

# ZORG VOOR AFSTEMMING

Optimale samenwerking  
in sociaal domein en ggz

Pim Peeters & Koen Westen

Met bijdragen van  
Remmers van Veldhuizen & Philippe Delespaul



Zorg voor afstemming  
Optimale samenwerking in sociaal domein en ggz  
Pim Peeters & Koen Westen

ISBN 978 90 8850 823 3  
NUR 895/875

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost) te wenden.

## Voor Esther

Dit boek hebben we kunnen schrijven dankzij de inspiratie die Esther ons in de afgelopen jaren geschonken heeft. Haar moed, kracht en volharding in haar rollen als moeder, dochter, cliënt, docentcoach en student weerspiegelen in de uitwerking van dit boek. Wij denken dat iedereen een 'Esther' nabij heeft en geraakt wordt om het goede te doen voor mensen die aan het worstelen zijn.

Met dit boek helpen Esther en wij je een beetje op weg.

# INHOUDSOPGAVE

<b>INLEIDING</b>	<b>11</b>
<b>DEEL I</b>	
<b>1 DE ROL VAN DE PROFESSIONAL IN HET AFSTEMMEN VAN ZORG</b>	<b>16</b>
1.1 Transitie in het sociaal domein	16
1.2 Transitie in het domein van de ggz	17
1.3 Samenwerken als integraal onderdeel van de beroeps- en opleidingsprofielen	17
1.4 CanMEDS	18
1.5 Opleidingsprofiel sociaal werk	20
1.6 Samenwerkingscompetenties	21
1.6.1 <i>Kennis over de organisatie van het sociaal domein en de ggz</i>	21
1.6.2 <i>Gezamenlijke besluitvorming</i>	23
1.6.3 <i>Continuïteit van zorg waarborgen</i>	24
<b>2 DE ZORGTETEN VOOR MENSEN MET ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN</b>	<b>25</b>
2.1 Het sociaal domein	25
2.1.1 <i>Sociale wijkteams</i>	25
2.1.2 <i>Critical Time Intervention (CTI)</i>	27
2.1.3 <i>Maatschappelijke steunsystemen</i>	28
2.1.4 <i>Veiligheidshuis</i>	31
2.2 De geestelijke gezondheidszorg	31
2.2.1 <i>Flexible Assertive Community Treatment (FACT)</i>	32
2.2.2 <i>Vroege Interventie Psychose (VIP)</i>	34
2.2.3 <i>Intensive Home Treatment (IHT)</i>	34
2.2.4 <i>High Intensive Care (HIC)</i>	35
2.2.5 <i>Active Recovery Triade (ART)</i>	37
2.2.6 <i>Herstelacademie</i>	38
2.2.7 <i>Teaminterventies</i>	38
2.2.8 <i>Verschillen binnen de SGGZ-organisatie</i>	41
2.2.9 <i>POH-ggz</i>	42
2.2.10 <i>Basis-ggz</i>	42

2.3 Een organisatiemodel van de zorgketen voor mensen met een psychiatrische aandoening	43
2.3.1 Opschalen en afschalen	44
<b>3 NAAR EEN SAMENWERKINGSMODEL VOOR SOCIALE WIJKTEAMS EN FACT-TEAMS</b>	<b>46</b>
3.1 Inleiding	46
3.1.1 Onvoldoende herstel	47
3.1.2 Sociaal wijkteam en FACT	47
3.2 Integrale samenwerking in Nederland	48
3.3 Integrale samenwerking in het buitenland	51
3.4 Samenwerkingsmodel	52
3.4.1 Het model	53
3.5 Het samenwerkingsmodel in de praktijk	55
<b>DEEL II</b>	
<b>4 DE ONTWIKKELING VAN HET ZORGAFSTEMMINGSGESPREK (ZAG)</b>	<b>61</b>
4.1 Achtergrond van het ZAG	61
4.2 ZAG in het heden	62
4.3 De ZAG-werkwijze	63
<b>5 EEN TOELICHTING OP DE ZAG-WERKWIJZE</b>	<b>66</b>
5.1 Voorbereiding ZAG	66
5.1.1 Planning	67
5.1.2 Het doel en de inhoud uitleggen aan naasten	67
5.1.3 Voorbereiding van de cliënt	69
5.2 Voorbereiding vervolg-ZAG	70
5.3 Opname-ZAG	71
5.2.1 Kennismaking	71
5.2.2 Analyse van de problematiek	72
5.2.3 De opname bespreken	73
5.4 Vervolg-ZAG	75
5.5 Ontslag-ZAG	76
5.6 Rapportage van een ZAG	77
<b>6 HET VERTALEN VAN DE ZAG-WERKWIJZE NAAR DE EIGEN PRAKTIJK</b>	<b>82</b>
6.1 Algemene aanpak	84
6.2 Besluit om een teamspecifiek ZAG op te stellen	86
6.3 De huidige situatie in kaart brengen	86
6.3.1 Observaties verrichten	86

