

## Deelprofiel Sociaal Werk in de Zorg

Versie 5.0

Opdrachtgever: Sectoraal Adviescollege Hogere Sociale Studies  
Projectgroep: Arie Hordijk en Ineke Schippers  
Datum: 03052016

## Inhoudsopgave

### Inleiding

1. Specifieke beroepscontext van de sociaal werker in de zorg	3
1.1 Cliënten van de sociaal werker in de zorg	4
1.2 Samenwerking in het domein van de zorg	4
1.3 Verschillende settings	5
1.4 Actuele thema's en trends	5
1.5 Kenmerken van de sociaal werker in de zorg	6
2. Specifieke kennis en methodieken voor de sociaal werker in de zorg	7
3. Literatuur	9
Bijlagen	9
Bijlage I International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	9
Bijlage II Domeinkwalificaties sociaal werk en CanMEDs- rollen	11
Bijlage III Hoofddimensies van gezondheid	12
Bijlage IV Betrokkenen	13

## Inleiding

Het Deelprofiel Sociaal Werk in de Zorg, hier verder aangeduid als Profiel SWZ, is een onderdeel van het Domeinprofiel Sociaal Werk. Dit domeinprofiel is opgebouwd uit een set Basiskwalificaties, een Body of Knowledge en drie deelprofielen, waarvan het Profiel SWZ er een is. Naast dit profiel zijn de andere twee deelprofielen het Profiel SW in de Wijk en het Profiel SW in het Jeugd domein. De drie deelprofielen hebben onderling raakvlakken.

Het Profiel SWZ geeft richting aan het onderwijs binnen de uitstroomvariant "Sociaal Werk in de Zorg" van de opleidingen Sociaal Werk. Daarnaast hebben deze opleidingen te maken met nog twee documenten: *Landelijke minor Gehandicaptenzorg* (Vereniging Hogescholen, 2014) en *Afstudeerrichting ggz-agoog* (Franssen, 2014). *Landelijk onderwijsarrangement* gebaseerd op beroepscompetentieprofielen van respectievelijk de Beroepskracht gehandicaptenzorg op D-niveau (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2012) en de Ggz-agoog (GGZ Nederland en COOAB, 2012). Deze documenten bevatten min of meer bindende richtlijnen voor het onderwijs dat leidt tot een extra kwalificatie bij het bachelordiploma Sociaal Werk.

Het Profiel SWZ sluit enerzijds aan bij het Domeinprofiel Sociaal Werk, anderzijds bij de "specialistische" profielen Beroepskracht gehandicaptenzorg op D-niveau en GGz-agoog.

Het nu volgende Profiel SWZ is opgebouwd uit twee componenten, die de twee hoofdstukken vormen van dit document: een beschrijving van het sociaal werk in de zorg, met speciale aandacht voor de beroepscontexten, thema's en kritische beroepssituaties, en een beschrijving van de specifieke body of knowledge. Bij dit laatste gaat het om kennis die aanvullend is op de algemene body of knowledge van het sociaal werk (onderdeel van het Domeinprofiel SW) en specifiek is voor het sociaal werk in de zorg.

### 1. Specifieke beroepscontext van de sociaal werker in de zorg

Met "de zorg" wordt een domein aangeduid waar hulpverleners van veel verschillende disciplines actief zijn. In dit domein neemt de sociaal werker een geheel eigen plaats in.

Sociaal werk in de zorg richt zich op de ondersteuning van het sociaal functioneren van mensen met langdurige en/of complexe problematiek. Deze problematiek hangt samen met verstandelijke beperkingen, psychische kwetsbaarheid, lichamelijke problemen of ouderdom, of een combinatie hiervan. De activiteiten en participatie van mensen, die door deze beperkingen of aandoeningen bedreigd worden, vormen het aandachtsgebied van de sociaal werker in de zorg. Sociaal werkers in de zorg houden zich bezig met de vraag hoe hun cliënten - met hun aandoeningen of beperkingen - een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden, zo autonoom mogelijk en volgens hun eigen wensen, zo veel mogelijk in eigen kracht, met steun van en binnen hun eigen sociale netwerken. Sociaal werkers in de zorg ondersteunen en bevorderen de ontwikkeling en het behoud van eigen capaciteiten en vaardigheden van hun cliënten, evenals hun functioneren in verschillende sociale verbanden – primaire leefomgeving, sociale netwerken en gemeenschappen. Zij doen dit in een ambulante of (semi)residentiële setting.

