

inserted central venous catheter[J]. *Methodist Debaque Cardiovasc J*, 2016, 12(3):177-178.

[38] Hacking M B, Brown J, Chisholm D G. Position dependent ventricular tachycardia in two children with peripherally inserted central catheters (PICCs) [J]. *Paediatr Anaesth*, 2003, 13(6):527-529.

[39] Zhao L, Cao X, Wang Y. Cannulation of the superficial femoral vein at mid-thigh when catheterization of the superior vena cava system is contraindicated[J]. *J Vasc Access*, 2020, 21(4):524-528.

[40] Padeletti L, Bagliani G. General introduction, classification, and electrocardiographic diagnosis of cardiac arrhythmias[J]. *Card Electrophysiol Clin*, 2017, 9(3):345-363.

[41] Ladas T P, Sugrue A, Nan J, et al. Fundamentals of cardiac mapping[J]. *Card Electrophysiol Clin*, 2019, 11(3):433-448.

[42] 周青. 腔内 ECG 特征性 P 波振幅在 PICC 导管尖端定位中的实证研究[D]. 遵义:遵义医科大学, 2019.

[43] 王蕾, 聂圣肖, 孙红. 743 家二级和三级医院静脉治疗现状的调查研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2020, 26(32):4494-4500.

[44] 李江花, 何莉莉, 邸朋沙, 等. PICC 专科护士对心电图定位技术认知及需求的质性研究[J]. *山西医药杂志*, 2020, 49(16):2205-2207.

[45] Connolly B, Amaral J, Walsh S, et al. Influence of arm movement on central tip location of peripherally inserted central catheters (PICCs) [J]. *Pediatr Radiol*, 2006, 36(8):845-850.

[46] Gnannt R, Connolly B L, Parra D A, et al. Variables decreasing tip movement of peripherally inserted central catheters in pediatric patients[J]. *Pediatr Radiol*, 2016, 46(11):1532-1538.

[47] 李倩倩, 王茜. 腔内心电图引导新生儿 PICC 尖端定位的研究进展[J]. *中国护理管理*, 2019, 19(2):306-309.

[48] 邓凤良, 谢铨辉, 李枝国, 等. 儿童 PICC 置管术中导管尖端定位方法的研究进展[J]. *护士进修杂志*, 2019, 34(16):1488-1490, 1498.

[49] 吴文芳, 刘洋. 腔内心电图引导下经外周静脉置入中心静脉导管尖端定位的研究进展[J]. *中华临床营养杂志*, 2018, 26(1):46-49.

[50] 任晓玲, 陈亚娟, 刘敬, 等. 超声监测在新生儿经皮外周静脉置入中心静脉导管尖端定位中的应用[J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2019, 34(18):1398-1400.

[51] Seckold T, Walker S, Dwyer T. A comparison of silicone and polyurethane PICC lines and postinsertion complication rates: a systematic review[J]. *J Vasc Access*, 2015, 16(3):167-177.

[52] Marsh N, Webster J, Mihala G, et al. Devices and dressings to secure peripheral venous catheters to prevent complications[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(6):CD011070.

(本文编辑 吴红艳)

社会处方在社区健康管理中的研究进展

王相淇^{1,2}, 魏丹莲¹, 席晨曦¹, 覃琦¹, 马宏文²

Advances in social prescribing in community health management Wang Xiangqi, Wei Danlian, Xi Chenxi, Qin Qi, Ma Hongwen

摘要:介绍社会处方的产生与发展、相关概念、经典转诊路径,分析社会处方发展面临的机遇和挑战,提出对我国社区健康管理的建议。认为中国社区健康管理应当突破传统医疗模式的局限,关注健康的社会决定因素;加强机构间的联系,激活社区资源,保障护理服务的连续性;非医疗处方与医疗处方相辅相成;充分发挥护理专业优势,是未来护士处方发展的方向。