6.4	De huidige situatie bespreken en een ZAG-procedure opstellen	89
6.4.1	<i>Focusgroep voorbereiden</i>	89
6.4.2	<i>Focusgroepbijeenkomsten houden</i>	89
6.4.3	<i>Actiepunten opstellen</i>	90
6.5	Een cyclisch proces	91
6.6	Toepassing binnen een afdeling voor kortdurende behandeling en begeleiding	92
<b>7</b>	<b>RECENTE HISTORISCHE ONTWIKKELINGEN VAN ZORGAFSTEMMING IN DE GGZ</b>	<b>97</b>
7.1	Almaar ambulanter	97
7.2	Dagbehandeling en bed op recept	97
7.3	De screening	98
7.4	Het zorgafstemmingsoverleg	98
7.5	Van ZAO naar ZAG	100
7.6	Het ZAG is dood, lang leve het ZAG!	101
<b>DEEL III</b>		
<b>8</b>	<b>DE NIEUWE GGZ</b>	<b>105</b>
8.1	Herijking van het doel	105
8.2	De rol van kennis verandert	106
8.3	Betrokkenheid van niet-professionals	107
8.4	Behandeling in het dagelijks leven	108
8.5	Conclusie	109
<b>AFKORTINGENLIJST</b>		<b>111</b>
<b>LITERATUUR</b>		<b>113</b>
<b>BIJLAGEN</b>		
<b>BIJLAGE 1 DE ZAG-WERKWIJZE</b>		<b>118</b>
<b>BIJLAGE 2 OBSERVATIECHECKLIST ZAG-WERKWIJZE</b>		<b>127</b>
<b>BIJLAGE 3 VOORBEELDFOLDER ZAG</b>		<b>138</b>

# INLEIDING

*J.R. van Veldhuizen, adviseur psychiatrie*

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen hebben recht op een zo gewoon mogelijk maatschappelijk bestaan. We proberen hen steeds meer in de wijk of buurt te begeleiden en daar ook de nodige behandeling te bieden. Dat is een uitdaging voor hen, hun familie en andere steunsystemen in de buurt, maar ook voor de ggz-hulpverleners en hun collega's in het sociaal domein.

De laatste 150 jaar hadden we een andere 'oplossing' voor hen bedacht: de inrichting. Daar bestonden destijds goede argumenten voor. Reeds toen was duidelijk dat een ernstige psychiatrische aandoening niet alleen leidde tot ernstige psychiatrische symptomen, maar ook tot ernstige beperkingen op diverse levensgebieden, zoals huisvesting, werk, hygiëne, omgang met geld (armoede), slechte zelfzorg en voeding en daarnaast nog eens extra risico's op verslaving en onveiligheid. Wanneer je deze mensen wilt helpen, ben je dus niet klaar wanneer je hun psychiatrische symptomen behandelt (met bijvoorbeeld antipsychotische middelen of psychologische interventies). Nee, je zult ook iets moeten doen aan hun huisvesting, werk, vrijetijdsinvulling, voeding, hygiëne enzovoort. En zo vond men rond 1800 de oplossing: door opname in de inrichting waren al die aspecten in één klap geregeld: behandeling (voor zover dat toen bestond) was in handen van dokters en verpleegkundigen en de instelling gaf een dak boven het hoofd, bood structuur, voedsel en hygiëne, de arbeidstherapie bood werk en het geld van de patiënten werd beheerd. Zo leken alle problemen opgelost door het concept van het totale instituut en de inrichtingen werden daardoor een groot succes. Maar internationaal zag je ook dat de instellingen overbezet raakten en dat er steeds meer dwang nodig bleek om de orde en rust te bewaren. De patiënten zaten opgesloten in een patiëntrol die geen perspectief bood op een gewone burgerrol en die hen afzonderde van de echte maatschappij.