De sociaal werker in de zorg kijkt naar de cliënt als mens in zijn sociale context, met een geschiedenis, menselijke wensen en verlangens, talenten en mogelijkheden. Dit is een belangrijke notie die, negatief geformuleerd, inhoudt dat de sociaal werker de cliënt niet ziet als patiënt met een stoornis, ingedeeld in een diagnostische categorie met bijbehorend verwachtingspatroon. De sociaal werker in de zorg gaat uit van de visie dat mensen deskundige zijn van hun eigen leven, daar de regie over willen hebben, behoefte hebben aan betekenisvolle relaties en activiteiten en daartoe altijd in een bepaalde mate in staat zijn. Dit is wat in de ggz bekend staat als herstellvisie, maar deze is ook van toepassing op alle gebieden in de zorg.

Voor een uitgebreidere tekst over de positionering van de sociaal werker in de zorg wordt verwezen naar par.1.4.2 van het Domeinprofiel Sociaal Werk.

### 1.1. Cliënten van de sociaal werker in de zorg

In de zorg voor cliënten van de sociaal werker gaat het om mensen met langdurige en/of complexe problematiek en hun naaste omgeving. De aard van hun problematiek is zodanig dat zij zijn aangewezen op de ondersteuning en hulp van hun naasten – familieleden, burens, vrienden, vrijwilligers – zelfhulpgroepen, ervaringsdeskundigen en professionele hulpverleners. Hun hulpbehoefte komt primair voort uit een lichamelijke aandoening of handicap, een verstandelijke beperking of een psychische kwetsbaarheid en de vele mogelijke gevolgen daarvan voor het sociaal functioneren.

De problematiek van de cliënten waar sociaal werkers in de zorg mee te maken krijgen heeft de volgende kenmerken. De problematiek:

- is langdurig en complex en in veel gevallen recidiverend of blijvend ;
- bemoeilijkt de mogelijkheden om te participeren in de samenleving in de vorm van zelfstandig wonen, werk, onderwijs, vrijwilligerswerk, dagbesteding, het onderhouden van sociale contacten, uitgaan, sport en deelname aan verenigingen of een geloofsgemeenschap;
- kan leiden tot stigmatisering en uitsluiting;
- brengt met zich mee dat mensen in aanmerking komen voor voorzieningen, die op basis van uiteenlopende wetten en regelingen worden gefinancierd, wat afstemmingsproblemen met zich mee kan brengen;
- vraagt om samenwerking en afstemming tussen cliënt, zijn netwerken en professionals uit verschillende sectoren: welzijn, gezondheidszorg, lokaal bestuur, veiligheid, onderwijs, huisvesting;
- kan in sommige gevallen leiden tot situaties die de veiligheid van de cliënt en alle betrokken in gevaar kunnen brengen en die vragen om ingrijpende maatregelen, zoals dwang- en drangmaatregelen.

### 1.2. Samenwerking in het domein van de zorg

Door de veranderingen in zorg, welzijn en maatschappelijk domein, ontwikkelen zich nieuwe samenwerkingsvormen, zoals sociale wijkteams, gezondheidscentra, herstelgemeenschappen, maatschappelijke activeringscentra (MAC's), netwerken en ketenzorg. Er is sprake van vermaatschappelijking van de zorg, zorg en welzijn komen nader tot elkaar. Er wordt in toenemende mate uitgegaan van integrale en interprofessionele samenwerking die er op gericht is de eigen kracht en mogelijkheden van de cliënt te benutten. Gemeenschappelijke visie en taal zijn daarbij van belang zodat de sociaal werker in de zorg kan afstemmen met de verschillende zorgverleners (Inspiratiebrief HGZO, juni 2015; p. 32). In Meer van waarde (Boutellier, 2015) wordt gesproken over het raakvlak van het profiel sociaal werk in de (langdurige) zorg met het verpleegkundig domein.

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) kan daarbij als onderliggend model gebruikt worden om het menselijk functioneren en functioneringsproblemen in kaart te brengen (v.d. Stel, 2016). Het model integreert, door de biopsychosociale benadering, het medisch model en het sociale model (Heerkens, 2007). Een samenvatting van de ICF is te lezen in Bijlage I.