关键词:社会处方; 社区转诊; 社会决定因素; 社区护理; 健康管理; 综述文献

中图分类号:R473.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.05.104

人们越来越意识到社会、经济和环境因素对个人健康的影响远大于医疗保健^[1]。有学者将一系列直接和间接影响人群健康的社会、经济以及环境因素统称为健康的社会决定因素(Social Determinants of Health, SDOH)^[2]。有证据表明,约 80% 的健康结果与 SDOH 有关,其中社会经济因素对健康的影响最大,占个人所有影响的 40%^[3]。为应对人民群众健康需求的改变,《“健康中国 2030”规划纲要》^[4]中明确提出大卫生、大健康的观念,把以治病为中心转变

为以人民健康为中心,关注生命全周期、健康全过程,进一步健全社区健康管理,加强非医疗健康干预,以满足群众多层次、多样化的健康需求。然而我国社区健康管理仍处于探索阶段,尚未有针对 SDOH 具体可行的解决方案。英国率先提出社会处方(Social Prescribing, SP)以解决影响健康的社会决定因素,目前已取得一定成效并且得到多个国家的认可。本文从社会处方的产生与发展、相关概念以及经典转诊路径三个方面进行介绍,分析社会处方发展面临的机遇与挑战,旨在为健全我国社区健康管理,满足人民群众多层次、多样化的健康需求提供新思路。

1 社会处方的产生与发展

随着以健康为中心护理理念的提出,SDOH 日益受到关注。研究表明,由 SDOH 所产生的心理社会

作者单位:1. 天津中医药大学护理学院(天津,301617);2. 天津市人民医院
王相淇:女,硕士在读,学生
通信作者:马宏文,geilivable_mhw@126.com
收稿:2021-08-10;修回:2021-10-22

需求(或称非医疗需求)如果得不到满足,将会对健康产生不利影响^[5]。超过 10% 患者认为心理社会问题影响了他们的健康^[6]。如果 SDOH 能够得到解决,那么许多疾病是可以预防的。英国的全科医生报告称,20% 的会诊与患者的心理社会需求有关,他们花了大量时间处理与医疗无关的问题,如丧亲、住房、情感问题等^[7]。此外,药剂师也认识到药物并不总是最合适的治疗方法,作为健康促进者,医务人员应该成为人们健康生活方式改变的路标^[8]。然而医务人员在解决与患者社会环境相关的问题方面存在专业知识局限以及时间有限等不足。因此,亟需建立一个解决此类问题所需的额外途径,通过提供一系列社会活动和干预,来满足人群的心理社会需求,同时降低初级医疗保健的成本。社会处方因此而产生。英国率先将社会处方作为新工作方式(New Ways of Working)政策的一部分^[9]。2017 年,英国已有 100 多个社会处方计划,近三分之一的家庭医生使用社会处方^[10]。2018 年,社会处方被确定为支持孤独感患者的主要选择^[11]。此外,社会处方还入选提高全科医生能力,减少医生工作量的“十大高影响力行动”^[12]。同年,健康福利基金(Health and Wellbeing Fund)向英国各地的 23 个社会处方项目投资 450 万英镑,以扩大现有的计划或建立新的计划^[13]。2019 年,英国国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)在长期计划中承诺增加社会处方的使用,在 2020~2021 年年底前招募 1 000 多名训练有素的社会处方工作者,并在之后进一步增加^[14]。同时,将每年的 3 月 14 日设立为社会处方日^[15]。同年 10 月 23 日,英国卫生大臣 Matt Hancock 主持成立国家社会处方协会^[16]。此外,社会处方还被纳入伦敦健康不平等战略、可持续转型计划等一系列政策中^[17]。社会处方已成为英国当前和未来国家卫生服务政策和实践的核心组成部分,以提供以人为本的护理并减少全科医生的工作量^[18]。除英国以外,其他国家对社会处方的兴趣也越发浓厚,德国^[19]、美国^[20]、澳大利亚^[21]等都有关于社会处方的报道。