Rond 1970 schrokken we wereldwijd wakker: het besef groeide dat we door deze inrichtingen niet alleen mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, maar ook talloze mensen met andere beperkingen de kans op een gewoon leven

hadden ontnomen. Samen met algemene maatschappelijke veranderingen begon de de-institutionalisering van de ggz.

Nu, bijna vijftig jaar later, zien we dat de afbouw van veel instellingen en klinieken een feit is. Dat veel meer mensen met psychiatrische aandoeningen of andere beperkingen in de maatschappij worden behandeld en begeleid. Dit is in golven gegaan. We hebben geïnvesteerd in beschermd wonen in de maatschappij, in kleinere units en met minder inrichtingsdwang. Tijdens de ambulantisering van de ggz werd ingezet op dagbehandeling en poliklinische behandeling en later thuiszorg. We hebben inmiddels met de FACT-teams (Van Veldhuizen & Bähler, 2015; Van Veldhuizen, 2016) een manier gevonden om grote aantallen mensen buiten het ziekenhuis, in de wijk, te begeleiden en te behandelen.

Die FACT-teams hebben weer de oude waarheden ontdekt: behandelen is wenselijk, maar artsen, psychiaters en psychologen zijn niet genoeg. Om mensen echt in eigen huis te laten functioneren, moeten we er ook zijn op al die andere levensgebieden zoals werk, huisvesting, vrijetijdsbesteding, hygiëne, veiligheid en voeding. Zonder aandacht voor die aspecten kunnen mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet 'participeren', maar zullen ze 'verparticipieren'. Hier ontmoeten de FACT-teams van de ggz dus de broodnodige sociale teams en wijkteams vanuit de gemeenten. Juist zij hebben toegang tot die bronnen (resources). Zonder hun steun wordt inclusie een illusie. De ggz kan niet alle levensgebieden onder regie houden en heeft maatschappelijke teams nodig. Die maatschappelijke teams hebben op hun beurt de ggz-teams nodig, omdat veel cliënten niet in de wijk kunnen wonen zonder (intensieve) psychiatrische behandeling en ondersteuning bij hun herstel. Naast de inzet van al deze professionals vanuit verschillende disciplines, beginnen we de laatste jaren te ontdekken dat we het in de wijk niet redden wanneer we, zoals in het instituut destijds, de krachten van cliënt, familie en andere ondersteuners niet benutten. Zonder hen kun je het wel vergeten.

Het succes van de de-institutionalisering of ambulantisering staat of valt dus met de gezamenlijke inspanningen van maatschappelijke teams en ggz-teams en hun samenwerking met cliënten, families en andere 'supporters' in de buurt. Dat vraagt nieuwe manieren van afstemming en die willen de auteurs in dit boek verder uitwerken. Dit is extra wenselijk omdat zowel de maatschappelijke teams als de ggz-teams nog maar kort aan het werk zijn en op allerlei plekken het wiel nog moeten uitvinden, elkaar nog moeten leren kennen en moeten gaan begrijpen hoe je samen met cliënt en systeem de behandeling en begeleiding vorm kunt geven.



Dit boek bestaat uit drie delen. In het *eerste* deel gaan de auteurs in op het waarom van samenwerking. Ze beschrijven de activiteiten die vanuit de ggz worden geboden en ontwikkelen een model voor samenwerking en afstemming vanuit een duidelijk perspectief. Het *derde* deel biedt een visie voor de toekomst: hoe willen we dat de wijkpsychiatrie gaat worden en wat kunnen we daarbij leren van 'De Nieuwe GGZ'? Het *tweede* deel, de hamburger in de Big Mac, beschrijft pragmatisch hoe je afstemming en overleg kunt organiseren tussen cliënten, hun families en de verschillende teams waarmee cliënten te maken krijgen, namelijk door het organiseren van een 'zorgafstemmingsgesprek' (ZAG). Niet om een model te schetsen van hoe het *moet*, maar wel om te tonen dat het *kan*, dat het te organiseren is en dat het werkt.