De aanwezigheid van functioneringsproblemen kan van invloed zijn op de aandoening of ziekte van de cliënt en vice versa waardoor deze beperkt wordt in zijn sociaal functioneren. Professionals in de gezondheidszorg en sociaal werkers in de zorg richten zich beiden op de ondersteuning van het sociaal functioneren van de cliënt maar vanuit verschillende deskundigheden.

Uitgangspunten voor de sociaal werkers in de zorg zijn participatie en inclusie. Professionele nabijheid en creativiteit worden ingezet om tot optimale deelname aan het maatschappelijk leven te komen. Present zijn, hanteren van sociaal-agogische en muzisch-agogische interventies en uitgaan van de eigen kracht van de cliënt is daarbij essentieel evenals het ondersteunen van mensen in hun primaire leefomgeving, het sociale netwerk en gemeenschap (domeinkwalificaties sociaal werk). Bovendien moet de sociaal werker in

de zorg kunnen opschalen en afschalen op basis van een deskundige inschatting van de situatie.

Voor de professional in de gezondheidszorg ((wijk) verpleegkundige, arts) is het uitgangspunt de individuele behandeling die wordt ingezet om ziekte, trauma of andere aandoeningen die stoornissen, beperkingen en participatieproblemen veroorzaken bij de individuele cliënt, te behandelen door medische zorg te geven op basis van klinisch redeneren. Klinisch redeneren is een kernbegrip bij de rol van de zorgverlener, één van de rollen volgens de CanMEDs- systematiek ( Bijlage II).

Kennis van en daadwerkelijk gebruik van de drie perspectieven van de ICF kunnen zorgen voor een optimale communicatie tussen de professionals in beide domeinen, elk vanuit de eigen expertise en gericht op samenwerking en besluitvorming tussen professionele zorg, cliënt en mantelzorg.

Binnen de gehandicaptenzorg wordt naast het basisschema van de ICF ook het model van the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) gehanteerd. De AAIDD is ontwikkeld voor mensen met verstandelijke beperkingen (de Bruijn, 2014). Bij de verdere beeldvorming gaat men uit van de volgende dimensies:

- Verstandelijke mogelijkheden;
- Adaptief gedrag;
- Participatie;
- Interactie en sociale rollen;
- Gezondheid en context.

De commissie Dannenberg (2015) spreekt over een nieuwe, positieve kijk op gezondheid als vertrekpunt bij het werken aan herstel en participatie; de focus bij ondersteuning ligt, net als in de gezondheidszorg, op gezondheid en gedrag, niet op ziekte en zorg. Gezondheid wordt in dit profiel opgevat, in navolging van Huber e.a.. (2011), als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Positieve gezondheid omvat zes hoofddimensies van gezondheid (Bijlage III), namelijk: mentaal welbevinden, spiritualiteit, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties (Huber, 2016).

Van de sociaal werker in de zorg wordt, gezien het bovenstaande, gedegen kennis van het biopsychosociaal domein verwacht in relatie tot de in 1.1. beschreven context.

### 1.3. Verschillende settings

Het sociaal werk in de zorg vindt plaats in verschillende settings. Een wellicht niet volledige opsomming: in de **verstandelijk gehandicaptenzorg**: woonbegeleiding (residentieel of zelfstandig wonend) en verwerving en ondersteuning van werk of dagbesteding; in de **geestelijke gezondheidszorg**: (F)ACT-team, klinisch psychiatrische zorg, woonbegeleiding (in RIBW of zelfstandig wonend), jobcoaching, verslavingszorg, forensische zorg, jeugd-ggz; in de **ouderenzorg**: woonbegeleiding en dagbesteding; en **overige settings**: maatschappelijke opvang, instellingen voor mensen met een niet aangeboren hersenletsel, algemene ziekenhuizen, de wijk (wijkteam), zorgboerderijen.

### 1.4. Actuele thema's en trends

De sociaal werker in de zorg heeft te maken met een aantal belangrijke thema's en ontwikkelingen, die nieuwe vaardigheden van sociaal werkers vragen of een andere gerichtheid dan tot voor kort gangbaar was. Deze thema's worden hier slechts benoemd en niet uitgewerkt.