2 社会处方相关概念

社会处方也称为社区转诊,目前尚未形成一个统一的定义。有研究者将其描述为医疗保健人员将患者转诊给链接工作者(即在医疗保健人员、患者以及当地志愿部门和社区之间建立联系的人员,以解决更广泛的健康决定因素^[22]),共同设计非临床的社会处方,以改善患者的健康和福祉^[23]。NHS 认为社会处方是一种将初级保健中的患者与社区内的支持来源联系起来的方式,以此帮助患者改善健康和福祉^[24]。英国中心论坛精神健康委员会赋予了社会处方更广泛的定义,无论转诊来源如何,一切将患者与社会服务联系起来的机制都属于社会处方^[25]。2020 年,英

国国家社会处方协会则将社会处方定义为一种基于非医疗资源的过程,通过社会处方链接工作者支持人们在个人的优势和偏好的基础上,建立社区联系,发现新的机会,以改善健康和福祉^[26]。尽管社会处方的定义还没有达成一致,但可以明确的是社会处方不是一种干预措施,而是一种方法或者说是一条途径^[2]。社会处方围绕着以健康为中心的护理理念,着眼于 SDOH,旨在以社区资源为基础使用非临床干预措施解决包括住房需求、就业需求、社交需求等影响人群健康的社会因素^[2],并更加侧重于鼓励有支持的自我健康管理,帮助人们朝着促进健康的方向前进。以此减少人群对医疗服务的需求,缓解初级医疗保健的压力。社会处方的服务对象是全人群,关键的目标群体是那些可能需要更高水平的社会和情感支持,来改善福祉和健康的患者,如慢性病患者、老年人、社交隔离或孤独者以及有精神心理障碍的人^[27]。NHS 确定社会处方的四大原则为社区参与、预防、以患者为中心的护理以及综合服务^[28]。

3 社会处方经典转诊路径

社会处方经典的转诊路径是一条可评估、可追踪的途径^[29]。它首先是通过医疗人员识别出患者的非医疗需求(即心理社会需求),然后将患者转诊给链接工作者,接着由该链接工作者与此患者会面,完成个人评估并与患者商讨个性化的活动以及所需要的社会支持,最后链接工作者将患者与以社区资源为基础的社会活动和支持(如园艺、锻炼、艺术或早餐俱乐部等活动,以及就业、住房、育儿、丧亲和法律咨询等方面的支持)联系起来,以改善患者的健康和福祉。此外,由链接工作者定期随访评估,及时调整社会处方计划,确保患者获得适宜的社会支持。随着社会处方不断深化发展,它已不再拘泥于经典的转诊路径,而产生了更加灵活、更加自主的转诊路径。患者可以由医疗人员转诊,也可以参考社会处方计划自主转诊。而转诊可以指向链接工作者,也可以直接指向以社区资源为基础的社会活动或服务。此外,随着“互联网+”时代的到来,数字社会处方也在开发中。如患者可以使用一款应用程序,将他们与可能有益于他们健康状况的非医疗活动相匹配,实现高度自主的自我转诊^[30]。

4 社会处方面临的挑战和机遇

政策的倾斜与大量资金的投入,为社会处方的发展提供了坚强有力的政治保障和经济支持。但社会处方的发展仍面临诸多挑战。

4.1 缺乏统一的标准 目前,社会处方还缺乏统一的标准,对于应该包含什么内容没有具体的指导^[31]。虽然有学者表示,大多数社会处方计划都是基于当地的社区资源,根据当地的需要制定的,所以它所提供的转诊机制、目标群体和服务因环境而异,而不是系