Het is de hoop van de auteurs dat dit boek iets kan betekenen voor allen die betrokken zijn bij hulp in de wijk aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Ik hoop dat het boek wordt geïncorporeerd in de deskundigheden van de betrokkenen en kan bijdragen aan competenties van veel verschillende werksoorten en van professionals, vrijwilligers en steunbieders van familie. Ik wens u allen daarbij veel leesplezier!



# DEEL I

Met het efficiënter en effectiever organiseren van zorg en ondersteuning neemt de noodzaak tot integraal samenwerken toe. Intramuraal en extramuraal schuiven in elkaar. Transmurale ketenzorg en -ondersteuning lijkt de standaard te worden, zowel in als tussen het sociaal domein, de algemene gezondheidszorg, de maatschappelijke gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Deze integraliteit in samenwerking vraagt om nieuwe werkprocessen en competenties van de professional. Om hieraan een bijdrage te leveren wordt in dit deel een eerste aanzet gegeven tot een modelbeschrijving ten behoeve van een integrale werkwijze met de bijbehorende competenties voor professionals en opleidingen in het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg. Het biedt handvatten om gezamenlijk te starten met integraal samenwerken en om de competenties aan te scherpen. Ook voor professionals uit andere werkvelden dan het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg kan het een bruikbaar perspectief bieden op integrale samenwerking en als leidraad dienen voor nieuwe samenwerkingsmodellen en -werkwijzen.



# 1 DE ROL VAN DE PROFESSIONAL IN HET AFSTEMMEN VAN ZORG

In het gemeentelijk sociaal domein en in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben zich in de afgelopen jaren vele veranderingen voorgedaan. Deze veranderingen hebben verstrekende gevolgen gehad voor het gehele zorgstelsel. Vanuit visie en economische overwegingen is de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen rigoureus veranderd. In de jaren voor de transitie en transformatie van de domeinen leverden de grote ggz-instellingen integrale en geïntegreerde totaalzorg op alle levensgebieden. Die totale integratie binnen één instelling is er niet meer en dat vraagt om nieuwe samenwerkingsvormen tussen instellingen en domeinen.

## 1.1 TRANSITIE IN HET SOCIAAL DOMEIN

De transitie in *het sociaal domein* komt voort uit de inefficiëntie van het voormalige (en deels huidige) zorgstelsel en een groeiend besef dat er iets verwacht mag en kan worden van de burger. Richtinggevende thema's zijn: meer mensgericht werken, het leveren van betaalbare zorg en het verlenen van maatschappelijk ingebedde ondersteuning. Met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geeft de Rijksoverheid uiting aan het transitieproces in de vorm van wet- en regelgeving. De impact van deze wet is voelbaar in het gehele sociaal domein en daarbuiten. Gemeenten richten zich met de Wmo op de zorg voor en de ondersteuning van alle burgers binnen hun gemeentegrenzen.

Met de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet en de Participatiewet is het aantal domeinen waarvoor gemeenten de verantwoordelijkheid hebben nog verder vergroot. Gemeenten dienen zich nu op het volledige maatschappelijke domein te richten. Het vergroten van de eigen kracht van burgers, van eigen regie en zelfmanagement is richtinggevend, evenals de promotie van burgerschap, burgerparticipatie en wijkparticipatie. Dit is zo'n grote opgave dat de Raad voor Maatschappelijke Ontwikke-

ling (2014) zich bij de invoering van de Wmo al zorgen maakte over de mogelijkheid dat de wet sociale groeperingen in zwakke posities zou kunnen benadelen.