- a. Professionele nabijheid: in het voortdurende spanningsveld tussen afstand en nabijheid is het accent aan het verschuiven van professionele afstand naar professionele

nabijheid. Dat wil zeggen dat sociaal werkers zich meer als medemens in het cliënt-contact opstellen, met een zekere terughoudendheid ten aanzien van hun professionele deskundigheid.

- b. Ervaringsdeskundigheid: cliënten worden in toenemende mate gezien als deskundigen ten aanzien van hun problematiek, passende oplossingen en mogelijkheden tot herstel. In de ggz is ervaringsdeskundigheid geprofessionaliseerd door opleiding en training van cliënten. Deze deskundigen kunnen vanuit hun eigen ervaring, ervaringskennis, maar ook vanuit een zekere afstand daartoe, hun ervaringskennis deskundig inzetten bij de ondersteuning van andere cliënten.
- c. Vermaatschappelijking van de zorg: behandeling en begeleiding van mensen met psychische aandoeningen of verstandelijke beperkingen vindt steeds minder intramuraal plaats en steeds meer in de eigen leefomgeving. Ook ouderen moeten zo lang mogelijk op zichzelf blijven wonen. Er vindt een verschuiving plaats van intramurale naar ambulante zorg en een afname van professionele hulp ten gunste van mantelzorg en vrijwilligerswerk. Professionele zorg komt later in beeld en is er niet meer alleen om cliënten te begeleiden, maar ook mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen bij hun zorgtaken.
- d. Eigen kracht, empowerment: mensen hebben veerkracht, capaciteiten en mogelijkheden. Sociaal werkers moeten daar vertrouwen in hebben en vaak moeten cliënten dat vertrouwen zelf ook (her)vinden. Het aanspreken, aanmoedigen en ondersteunen van de eigen kracht van mensen is doeltreffender dan het zorgen voor hen vanuit vermeende professionele inzichten. Zorg of hulp dient de persoonlijke herstelprocessen van mensen te ondersteunen.
- e. E- health en m-health: in toenemende mate wordt in de hulpverlening en zorg gebruik gemaakt van internet en communicatietechnologie. Online contact met hulpverleners en/of lotgenoten en interventies met behulp van apps zijn nieuwe vormen van ondersteuning die effectief blijken te zijn.

### 1.5. Kerntaken van de sociaal werker in de zorg

Het primaire aandachtsgebied van de sociaal werker in de zorg is het ondersteunen en bevorderen van autonomie, activiteiten en maatschappelijke participatie van mensen met een lichamelijke aandoening of handicap, psychische kwetsbaarheid of verstandelijke beperking. Bij activiteiten en maatschappelijk participatie gaat het om het zelfstandig of met ondersteuning functioneren op het gebied van wonen, werken (of andere dagbesteding), sociale contacten, leren en vrijetijdsbesteding.

De sociaal werker moet competent zijn in de volgende kerntaken of kritische beroepssituaties, die zich zowel intramuraal als in de eigen leefomgeving van de cliënt kunnen voordoen (behalve de laatstgenoemde):

- I. Het bevorderen en ondersteunen bij maatschappelijke participatie van de cliënt en waar nodig het behartigen van de maatschappelijke belangen van de cliënt, in overleg met de cliënt en/of diens naasten.
- II. Het ondersteunen van de cliënt bij het ontwikkelen en onderhouden van diens netwerk.
- III. Het ondersteunen van de cliënt in het benutten en vergroten van diens eigen mogelijkheden in het dagelijkse leven.
- IV. Waar nodig, volgens van tevoren gemaakte afspraken en in overleg, het tijdelijk overnemen van verantwoordelijkheden van de cliënt; het toepassen van dwang- of drangmaatregelen binnen de wettelijke kaders.
- V. Het bevorderen van inclusie, het bestrijden van stigma, het bevorderen van acceptatie en het creëren van een plaats in de samenleving voor kwetsbare mensen c.q. mensen met een beperking.
- VI. Het samenwerken in interdisciplinaire teams.
- VII. In een intramurale setting: het creëren van een veilig en zo normaal mogelijk leefklimaat, waar dat aangewezen is een therapeutisch leefklimaat.

