

# Wat te doen aan de sociale oorzaken van ziekte?

Peter Lucassen, Imke Rasing, Huub ter Haar, Henk Schers, Tim olde Hartman

**Bij veel klachten in de huisartsenpraktijk speelt sociale problematiek een rol. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen via een 'sociaal recept' verwijzen naar een niet-medische instantie voor het aanpakken van risicofactoren, financiële problemen, eenzaamheid of chronische psychiatrische klachten. Meestal gaat het dan om gezamenlijke activiteiten onder begeleiding of om laagdrempelig advies bij bijvoorbeeld financiële problemen. Het veld is nog jong, het aanbod is divers en lang niet overal even groot. Om een sociaal recept effectief te kunnen inzetten, moeten huisartsen goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en de patiënt kunnen motiveren. De effectiviteit van het sociaal recept is nog onvoldoende onderbouwd, maar de patiënttevredenheid is meestal groot en het lijkt een veelbelovende toevoeging aan de gereedschapskist van de huisarts.**

Gezondheid en ziekte worden voor een belangrijk deel bepaald door sociale factoren. In Nederland heeft naar schatting 30% van de huisartsconsulten een sociale achtergrond.<sup>1,2</sup> Mensen met een lagere sociaal-economische status hebben vaker chronische ziekten zoals diabetes en depressie, en hun levensverwachting is veel lager dan die van mensen in betere omstandigheden. De oplossing voor een groot deel van de sociaal-economische oorzaken van slechte gezondheid (woonstandigheden, inkomensverschillen, milieuverontreiniging) ligt bij politiek en overheid. Huisartsen zullen – bewust of onbewust – wel vaak rekening houden met die factoren, maar concreet kunnen ze er weinig aan doen. Dat ligt echter anders bij leefstijl (sterk afhankelijk van de sociale omgeving), financiële problemen en eenzaamheid. Hiervoor bestaat sinds enkele jaren de mogelijkheid van een 'sociaal recept', waarbij een



Een 'sociaal recept' kan de patiënt helpen om de regie weer in eigen hand te nemen.

Foto: Shutterstock

## DE KERN

- Met een 'sociaal recept' kan een huisarts of praktijkondersteuner verwijzen naar een niet-medische instantie.
- De verwijzing is meestal voor deelname aan een sociale activiteit of hulp bij financiën en huisvesting.
- Er zijn in Nederland een aantal initiatieven die uitgaan van de concepten 'positieve gezondheid' en 'positieve psychologie'.
- Om het sociaal recept effectief te kunnen inzetten, moet de huisarts goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en de patiënt goed kunnen motiveren.
- De effectiviteit is nog onvoldoende onderbouwd, maar de patiënttevredenheid is groot.

medische instantie verwijst naar een niet-medische instantie.<sup>3</sup> Dit nieuwe veld ligt in het verlengde van het maatschappelijk werk. Sommige interventies houden in dat de patiënt gaat deelnemen aan een sociale activiteit, waardoor de leefstijl in gunstige zin verandert, de eenzaamheid vermindert en de zelfredzaamheid verbetert, zodat mensen de regie weer in eigen hand kunnen nemen.<sup>4</sup> Een andere vorm is bijvoorbeeld een verwijzing naar een nuldelijns hulpverlener die deskundig is op het terrein van gemeentelijke voorzieningen en het bij elkaar brengen van mensen. Gemeenschappelijk uitgangspunt is steeds de beweging van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'. Wat huisartsen nodig hebben om het sociaal recept effectief te kunnen gebruiken, is kennis van de lokale mogelijkheden – die erg kunnen verschillen – en de vaardigheid om patiënten te motiveren. Datzelfde geldt voor de POH-s en de POH-ggz.

In deze beschouwing geven wij een overzicht van de ons bekende initiatieven. Dit overzicht kan dienen als gids voor het verwijzen van patiënten en als inspiratie om zelf initiatieven te ontwikkelen. Tot slot gaan wij kort in op de effectiviteit van het sociaal recept.

## VORMEN VAN HET SOCIAAL RECEPT IN NEDERLAND

Het sociaal recept gaat uit van het gegeven dat gezondheid en welzijn niet alleen bepaald worden door lichamelijk en mentaal functioneren, maar ook door het functioneren van de patiënt in de maatschappij. Het toepassingsgebied is breed en reikt van risicofactoren (roken, weinig bewegen, adipositas) naar ziekte (diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten), eenzaamheid, financiële problemen en chronische psychiatrische problematiek. Veel initiatieven zijn gebaseerd op de concepten 'positieve gezondheid' en 'positieve psychologie'. Het doel is niet in de eerste plaats genezing, maar verhoging van het welzijn door beter functioneren. De interventies zijn vaak groepsactiviteiten zoals een gecombineerde leefstijlinterventie (bewegen, stoppen met roken, kooklessen) of een groepsactiviteit gericht op ervaren eenzaamheid.