统规划的,因此没有标准或通用的方案,是可以理解的^[10]。但缺乏统一的标准也产生了负面的影响。首先,各式各样的社会处方计划,对进一步推广有效的社会处方造成了阻碍^[32]。其次专业标准对质量保证也很重要。一项质性研究表明,临床医生在将患者转诊到社会处方计划时,对其服务质量表示关切^[10]。在社会处方的整个过程中需要有某种的监管,以确保那些真正有临床需求的人能够获得及时和适当的临床护理^[8]。因而社会处方需要可以被评估,这样才能对患者、转诊人员和后续转诊服务进行强有力的监督^[8]。此外,由于缺乏统一的标准,社会处方的核心角色——链接工作者也没有特定的资质要求。链接工作者的多样性,表明社会处方缺乏专业化^[28]。该角色的核心能力是什么,是否应该有认证?链接工作者应该由卫生部门还是志愿部门管理?尽管必要的技能/资质指南已经发布,但是链接工作者的技能、知识和培训差异很大^[18]。一些医疗工作者担心,如果那些没有接受过专业培训的链接工作者转诊选择不恰当,反而会增加医疗成本^[8]。因此,应当制定统一的标准,以进一步规范社会处方的实施,保障患者的权益。

4.2 机构之间沟通不畅 社会处方计划的成功运作依赖于不同机构之间的有效沟通与合作。Fixsen等^[33]研究证实,社会处方计划必须考虑到众多相关者的权益。然而不同的机构在不同的行为准则下运行,想要突破跨机构合作的困境绝非易事。Pescheny等^[29]研究发现,社会处方合作伙伴之间缺乏相互理解。White等^[34]研究显示,处方者和服务提供者之间缺乏信任。机构之间沟通不畅,将会影响服务的质量以及连续性。因此,我们需要加强各机构之间的联系,建立起共同理解、信任的合作伙伴关系,制定相辅相成的政策行动,将更有可能在社会处方“整体”“关系”和“再分配”战略规划方面产生协同效应。

4.3 社区资源匮乏 丰富的社区资源是社会处方实施的先决条件。就像医生的处方只有在患者能够获得充足的药品时才能改善健康一样,社会处方计划也依赖于一个储备充足的社区^[35]。但在不能确保提供适当的服务的情况下,筛查患者心理社会需求是不道德的^[20]。Alderwick等^[20]描述了如果社区资源无法满足患者需求时,患者将会面临“无处可去”的问题,这可能会增加患者对医疗服务的不信任或挫折感。此外,由于地方经济发展不平衡,不同地区社会处方计划在所提供的服务方面差异很大^[10]。经济条件好的社区拥有更多的资源,居民更有可能获得更多、更全面的社会服务。因此,有专家提出质疑,社会处方是否在某些方面增加而不是减少了健康和社会方面的不平等^[33]。归根结底,只有在社区能够提供有效的服务来满足患者的心理社会需求时,社交处方才能

真正发挥作用。卫生系统应当提供支持,发展和维持高质量的社区服务,以确保社会处方的顺利实施。

4.4 缺乏强有力的证据 尽管社会处方备受各国推崇,但目前仍缺乏有力的证据来判断其是否有效。两篇系统综述均指出社会处方证据基础的匮乏,现存的证据样本量小、质量较低^[20,36]。然而,缺乏有力证据并不意味着社会处方是无效的。一方面,由于社会处方计划可以提高人们对个人健康状况的认识,从短期来看,反而会增加医疗保健费用。但这一增长对人群健康是有利的。另一方面,因为社会处方寻求解决的问题是复杂而广泛的,其干预措施的性质差异很大,对个人健康和福祉的额外影响范围很广,效益产生的时间相对较长,并且它的许多回报是社会和情感的,而不能用经济计算^[28]。因此确定社会处方相对于其他干预措施的总体价值是困难的^[31]。此外,一项证据审查显示,大部分患者和医务人员对社会处方计划感到满意^[32]。综上,虽然目前缺乏有力证据,但仍有必要实行社会处方计划,在未来的研究中应进一步完善研究设计,以提供高质量的证据。