## 2. Specifieke kennis en methodieken voor de sociaal werker in de zorg

Aansluitend op de gemeenschappelijke kennisbasis/ BoK van de sociaal werk opleidingen en de Bouwstenen SW in de zorg (LOO- SPH, 2015 ) beschrijven we de specifieke kennis waarover de sociaal werker in de zorg moet beschikken.

Per bouwsteen worden de belangrijkste thema's en theorieën benoemd.

- ❖ **Bouwsteen: Gebruikers van sociaal werk**
  - **Thema: Belemmeringen in sociaal functioneren / sociale kwetsbaarheid**
    - medische basiskennis: erfelijkheid, brein, stress, gezonde leefstijl, voeding, genotmiddelen, seksualiteit, e.d.
    - handicaps en chronische ziekten (o.a. verstandelijke beperkingen, niet aangeboren hersenletsel, zintuiglijke beperkingen, meervoudige beperkingen, epilepsie)
    - psychopathologie
    - verslaving
    - ontwikkelingsstoornissen
    - algemene geneesmiddelenleer
    - psychofarmaca
    - lichamelijke, psychische, sociale en maatschappelijk aspecten van veroudering
  - **Thema: Diversiteit en normaliteit**
    - destigmatisering
    - verklaringsmodellen (medisch model, biopsychosociaal model, algemene systeemtheorie, kwetsbaarheid-stressmodel)
  - **Thema: Juridische aspecten**
    - drang en dwang (WBOPZ)
    - strafrecht en tbs
- ❖ **Bouwsteen: Historische en maatschappelijke context**
  - **Thema: De huidige maatschappelijke context van sociaal werk in Nederland**
    - sociale ongelijkheid gezond/ziek
    - inclusie/exclusie, stigmatiseringstheorieën
    - moderne definitie van gezondheid (Huber)
- ❖ **Bouwsteen: Werkwijzen sociaal werk**
  - **Thema: Grondslagen en benaderingen**
    - herstel en herstelondersteunende zorg
    - illness management and recovery
    - rehabilitatiemethodieken
    - creatief agogisch werken in de zorg
    - communicatietechnieken
    - empowerment, zelfregie, eigen kracht
    - ondersteuning mantelzorg
    - conflict- en agressiehantering
    - werken met groepen (leefklimaat, therapeutisch milieu, lotgenotengroepen)
    - psycho- educatie
    - ervaringsdeskundigheid
    - motiverende gespreksvoering
    - werken in gedwongen kader
    - outreachend werken
    - ICF, DSM 5, biopsychosociaal model, etc.
- ❖ **Bouwsteen: Organisatie- en beleidscontext**
  - **Thema: De organisatie van samenwerking met professionals van andere domeinen:**
    - organisatie van de ggz
    - organisatie van de gehandicaptenzorg

- organisatie van de ouderenzorg
- ❖ **Bouwsteen: Professionalisering**
  - **Thema: Aspecten van professionalisering van beroepsbeoefenaren**
    - positionering van de GGz-agoog
    - positionering van de Beroepskracht gehandicaptenzorg op D-niveau

## Literatuur

- Boutellier, H. (2015). *Meer van waarde- Kwaliteitsimpuls en ontwikkelrichting voor het hoger sociaalagogisch onderwijs*. Den Haag: Vereniging Hogescholen.
- Bruijn, J. de e.a. (2014) *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: SWP
- Dannenbergh, E. (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Advies Commissie Toekomst beschermd wonen*. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Franssen, G., Tol, N. van en Weerman, A. (2014). *Afstudeerrichting ggz-agoog. Landelijk onderwijsarrangement*. Amsterdam: SWP.
- GGZ Nederland en COOAB (2012). *Ggz-agoog. Beroepscompetentieprofiel HBO*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Heerkens, Y. e.a. (2007). *Nederlandse vertaling van de ICF*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
- Huber, M. & Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2016; 160: A7720 Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Koelen, M., Wagemakers, A. et al. (2013). Passie voor gezondheid! (redactioneel). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91 nr.3, p.129-130.
- Geraadpleegd op [https://www.researchgate.net/publication/257785176\\_Passie\\_voor\\_gezondheid](https://www.researchgate.net/publication/257785176_Passie_voor_gezondheid)
- Landelijk opleidingsoverleg SPH (2015). *Bouwstenen BOK SW in de zorg*.
- Maat, J.W. van, Oude Avenhuis, A. en Xanten, H. van (2014). *Samenwerken tussen zorg en welzijn: nu is de tijd*. Utrecht: Movisie.
- Stel, J. van der (2016) *Werken met de ICF*. (niet gepubliceerd)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2012). *Competentieprofiel D. Beroepscompetentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN.
- Vereniging Hogescholen (2015). *Inspiratiebrief voor alle Hoger Gezondheidszorgopleidingen in Nederland*. SAC HGZO.
- Vereniging Hogescholen. (2014). *Landelijke minor Gehandicaptenzorg*. Amsterdam: SWP.