## Welzijn op recept

'Welzijn op recept' is een al wat langer bestaande vorm van sociaal recept waarbij de huisarts mensen verwijst naar een welzijnscoach die met de patiënt op zoek gaat naar een geschikte activiteit. Het gaat dan om klachten zoals piekeren, slecht slapen, moeheid, hoofdpijn en nek-, schouder- en rugklachten, die vaak te maken hebben met psychosociale problematiek (eenzaamheid, verlieservaringen, relatieproblemen). Het is de bedoeling dat de patiënt positieve ervaringen en sociale contacten opdoet door betekenisvolle activiteiten en dat dat zorgt voor een betere ervaren gezondheid. Symptoomvermindering is zeker niet het eerste doel. Kernelementen zijn verwijzing door de huisarts (beoordeelt de geschiktheid van de patiënt), ondersteuning door de welzijnscoach (beoordeelt de juistheid van de verwijzing, zoekt naar een passende activiteit) en de uiteindelijke activiteit (sluit aan bij de wensen en behoeften van de patiënt). Activiteiten waarnaar vaak verwezen wordt, zijn creatieve activiteiten, sport en beweging en vrijwilligerswerk. Welzijn op recept is beschikbaar in 90 gemeenten.<sup>5</sup>

## Herstelcirkel in de wijk

'Herstelcirkel in de wijk' is een samenwerkingsverband van het Radboudumc, een multidisciplinaire zorggroep in Nijmegen en een zorginnovatiebureau, met financiële ondersteuning van een zorgverzekeraar. Doel is de regie en verbinding van mensen met een chronische aandoening te bevorderen met behulp van leefstijlactiviteiten die door het sociale netwerk worden gestimuleerd. De interventies zijn complementair aan de gewone zorg en ze zijn zowel gericht op mensen met een chronische lichamelijke aandoening, zoals diabetes mellitus, als op mensen met chronische psychische klachten. Die laatste, aanzienlijke groep zijn bijvoorbeeld patiënten met angstklachten of depressiviteit die uitbehandeld zijn of niet meer gemotiveerd zijn voor een behandeling.

Het idee is dat de deelnemers iets willen veranderen, omdat ze het gevoel hebben in een vicieuze cirkel terecht te zijn gekomen. Samen met een Leefkrachtcoach stellen ze een individueel veranderplan op en vervolgens gaan ze meedoen met een activiteitengroep. De deelnemers bepalen zelf wat voor activiteiten dat zijn – bijvoorbeeld kookworkshops, excursies naar de supermarkt, wandelen of ontspannen. Herstelcirkel in de wijk is beschikbaar in verschillende gemeenten in Gelderland.

## Krachtige basiszorg

'Krachtige basiszorg' is een initiatief van huisartsen in de Utrechtse wijk Overvecht. Dit project is gestart omdat inwoners van achterstandswijken vaak een complexe mix van lichamelijke, psychische en maatschappelijke problemen hebben, die blijven bestaan als er geen aandacht is voor de sociale kant. Het project is gebaseerd op de 4 doelen van het zogeheten 'quadruple aim model': voor de wijkbewoners een betere gezondheid en betere ervaren kwaliteit van zorg, voor de professionals meer werkplezier en minder werkdruk, en voor de gezondheidszorg minder kosten [kader]. Belangrijke

elementen om dat te bereiken, zijn structurele samenwerking met andere professionals in de wijk en meer tijd uittrekken voor de patiënt. In het contact met de patiënt proberen de huisartsen de problemen volledig in beeld te brengen volgens het 4D-model: fysiek, psychisch, sociaal en maatschappelijk.<sup>6</sup> Inmiddels hebben huisartsenpraktijken in Utrecht, Rotterdam, Den Haag en Amsterdam zich aangesloten bij Krachtige basiszorg.