## 1.2 TRANSITIE IN HET DOMEIN VAN DE GGZ

Het sociaal domein heeft meer dan ooit te maken gekregen met cliënten<sup>1</sup> die relatief vaak in een sociaal zwakke positie verkeren; het *domein van de ggz*. Ook in dit domein is een transitie gaande naar een uitsplitsing in geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts, zorg in de basis-ggz of zorg in de specialistische ggz (SGGZ). Meer specifiek zien we in de SGGZ een transformatie naar een meer herstelondersteunende, ambulante en opnamevoorkomende visie en handelswijze. Het ondersteunen van het persoonlijke herstelproces van de cliënt, vaak aangeduid als herstelondersteunende zorg (HoZ), heeft in de SGGZ vaste voet aan de grond gekregen. Een kenmerkende doelstelling is de reductie van bedden in de kortdurende en langdurige psychiatrie. Er is hoop dat de langdurige, klinische verblijfsafdelingen tot het verleden gaan behoren, zodat er meer vormen van wonen en behandelen op maat aangeboden kunnen worden.

## 1.3 SAMENWERKEN ALS INTEGRAAL ONDERDEEL VAN DE BEROEPS- EN OPLEIDINGSPROFIELEN

De ontwikkelingen in het sociaal domein en de ggz doen een toenemend beroep op het vermogen van professionals om hun positie in de zorgketen te kennen en de zorg af te stemmen met ketenpartners. De steeds kortere duur van klinische opnames dwingt tot nauwere samenwerking met de ambulante teams. Waar deze ambulante teams in het verleden ernaar streefden om de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zo integraal mogelijk te verlenen, zijn zij door de ontwikkelingen in het sociaal domein eveneens gedwongen tot samenwerking met verschillende ketenpartners.

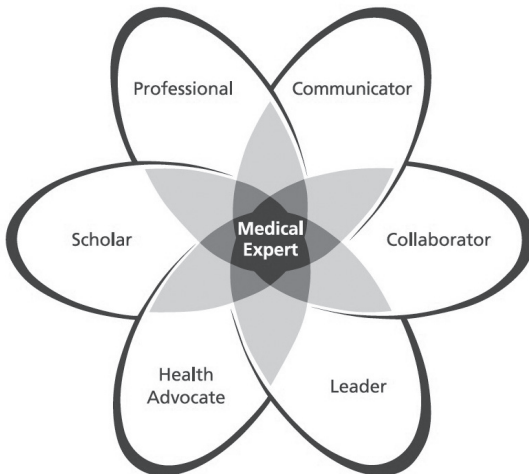
De veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg lopen parallel aan vergelijkbare veranderingen in de somatische gezondheidszorg. Ook ziekenhuisverblijven worden steeds korter, waardoor de samenwerking met de thuiszorg belangrijker wordt. De thuiszorg heeft weer in toenemende mate te maken met ketenpartners

1 In dit boek wordt gesproken van 'cliënt' indien er sprake is van een formele relatie met een zorgorganisatie. In dit kader is er bewust niet gekozen voor de term 'patiënt', omdat deze term niet als passend wordt ervaren in de gelijkwaardige relatie die wordt nagestreefd in het proces van zorgafstemming.

in het sociaal domein. Het is dan ook niet vreemd dat deze ontwikkelingen weer spiegelen in de meest recente beroepsprofielen voor hulpverleners.

## 1.4 CANMEDS

De huidige beroepsprofielen voor artsen, psychologen, verpleegkundigen en de meeste paramedici volgen het CanMEDS-model van het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Figuur 1.1). De CanMEDS onderscheidt zeven verschillende beroepscompetenties die een hulpverlener nodig heeft bij het verlenen van goede zorg. De competentie van het verlenen van vakinhoudelijke zorg (zoals medische, verpleegkundige of fysiotherapeutische zorg) staat hierin centraal. Daarnaast worden nog zes andere competenties beschreven waarmee hulpverleners direct of indirect een bijdrage leveren aan de zorg.



Figuur 1.1 De originele weergave van het CanMEDS-model. Copyright© 2015 *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Gereproduceerd met toestemming.

De accenten in deze zes competenties tussen de verschillende zorgberoepen verschillen van elkaar, maar in alle beroepsprofielen die volgens de CanMEDS zijn beschreven, komt de competentie van samenwerkingspartner expliciet naar voren als een van deze zes. Naast een goede samenwerkingsrelatie en gezamenlijke besluitvorming met de cliënt en diens naasten, onderschrijft deze competentie het belang van een goede samenwerking, voortdurende onderlinge afstemming en overdracht binnen de zorgketen. In de verschillende opleidingsprofielen worden meer specifieke kennis, vaardigheden en houdingsaspecten beschreven die nodig

zijn om competent te zijn op het betreffende vlak (zie Box 1.1 voor een voorbeeld vanuit het opleidingsprofiel hbo-verpleegkunde). Enkele kernbegrippen zijn duidelijk zichtbaar: doorverwijzen, gezamenlijke besluitvorming, en waarborgen van de continuïteit van de zorg.