5 启示

5.1 突破传统医疗模式的局限性,关注健康的社会决定因素 健康是许多因素的综合。但目前我们仍处于以疾病和症状为导向的医疗环境中,而不注重生活质量和社会支持的社会护理环境^[31]。这使得医疗人员在很大程度上忽略了影响人群健康的社会决定因素。研究表明,SDOH与健康之间的关系是双向的^[17]。教育、收入、住房和其他社会决定因素对人群的健康有重大影响,而这些社会决定因素反过来又塑造了人们的健康行为,如饮食和体力锻炼,成为疾病发生的原因^[20]。但患者在寻求医疗人员的帮助时,通常不会区分社会 and 医疗问题^[19]。每个人的需求不是单一的,而是跨越医疗和社会问题的多种相互关联的需求^[31]。全科医生已经认识到传统医疗模式在解决患者福祉方面的局限性^[37]。这种局限性往往意味着许多慢性疾病(如抑郁症、糖尿病)的心理社会问题得不到解决,导致这些疾病被不必要的医疗化。如果慢性病能够得到更全面的管理,让患者做出选择,提高他们的整体福祉,那么这种医疗化及其相关成本就可以减少^[38]。社会处方代表着医疗模式的转换,它关注的是影响人群健康的所有因素,而不再只是专注于疾病本身,真正意义上从整体解决患者的需求。除英国外,其他国家也在积极寻求解决SDOH的方法。如美国开启了一项为期5年、耗资1.57亿美元的创新计划,以支持基于医疗保健的心理社会需求的筛查,以及为医疗保险和医疗补助受益人提供社区资源导航^[20]。因此,我们急需改变对健康、福祉和社会问题的理解和处理方式,关注SDOH,以满足人群多层次、多样化的健康需求,实现全方位的健康管理。

5.2 加强机构间的联系,激活社区资源,保障护理服务的连续性 社会处方的一个关键创新点是建立了一条正式的途径,加强了初级医疗部门与社区之间的联系,扩大了非医疗干预的选择范围,提供了根据个人需求量身定做的个人支持,以响应人群复杂的健康需求。另外,它保障了护理服务的连续性,医疗工作者可以更好地跟踪患者的健康情况,为患者提供高质量的延续性护理。长期以来,由于这两个部门之间的联系薄弱或者根本不存在联系,使得社区中解决 SDOH 的资源总是没有得到充分利用^[29]。医疗工作者也往往没有意识到这些资源,或者不知道如何将患者与这些资源联系起来^[39]。研究发现,由于缺乏当地资源的最新知识,全科医生很少将患者介绍给当地社区团体或咨询服务机构^[17]。医疗部门与社区的密切合作可以最大限度地发挥各部门的专业优势并以最佳方式使用已有资源来提高效率^[40]。英国、爱尔兰、荷兰、德国的卫生保健系统正在探索各种方法,让医疗人员能够将患者转诊到由社区和志愿组织提供的非医疗卫生服务^[19]。因此,建议我国进一步加强医疗部门与社区之间的联系,激活社区资源,保障护理服务的连续性,提供综合的、背景化的、高质量的健康管理。

5.3 非医疗处方与医疗处方相辅相成,充分发挥护理专业优势,是未来护士处方的新方向 社会处方为全科医生提供了一种非医疗转诊选择,它可以与现有的治疗一起运作,以改善患者的健康和福祉^[36]。社区护士被认为是潜在的“社会处方者”^[34]。自 1994 年以来,国外社区护士一直使用非医疗处方作为专科临床干预措施^[25]。非医疗干预的部分吸引力在于它补充了临床治疗和干预不能到达的领域,例如孤独、社会疏离等^[32]。从本质上来说,孤独、社会疏离是一个社会问题,而不是医学问题^[32]。社区护士可以使用非医疗干预所对应的非医疗处方来提供解决方案,帮助防止因距离而导致的孤独和社会疏离,并提高社区的弹性^[25]。以健康为中心护理理念的提出,标志着护士不应再局限于医疗领域的护理服务,要同时兼顾健康照顾者和健康促进者等多重角色。护士处方权一直以来是一个饱受争议的话题。社会处方中非医疗干预的理念,似乎给了我们新的方向。事实上,目前国内学者正在积极探索护士非医疗处方的构建。护理学科应当顺应时代的发展,审时度势,及时调整工作模式和内容,突出专业优势,充分发挥护士在社区健康管理中的作用。