#### QUADRUPLE AIM

- Verbeteren van de gezondheid van de bevolking
- Verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg
- Verlagen van de werkdruk voor professionals
- Verlagen van de zorgkosten

### Blauwe zorg

‘Blauwe zorg’ is een beweging die in 2013 werd gestart door een zorgverzekeraar in samenwerking met Maastricht UMC+, Burgerkracht Limburg en de eerstelijnszorgorganisatie ZIO. Inmiddels hebben veel financiers en zorgaanbieders in de regio Maastricht-Heuvelland zich hierbij aangesloten. Doel van de beweging is de ouderenzorg, ggz, ziekenhuiszorg, transmurale zorg en farmacie in de wijk te laten samenwerken zodat hun zorg doelmatiger wordt, en een cultuurverandering teweeg te brengen bij bestuurders, managers, professionals en zorgvragers. Ook hier zijn de uitgangspunten ‘positieve gezondheid’ en het quadruple aim [kader]. ‘Blauwe zorg in de wijk’ is een uitwerking van het sociaal recept in 4 Maastrichtse achterstandswijken. De ambitie is voor de bewoners meer gezondheid en een betere kwaliteit van leven te bewerkstelligen tegen minimaal gelijkblijvende kosten, in een leefomgeving die dat bevordert. Dat gebeurt bijvoorbeeld door een gezinsregisseur voor kwetsbare gezinnen in te zetten, waarbij veel hulpverleners uit verschillende domeinen betrokken zijn.

### Vitaal Vechtdal

Vitaal Vechtdal is bedacht door een huisarts uit Ommen en een bestuurder van het regionale ziekenhuis. ‘Positieve gezondheid’ is ook hier het uitgangspunt, met veel activiteiten die bijdragen aan de vitaliteit en gezondheid van de bevolking. De beweging probeert een gezonde leefstijl te bevorderen door gezamenlijke activiteiten zoals samen wandelen, aandacht voor roken en alcoholgebruik, en het verspreiden van gezonde en goedkope maaltijden in samenwerking met een mbo-school. Verder stimuleert de beweging bij ondernemers aandacht voor de vitaliteit van hun werknemers en steunt ze sociale activiteiten ter bestrijding van eenzaamheid en ter bevordering van geletterdheid bij mensen met een taalachterstand.

### De dorpsondersteuner

Een aantal plattelandsgemeenten in Brabant, Limburg, Gelderland en Groningen is een andere weg naar kleinschalige,

wijkgerichte zorg ingeslagen. Dorpen krijgen een dorpsondersteuner die de leefbaarheid in het dorp bevordert, eenzaamheid tegengaat en de zelfredzaamheid vergroot.<sup>7</sup> De dorpsondersteuner woont zelf in het dorp, is laagdrempelig bereikbaar en werkt samen met alle andere hulpverleners in het dorp. De dorpsondersteuner organiseert bijvoorbeeld bijeenkomsten waar mensen contact met elkaar kunnen hebben of zet een groep op van mensen die bij anderen kleine klusjes doen. Een specifieke taak van de dorpsondersteuner is hulp bij financiën (WMO-aanvragen, budgetbewaking) en huisvesting. Dorpsondersteuners worden meestal bekostigd vanuit gemeentelijke WMO-gelden.

### EFFECTIVITEIT

Over een aantal van de hierboven genoemde projecten zijn evaluatierapporten gepubliceerd. Steeds weer blijkt dat de tevredenheid van de deelnemers – zowel zorgvragers als zorgverleners – groot is, terwijl de kosten van de gezondheidszorg minstens gelijk bleven.<sup>4,8,9</sup> De dorpsondersteuner leek het welzijn zelfs te vergroten tegen minder kosten.<sup>7,10</sup>

De toetssteen bij uitstek voor de effectiviteit van een interventie is gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Zulk onderzoek is voor zover ons bekend in Nederland niet uitgevoerd, maar wel in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De resultaten zijn samengevat in een aantal systematische reviews.<sup>11-15</sup> Deze reviews bevestigen dat de meeste deelnemers erg tevreden zijn over de interventie, maar vinden geen consistent effect op relevante uitkomsten. Veel van de geïncludeerde RCT's waren slecht vergelijkbaar omdat de uitkomstmaten verschillen, en de aantallen klein zijn. Wel bleek dat een intermediair (welzijnscoach, leefkrachtcoach, gezinsregisseur, dorpsondersteuner) tussen verwijzer en activiteit essentieel is voor het succes van een sociaal recept. Essentieel is ook de eerste stap: verwijzen naar de juiste intermediair. De huisarts moet dus goed op de hoogte zijn van de voorwaarden voor en de mogelijkheden van de interventie.<sup>16</sup>