### **CanMEDS-rol Samenwerkingspartner**

#### *Kernbegrip: Continuïteit van zorg*

Het delen van kennis en informatie gericht op het garanderen van een ononderbroken betrokkenheid van de noodzakelijke hulpverleners bij het zorgverleningsproces van de zorgvrager door de tijd heen.

#### *Kennis*

- Kent ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio;
- Kent (potentiële) samenwerkingspartners in en buiten de zorg;
- Kent zorglogistieke processen en knelpunten in het zorgproces;
- Kent methoden van doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht en daarbij relevante wet- en regelgeving.

#### *Vaardigheden*

- Kan de communicatie tussen de verschillende hulpverleners bevorderen;
- Kan zorglogistieke processen beïnvloeden ten gunste van een soepel lopend zorgproces;
- Kan efficiënt en effectief verslagleggen, overleggen en overdragen en brengt collega's en andere betrokken hulpverleners inhoudelijk op de hoogte van de uitkomsten van (multidisciplinair) overleg.

#### *Attitude*

- Toont een gelijkwaardige, open houding in het contact met zorgvragers en diens naasten, met collega's, in het multidisciplinaire team en met andere samenwerkingspartners;
- Stelt de zorgvraag, het belang van de zorgvrager en het zonder onderbrekingen verlopen van het zorgproces centraal.

Box 1.1 Uitwerking van het kernbegrip continuïteit van zorg horende bij de CanMEDS-rol Samenwerkingspartner in het BN2020-opleidingsprofiel voor hbo-verpleegkundigen. Copyright © 2015 Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde. Gereproduceerd met toestemming.

## 1.5 OPLEIDINGSPROFIEL SOCIAAL WERK

Ten tijde van het schrijven van dit boek vindt een verschuiving plaats in de opleidings- en beroepsprofielen van de maatschappelijk werkers, sociaal pedagogisch hulpverleners en social workers. Het in 2017 verschenen *Landelijk Opleidingsdocument Sociaal Werk* schetst de kaders voor een gedeelde opleidingsbasis en nieuwe uitstromingsprofielen waarin deze beroepen onder nieuwe benamingen zijn opgenomen. Dit document beschrijft de competenties van de professionals sociaal werk door middel van een andere methodiek dan die van de CanMEDS. Vanuit drie kerntaken worden tien kwalificaties beschreven waaraan iedere professional in sociaal werk dient te voldoen.

Versterken van de organisatorische verbanden waarbinnen sociaal werk plaatsvindt	5.	Professionals sociaal werk voeren effectieve regie ten aanzien van bijvoorbeeld indicatie, verwerving en inzet van middelen en inzet van professionals sociaal werk en andere betrokken professionals in specifieke gevallen. Ze werken transparant, resultaatgericht en efficiënt en onderscheiden output en outcome.
	6.	Professionals sociaal werk dragen bij aan interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking binnen en tussen (professionele) netwerken. Dat doen ze op zodanige wijze dat mensen, netwerken en gemeenschappen hun eigen doelstellingen kunnen halen.
	7.	Professionals sociaal werk opereren actief en ondernemend. Ze dragen bij aan de voortgang van teamwerk, communiceren wat er moet gebeuren aan teamleden, dragen bij aan opdrachtverwerving bij aanbestedingen en zetten onderwerpen op de agenda bij opdrachtgevers. Ze opereren soms ook zelf als sociaal ondernemer.

Box 1.2 De kerntaak 'Versterken van organisatorische verbanden waarbinnen sociaal werk plaatsvindt' met de daarbij behorende kwalificaties uit het Landelijk Opleidingsdocument Sociaal Werk. Copyright© 2017 Landelijk Opleidingsdocument Sociaal Werk. Gereproduceerd met toestemming.