综上所述,社会处方充分整合社区资源,关注影响健康的社会决定因素,创造了一条以人群健康为中心的健康管理途径。对医疗实践和医学教育产生了深远影响。在我国人民健康需求不断复杂化的大背景下,亟需探索如何更好地将社会处方计划以及其理

念融入到我国医疗实践中,以响应国家政策号召,开启社区健康管理新篇章,为群众提供全方位、全周期健康服务。

参考文献:

- [1] Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health[J]. Lancet, 2008, 372(9650): 1661-1669.
- [2] Wood E, Ohlsen S, Fenton S, et al. Social prescribing for people with complex needs: a realist evaluation[J]. BMC Fam Pract, 2021, 22(1): 53.
- [3] Hood C M, Gennuso K P, Swain G R, et al. County health rankings[J]. Am J Prev Med, 2016, 50(2): 129-135.
- [4] 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2016(32): 5-20.
- [5] Wallace C, Elliott M, Thomas S, et al. Using consensus methods to develop a Social Prescribing Learning Needs Framework for practitioners in Wales[J]. Perspect Public Health, 2021, 141(3): 136-148.
- [6] Barnett K, Mercer S W, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study [J]. Lancet, 2012, 380(9836): 37-43.
- [7] Zantinge E M, Verhaak P F M, Kerssens J J, et al. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared[J]. Br J Gen Pract, 2005, 55(517): 609-614.
- [8] Taylor D A, Nicholls G M, Taylor A D J. Perceptions of pharmacy involvement in social prescribing pathways in England, Scotland and Wales[J]. Pharmacy, 2019, 7(1): 24.
- [9] Tyrer P, Boardman J. Refining social prescribing in the UK[J]. Lancet Psychiatry, 2020, 7(10): 831-832.
- [10] Hamilton-West K, Milne A, Hotham S. New horizons in supporting older people's health and wellbeing: is social prescribing a way forward? [J]. Age Ageing, 2020, 49(3): 319-326.
- [11] Government H M. A connected society: a strategy for tackling loneliness-laying the foundations for change[EB/OL]. (2018-08-14) [2021-05-15]. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/750909/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update.pdf.
- [12] England NHS. General practice forward view[EB/OL]. (2016-04) [2021-05-15]. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>.
- [13] Department of Health and Care. Guidance: social prescribing schemes to receive funding from the Health and Wellbeing Fund[EB/OL]. (2018-08-02) [2021-05-15]. <https://www.gov.uk/government/publications/social-prescribing-schemes-to-be-funded-by-the-health-and-wellbeing-fund-2018/social-prescribing-schemes-to-receive-funding-from-the-health-and-wellbeing-fund-2018>.
- [14] Department of Health and Care. The NHS long term plan