Alle reviews concluderen dat het sociaal recept beter moet worden onderbouwd, liefst met RCT's van voldoende grootte, met vergelijkbare uitkomstmaten en een voldoende lange follow-up, waarbij ook duidelijk is welk onderdeel van het quadruple aim het doel is van de interventie. Het sociaal recept is echter een complexe interventie en de effectiviteit ervan is moeilijker vast te stellen dan die van enkelvoudige interventies, zoals een geneesmiddel.<sup>17-19</sup> Een van de problemen bij een RCT is dat de effectiviteit van het sociaal recept sterk afhangt van degenen die het uitvoeren: huisarts, intermediair, groepsbegeleider en deelnemer. Zij zullen op basis van hun eigen inzichten de interventie steeds aanpassen aan de lokale context. Langzamerhand groeit het inzicht dat RCT's ongeschikt zijn om de effectiviteit van complexe interventies aan te tonen en dat *realist evaluations* en *realist reviews* geschiktere instrumenten zijn. Realistische onderzoeksmethoden laten geen algemeen geldende uitspraken toe over de effectiviteit van een complexe interventie, maar geven wel aan welke interventie werkzaam is voor wie en in welke context.<sup>20,21</sup>



## TOT SLOT

Het sociaal recept doet recht aan de sociale oorzaken van gezondheidsproblemen, maar is nog te weinig bekend en onvoldoende onderbouwd. Niettemin is het een veelbelovend concept dat grootschalig onderzoek verdient. Om het sociaal recept effectief te kunnen inzetten, moet de huisarts goed op de hoogte zijn van de lokale mogelijkheden en in staat zijn patiënten goed te motiveren voor een dergelijke verwijzing. ■

## LITERATUUR

1. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* 2014;129 Suppl 2:19-31.
2. Heijnders ML, Meijs JJ. 'Welzijn op recept' (Social prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2018;19:223-31.
3. Buck D, Ewbank L. What is social prescribing? [www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing](http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing), geraadpleegd 11 januari 2021.
4. Heijnders M, Meijs JJ. Handboek 'Welzijn op recept': Zorg en welzijn maken samen het verschil. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2019.
5. Sinnema H, Smiesing J, De Ruiter M, Vossepoel L, Bolier L, Muntingh A et al. Welzijn op recept: Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. Utrecht: Trimbos Instituut, 2014.
6. Leemrijse C, Korevaar J. Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd. Utrecht: Nivel, 2021.
7. Wijnands-Hoekstra I, Pleunis K, Deusings-Klerks M, Van der Meijs C. Rapport Positieve Gezondheid bij professionals en burgers: Resultaten interventies 2017-2020. Maastricht: Blauwe Zorg in de wijk, 2021.
8. Veerbeek M, Van der Velden C, Lokkerbol J, Willems B, Pot AM. Kleinschalige wijkgerichte zorg in Gemert-Bakel: Een studie naar kosteneffectiviteit en succesfactoren. Utrecht: Trimbos Instituut, 2014.
9. Kuijpers A, Schers H. Herstelcirkel in de wijk. Een andere diabetesaanpak. *Tijdschr Gezondheidswet* 2019;97:16-9.
10. Jong-A-Pin R. Evaluatie van de dorpsondersteuner. Groningen: Aletta Jacobs School of Public Health, 2020.
11. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:5276.
12. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality: A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7:e013384.
13. Gottlieb LM, Wing H, Adler NE. A systematic review of interventions on patients' social and economic needs. *Am J Prev Med* 2017;53:719-29.
14. Alderwick HA, Gottlieb LM, Fichtenberg CM, Adler NE. Social prescribing in the US and England: emerging interventions to address patients' social needs. *Am J Prev Med* 2018;54:715-8.
15. Pescheny JV, Randhawa G, Pappas Y. The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence. *Eur J Public Health* 2019;30:664-73.
16. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2018;18:86.
17. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:a1655.
18. Bonell C, Fletcher A, Morton M, Lorence T, Moore L. Realist randomized controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Soc Sci Med* 2012;75:2299-306.
19. Marchal B, Westhorp G, Wong G, Van Belle S, Greenhalgh T, Kegels G, et al. Realist RCTs of complex interventions – an oxymoron. *Soc Sci Med* 2013;94:124-8.
20. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:21-34.
21. The RAMESSES Projects. <https://www.ramesesproject.org>, geraadpleegd 26 juli 2022.

Lucassen PL, Rasing I, Ter Haar H, Schers HJ, olde Hartman TC. Wat te doen aan de sociale oorzaken van ziekte? Huisarts Wet 2022;65:DOI:1577-9.  
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker: peter.lucassen@radboudumc.nl; prof. dr. H.J. Schers, huisarts; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker. Radboudumc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Nijmegen: I. Rasing, arts. Huub ter Haar Innovatie Veerkracht Strategie, Nijmegen: H. ter Haar, eigenaar.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.