhoogd welbevinden. Deze code wordt daarom gebruikt als de participanten iets zeggen over krachtige punten van Welzijn op Recept, zoals het gehele proces en de eigen regie van de deelnemers.	Verwijzers/ welzijnscoaches	<p>'P: Nee, want ik denk dat Welzijn op Recept dus ook probeert te kijken en dat is wel de kracht nu nog van naar het geheel. Alleen wat zij ook graag willen is steeds weer van van een matching van een activiteit of een ondersteuning, punt. Terwijl ik denk van, het zit vaak ook in het hele plaatje.</p> <p>I: Ja, de gesprekken met de mensen.</p> <p>P: Ja.</p> <p>I: Meer het proces dat het is.</p> <p>P: Ja, precies. En niet in een doel op zich weet je wel.'</p>
	Ontwikkelingspunten Welzijn op Recept	inductief	Deze code wordt toegekend als participanten iets zeggen over wat 'beter' zou kunnen bij de implementatie van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen, dus aspecten waar het zich nog in kan ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn de bekendheid/zichtbaarheid en de integratie in het zorgsysteem.	Verwijzers/ welzijnscoaches	<p>'P1: En het ligt soms ook nog wel eens gevoelig bij een praktijk. Zoals bij de ene praktijk sta ik op de website, ja, bij (plaats) sta is er gewoon bij. En bij de ander heb ik het ook aangekaart of dat misschien mogelijk zou zijn, dan kunnen mensen het ook zien. 'Ja, maar je zit niet bij deze praktijk'. En toen dacht ik 'Nou, dat is veel te kort door de bocht'. Maar ik heb daar</p>

					geen plek, zeg maar, ik heb geen ruimte. En ze zei 'Als je geen ruimte hebt, dan is dat ook moeilijk voor mensen om dat te beseffen dat je dan wel bij de praktijk hoort' ofzo.'
	Toekomstverwachting	inductief	Deze code wordt toegekend als participanten wat delen over de toekomstverwachting van Welzijn op Recept in de gemeente Midden-Groningen. Hierbij gaat het onder andere over de borging van het programma en de financiering ervan.	Verwijzers/ welzijnscoaches	'P4: Maar ik vind dan ook, nou ja, we zitten nu al in die onderzoeken, jij (P4 kijkt naar I) bent dan met onderzoek bezig, (naam) is bezig he met dat onderzoek... Ik hoop ook wel op een gegeven moment dat we af zijn van die elke keer maar weer.. 'Oh, het is nu ook weer voor een half jaar verlengd' zeg maar, wat wij doen. P1: Structureel maken. P4: Ja, en dat dat vind ik wel ja, wat is er voor nodig zeg maar om nou ja, uiteindelijk nou ja, de gemeente te overtuigen? Maar ik denk ook als het wegvalt, geeft dat ook een heel raar signaal af naar de huisartsen, die er enthousiast over zijn. Dus ik ben wel heel benieuwd hè, hoe dat spel uitgespeeld zal worden.'