- [EB/OL]. (2019-01-07)[2021-05-15]. <https://www.long-termplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhs-long-term-plan-june-2019.pdf>.
- [15] Giurca B C, Santoni C M. Celebrating the world's first social prescribing day[J]. *Br J Gen Pract*, 2019, 69(688): 558.
- [16] Rimmer A. Social prescribing gets its own academy[J]. *BMJ*, 2019, 367:16170.
- [17] Pescheny J V, Randhawa G, Pappas Y. The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence[J]. *Eur J Public Health*, 2020, 30(4):664-673.
- [18] Tierney S, Wong G, Roberts N, et al. Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review[J]. *BMC Med*, 2020, 18(1):49.
- [19] Golubinski V, Wild E, Winter V, et al. Once is rarely enough: can social prescribing facilitate adherence to non-clinical community and voluntary sector health services? Empirical evidence from Germany [J]. *BMC Public Health*, 2020, 20(1):1827.
- [20] Alderwick H A J, Gottlieb L M, Fichtenberg C M, et al. Social prescribing in the U. S. and England: emerging interventions to address patients' social needs[J]. *Am J Prev Med*, 2018, 54(5):715-718.
- [21] Aggar C, Thomas T, Gordon C, et al. Social prescribing for individuals living with mental illness in an Australian community setting: a pilot study[J]. *Community Ment Health J*, 2021, 57(1):189-195.
- [22] Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing [J]. *BMJ*, 2019, 364:11285.
- [23] University of Westminster. Report of the Annual Social Prescribing Network Conference[EB/OL]. (2016-01-20)[2021-05-15]. <https://www.artshealthresources.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/2016-Social-Prescribing-Network-First-Conference-Report.pdf>.
- [24] England NHS. Social prescribing and community-based support: summary guide[EB/OL]. (2020-06-19)[2021-05-15]. <https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-and-community-based-support-summary-guide>.
- [25] The Centre Forum Mental Health Commission. The pursuit of happiness: a new ambition for our mental health [EB/OL]. (2014-07-17)[2021-05-15]. <https://centreforum.org/assets/pubs/the-pursuit-of-happiness.pdf>.
- [26] Howarth M, Griffiths A, da Silva A, et al. Social prescribing: a natural community-based solution[J]. *Br J Community Nurs*, 2020, 25(6):294-298.
- [27] Roberts T, Lloydwin C, Pontin D, et al. The role of social prescribers in Wales: a consensus methods study[J]. *Perspect Public Health*, 2021, [Epub ahead of print].
- [28] The Mental Health Taskforce. The five year forward view for mental health[EB/OL]. (2016-02-14)[2021-5-15]. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>.
- [29] Pescheny J V, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review[J]. *BMC Health Serv Res*, 2018, 18(1):86.
- [30] Galway K, Forbes T, Mallon S, et al. Adapting digital social prescribing for suicide bereavement support: the findings of a consultation exercise to explore the acceptability of implementing digital social prescribing within an existing postvention service[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16(22):4561.
- [31] Hassan S M, Giebel C, Morasae E K, et al. Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model[J]. *BMC Health Serv Res*, 2020, 20(1):19.
- [32] Savage R D, Stall N M, Rochon P A. Looking before we leap: building the evidence for social prescribing for lonely older adults[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2019, 68(2):429-431.
- [33] Fixsen A, Seers H, Polley M, et al. Applying critical systems thinking to social prescribing: a relational model of stakeholder "buy-in" [J]. *BMC Health Serv Res*, 2020, 20(1):580.
- [34] White J M, Cornish F, Kerr S. Front-line perspectives on joined-up working relationships: a qualitative study of social prescribing in the west of Scotland[J]. *Health Soc Care Community*, 2017, 25(1):194-203.
- [35] McNally L. Tackling loneliness with a well stocked community[J]. *BMJ*, 2018, 362:k2953.
- [36] Bickerdike L, Booth A, Wilson P M, et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence[J]. *BMJ Open*, 2017, 7(4):e13384.
- [37] Kellezi B, Wakefield J R H, Stevenson C, et al. The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision[J]. *BMJ Open*, 2019, 9(11):e33137.
- [38] Halder M M, Wakefield J R, Bowe M, et al. Evaluation and exploration of a social prescribing initiative: study protocol[J]. *J Health Psychol*, 2021, 26(3):345-356.
- [39] Roland M, Everington S, Marshall M. Social prescribing—transforming the relationship between physicians and their patients[J]. *N Engl J Med*, 2020, 383(2):97-99.
- [40] Beardmore A. Working in social prescribing services: a qualitative study[J]. *J Health Organ Manag*, 2019, 34(1):40-52.