## Bijlage I: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

De ICF is een classificatiesysteem om het functioneren van mensen en de factoren die daarop van invloed zijn te beschrijven. De ICF is een publicatie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) die in 2001 na veel internationaal overleg tot stand is gekomen.

De ICF benadert het menselijk functioneren vanuit drie perspectieven: het perspectief van de mens als organisme, het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten) en het perspectief van participatie in het maatschappelijk leven.

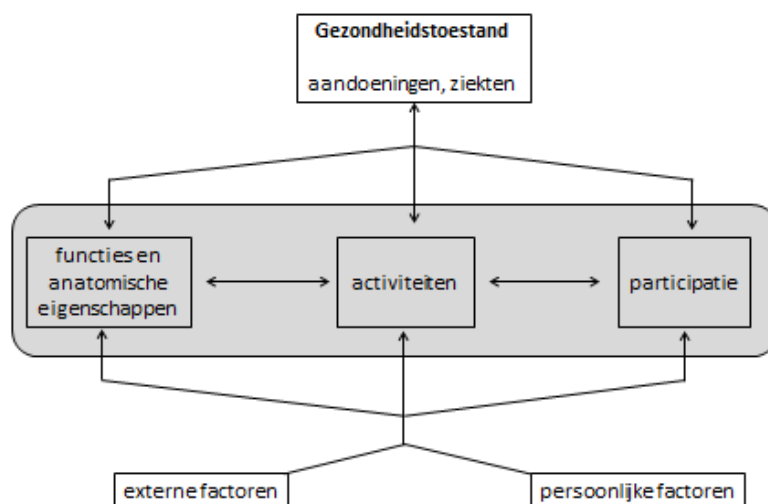
Het perspectief van de mens als organisme gaat over de bouw (anatomie) en het functioneren van de verschillende orgaansystemen van het menselijk lichaam. Het psychische of mentale functioneren, als exponent van het brein, behoort daar ook toe. Het gaat dus niet alleen over lichamelijke afwijkingen en functiestoornissen. Voor de invalshoek van de mens als organisme heeft de ICF twee classificaties, een voor functies en een voor anatomische eigenschappen.

Het perspectief van het menselijk handelen gaat over de dagelijkse activiteiten die mensen doen of zouden willen doen. Het perspectief van participatie gaat over het deelnemen aan de samenleving en daarmee over het functioneren van mensen in hun sociale omgeving. De ICF heeft één classificatie voor activiteiten en participatie.

Er wordt gesproken over 'functioneringsproblemen' wanneer er stoornissen zijn in de anatomische eigenschappen of organische functies, beperkingen in het uitvoeren van activiteiten of participatieproblemen.

Factoren die het menselijk functioneren beïnvloeden, zogenaamde gezondheidsdeterminanten, zijn volgens de ICF medische factoren, persoonlijke factoren en externe factoren. De medische factoren betreffen de invloed van ziekten, aandoeningen of letsels. Persoonlijke factoren zijn geslacht, leeftijd, persoonlijkheid, opleiding en leefstijl (gewoonten). Externe factoren liggen in de sociale en materiële omgeving: behuizing, buurt, sociale groepen, maatschappelijke, economische en politieke omstandigheden. De ICF heeft een classificatie van externe factoren, niet van persoonlijke factoren.

In schema:



ICF model: wisselwerking tussen verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren. Het grijze kader geeft het menselijk functioneren weer.

De volgende tabel geeft de classificaties van de ICF voor functies, activiteiten en participatie, en externe factoren op "het eerste niveau". Het tweede niveau is een nadere invulling van elk van de hier genoemde klassen.

<b>Functies</b>	<b>Anatomische eigenschappen</b>	<b>Activiteiten en participatie</b>	<b>Externe factoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mentale functies</li> <li>• sensorische functies en pijn</li> <li>• stem en spraak</li> <li>• functies van hart en bloedvatensysteem, het hematologisch systeem (bloed), het afweersysteem en het ademhalingsstelsel</li> <li>• functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel</li> <li>• functies van urogenitaal en reproductieve functies</li> <li>• functies van het bewegingssysteem</li> <li>• functies van huid en verwante structuren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zenuwstelsel</li> <li>• oog, oor en verwante structuren</li> <li>• structuren betrokken bij stem en spraak</li> <li>• hart en bloedvatensysteem, afweersysteem en ademhalingsstelsel</li> <li>• spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel</li> <li>• urogenitaal stelsel</li> <li>• structuren verwant aan beweging</li> <li>• huid en aanverwante structuren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• leren en toepassen van kennis</li> <li>• algemene taken en eisen</li> <li>• communicatie</li> <li>• mobiliteit</li> <li>• zelfverzorging</li> <li>• huishouden</li> <li>• tussenmenselijke interacties en relaties</li> <li>• belangrijke levensgebieden (o.a. opleiding, werk)</li> <li>• maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• producten en technologie</li> <li>• natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin</li> <li>• ondersteuning en relaties</li> <li>• attitudes</li> <li>• diensten, systemen en beleid.</li> </ul>

Met deze classificering beoogt de ICF verschillende doelstellingen. Het classificatiesysteem biedt een grondslag voor wetenschappelijk onderzoek naar het menselijk functioneren, het voorziet in een gemeenschappelijke taal voor verschillende disciplines wereldwijd, het maakt gegevens uit verschillende landen, vakgebieden, sectoren en perioden met elkaar vergelijkbaar en het voorziet in een codestelsel voor informatiesystemen in de zorg. Het is goed voorstelbaar dat deze doelstellingen de werkers in de zorg, zowel sociaal werkers als verpleegkundigen, niet bijster sterk aanspreken. De relatie tussen zo'n classificatiesysteem als de ICF en het alledaagse werken met cliënten of patiënten is niet direct inzichtelijk. Wellicht verklaart dit waarom er in de praktijk van de zorg nauwelijks met de ICF wordt gewerkt. De ICF wordt van toepassing geacht als instrument voor het ontwikkelen van onderwijsprogramma's, maar wanneer studenten in de praktijk de praktische toepassing van de ICF niet tegenkomen is het de vraag hoe zinvol het is om dit classificatiesysteem in het onderwijs te gebruiken.

Overigens moet worden opgemerkt dat de ICF niet alleen van belang is voor het beschrijven van functioneringsproblemen. De ICF heeft betrekking op de gezondheidstoestand van iedereen.

Gebaseerd op: *ICF. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Compilatie (2001). Genève, WHO.*

## Bijlage II: Domeinkwalificaties sociaal werk en CanMEDs- rollen

Bevorderen van sociaal functioneren	CanMEDs- rollen
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sociaal werkers bevorderen sociaal functioneren van mensen in/en hun primaire leefomgeving.</li> <li>2. Sociaal werkers bevorderen de kracht van een breed scala aan verschillende (typen) netwerken t.b.v. optimaal sociaal functioneren van mensen, netwerken en gemeenschappen.</li> <li>3. Sociaal werkers bevorderen de kracht van gemeenschappen t.b.v. optimaal sociaal functioneren.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Zorgverlener</li> <li>2.Communicator</li> <li>3.Samenwerkingspartner</li> <li>4.Reflectieve evidence based professional</li> <li>5.Gezondheidsbevorderaar</li> <li>6.Organisator</li> <li>7.Professional en kwaliteitsbevorderaar</li> </ol>
<p><b>Werken in en met diverse organisatorische verbanden</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sociaal werkers voeren regie op casussen. Ze werken transparant, resultaatgericht en efficiënt. Ze onderscheiden output en outcome.</li> <li>5. Sociaal werkers dragen bij aan het organiseren van (interdisciplinaire) samenwerking binnen of tussen (professionele) netwerken op zodanige wijze dat mensen, netwerken en gemeenschappen hun eigen doelstellingen kunnen halen.</li> <li>6. Sociaal werkers opereren ondernemend: dragen bij aan de voortgang van het teamwerk, initiëren wat er moet gebeuren naar de teamleden, dragen bij aan de agendasetting van opdrachtgevers.</li> </ol>	
<p><b>Professionaliseren</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Sociaal Werkers maken ethische afwegingen met gebruik van (inter-) nationale beroepscode, maken gebruik van hun? discretionaire ruimte en brengen hun ethische afwegingen over het voetlicht bij de verschillende betrokkenen.</li> <li>8. Sociaal werkers handelen kritisch reflecterend en zijn gericht op duurzame werking van interventies.</li> <li>9. Sociaal werkers ontwikkelen zichzelf (en dragen bij aan beroepsontwikkeling).</li> </ol>	

## Bijlage III Hoofddimensies van gezondheid

**TABEL** Hoofddimensies van gezondheid, per dimensie onderverdeeld in aspecten

<b>lichaamsfuncties</b>	<b>mentale functies en beleving</b>	<b>spirituele en existentiële dimensie</b>	<b>kwaliteit van leven</b>	<b>sociaal-maatschappelijke participatie</b>	<b>dagelijks functioneren</b>
medische feiten	cognitief functioneren	zingeving	kwaliteit van leven, welbevinden	sociale en communicatieve vaardigheden	basis-adl
medische waarnemingen	emotionele toestand	doelen of idealen	geluk beleven	betekenisvolle relaties	instrumentele adl
fysiek functioneren	eigenwaarde en zelfrespect	nastreven	genieten	sociale contacten	werkvermogen
klachten en pijn	gevoel controle te hebben	toekomstperspectief	ervaren gezondheid	geaccepteerd worden	gezondheidsvaardigheden
energie	zelfmanagement en eigen regie	acceptatie	lekker in je vel zitten	maatschappelijke betrokkenheid	
	veerkracht		levenslust	betekenisvol werk	
			balans		

Huber, M. & Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2016; 160: A7720

#### **Bijlage IV: Betrokkenen**

- Arie Hordijk: schrijver, arts, docent en curriculumontwikkelaar SPH, medische kennis, psychopathologie, projectleider landelijke toetsing GGZ-agoog, programmaleider GGZ-agoog, Academie voor Sociale Studies van de Christelijke Hogeschool Ede.

- Ineke Schippers: schrijver, arts, docent en curriculumontwikkelaar SPH, medische kennis, psychopathologie, projectleider landelijke minor Gehandicaptenzorg, lid werkgroep landelijke toetsing GGZ-agoog, programmaleider SPH bij het cluster Social Work & Toegepaste Psychologie van Hogeschool Leiden (projectleider).

Lijst van meelezers en gesprekspartners

Wim Boluijt	Docent SPH namens Loo- SPH Avans Hogeschool Breda
Jolanda Kroes	Docent SPH namens Loo- SPH Hanzehogeschool Groningen
Rick Kwekkeboom	Lector Community Care Hogeschool van Amsterdam
Annelies de Leeuw	Docent namens LOO- SW Hogeschool Arnhem Nijmegen
Carolien Smits	Lector Innoveren in de Ouderenzorg Windesheim
Jaap van der Stel	Lector Geestelijke Gezondheidszorg Hogeschool Leiden
Alie Weerman	GGZ-agoog Ervaringsdeskundigheid Windesheim
Marie- Sophie Linssen	LOO- SW Faculteit Sociale Studies en Educatie Hogeschool Zuyd
Annelies de Leeuw	LOO-SW Hogeschool Arnhem Nijmegen
Jet Breukel	Coördinator GGZ-agoog Hogeschool Leiden
Leden van LOO- SPH 11 maart 2016	
Gesprekspartners tijdens workshop SW in de Zorg op het SPH congres 1 april 2016	
Anna Bakker	Hogeschool Arnhem Nijmegen
Hilde Bennink	
Jens- Daniël Berlinicke	Hogeschool Utrecht
Nienke de Boer	Stenden Hogeschool
Daniëlle de Boer	Hogeschool van Amsterdam
Bernadette Damhuis	Hogeschool Utrecht
Gea Kargbo	Hogeschool VIAA
M. Jansen	Windesheim Zwolle
A. Pieters	Windesheim Zwolle
Tineke Veul	Inholland Alkmaar