

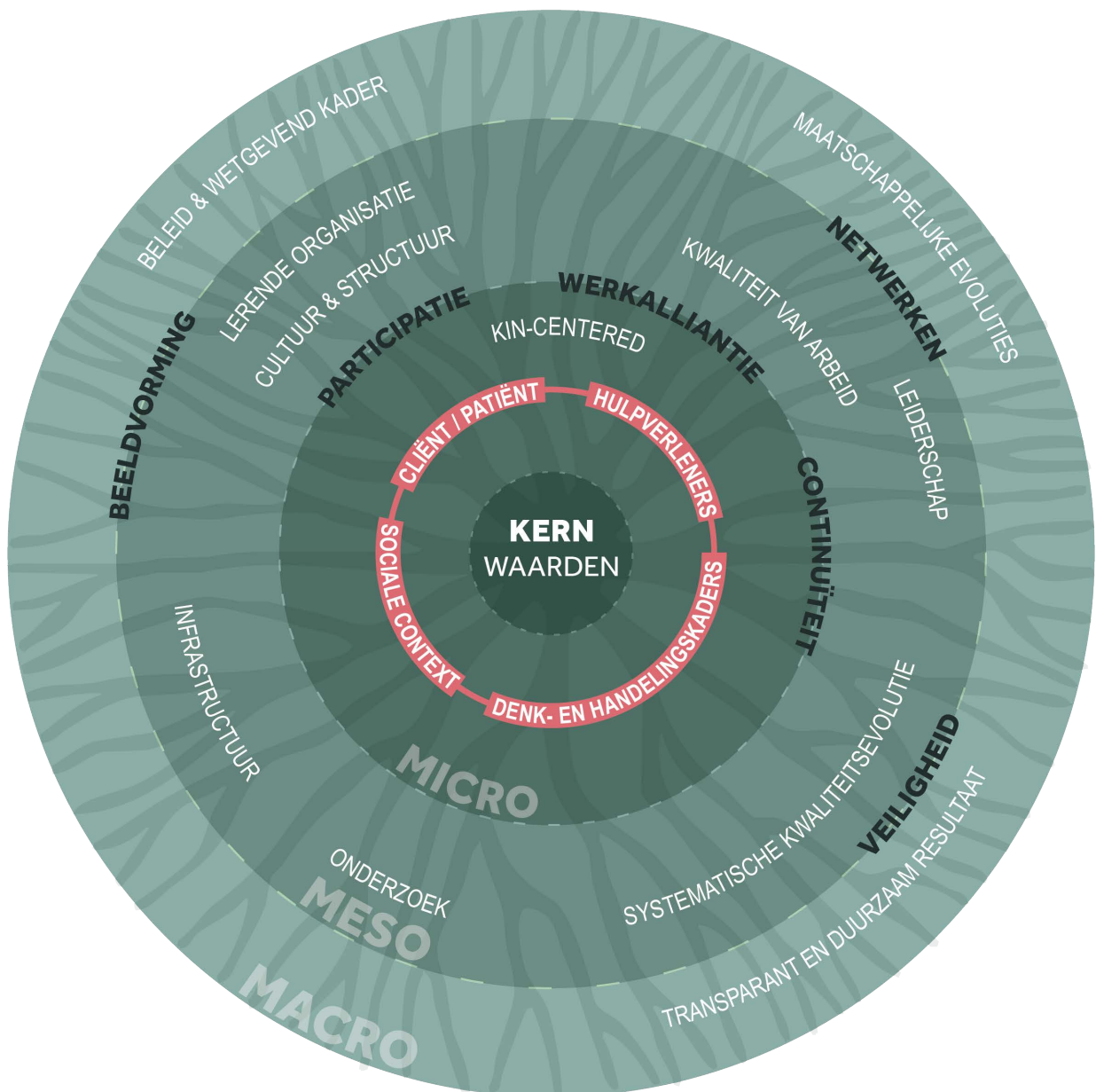


**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

**BEGELEIDENDE NOTA EERSTE VERSIE INTERSECTORAAL EN WAARDENGEDREVEN KADER VOOR  
KWALITEIT VAN ZORG EN HULPVERLENING**





**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

## INLEIDING

Met financiering vanuit het Impulsfonds werken Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen en Bethanië Geestelijke Gezondheidszorg<sup>1</sup> samen aan een onderzoeksproject met betrekking tot het thema kwaliteit van zorg en hulpverlening. Eén van de pijlers van dit project is te komen tot een innovatief en intersectoraal kader waarin de essentiële domeinen met betrekking tot kwaliteit van zorg en hulpverlening samengebracht worden. In deze nota geven we toelichting bij de eerste en voorlopige versie van dit kader dat werd uitgewerkt op basis van:

- **Eigen exploratief onderzoek** (wat vinden bevraagde medewerkers, patiënten/jongeren, hun sociale context, beleids mensen essentieel met betrekking tot kwaliteit van zorg en hulpverlening?);
- **Wetenschappelijke literatuur** (wat zeggen publicaties met betrekking tot de sectoren gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, sociaal werk & jeugdzorg over kwaliteit van zorg en hulpverlening?);
- **Beleidsdocumenten** (wat zeggen (visie)teksten vanuit JEA en Bethanië GGZ, beleidsdocumenten vanuit de overheid, visieteksten van de SAR WGG<sup>2</sup>, visieteksten van koepelorganisaties als Zorgnet Icuuro en het Vlaams Welzijnsverbond, visieteksten vanuit de Europese Commissie, ... over kwaliteit van zorg en hulpverlening?).

De eerste versie van dit intersectorale kader en de duiding ervan in onderstaande tekst is een startpunt. Het vormt de achtergrond waartegen we het proces van onze verdere zoektocht willen aftekenen en waarop we ons – in dialoog met alle stakeholders – willen verhouden. Ondanks mogelijke verschillen in visie, gaan we hierbij uit van een gedeeld belang: het faciliteren, organiseren en aanbieden van kwaliteitsvolle zorg en hulpverlening voor eenieder die hierop een beroep wenst te doen.

## DRIE NIVEAUS ROND DE KERN: MICRO, MESO & MACRO

De **kern** van het voorgestelde kader voor kwaliteit van zorg en hulpverlening wordt gevormd door **waarden**. Deze waarden zijn richtinggevend voor alle andere elementen die in het kader aanwezig zijn. We spreken dan ook over een **waardengedreven kader** voor kwaliteit van zorg en hulpverlening. De waarden zijn nauw verbonden met de visie op mens- en wereld die door de betrokken organisaties wordt uitgedragen. Daarin staan o.m. de holistische benadering van ieder mens, respect voor uniciteit, gelijkwaardigheid, openheid en vertrouwen centraal.

---

<sup>1</sup> Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen en Bethanië Geestelijke Gezondheidszorg zijn de initiatiefnemers van het project, maar zijn van bij de start het engagement aangegaan om vanaf september 2021 de collega's van Emmaüs woonzorg en de VAPH-instellingen te betrekken.

<sup>2</sup> De Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) werd op 31 december 2018 opgeheven en vervangen door de Vlaamse Raad Welzijn Volksgezondheid en Gezin (VLAR WVG).



**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

Rondom de kern onderscheiden we drie concentrische cirkels die symbool staan voor drie niveaus:

- Het **microniveau** waar cliënten/patiënten en de zorg- of hulpverleners mekaar ontmoeten;
- Het **mesoniveau** of organisationele niveau;
- Het **macroniveau** of het niveau van de samenleving.

De open ruimtes in de concentrische cirkels en de stippellijnen symboliseren de interdependentie tussen het micro-, meso- en macroniveau en de respectievelijke elementen van kwaliteit die erin zijn opgenomen: ze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden mekaar voortdurend. We proberen hiermee het beeld op te roepen van een open, dynamisch en adaptief systeem. De achtergrond waartegen de concentrische cirkels zijn afgetekend, verbeeldt de grote complexiteit van zorg en hulpverlening die gekenmerkt is door de aanwezigheid van ‘wicked problems’<sup>3</sup>. Met dit beeld trachten we een belangrijk spanningsveld te vatten in het denken over kwaliteit van zorg en hulpverlening. Door belangrijke elementen van kwaliteit samen te brengen in een kader, zou het kunnen lijken alsof de essentie van kwaliteit als het ware opgesloten kan worden in een comprehensief, allesomvattend geheel dat we volledig kunnen bevatten en beïnvloeden. We denken echter dat de complexiteit van zorg en hulpverlening dit niet toelaat. Daarom plaatsen we ons waardengedreven kader tegen de achtergrond van een ‘rizoom’: een complexe netwerkstructuur waarin alles met elkaar in verbinding staat (Guattari & Deleuze, 2014). De kwaliteit van een dergelijke structuur laat zich niet vatten in comprehensieve kaders, maar uit zich in de kwaliteit van alle individuele verbindingen, zowel klein als groot. De rizoomtheorie biedt ons inspiratie om de complexiteit die zorg en welzijn kenmerkt te helpen denken. Om dit te illustreren, hanteren we de metafoer van een bos. Elk bos kent een bovenlaag met bomen, struikgewas, ... Als we door een bos wandelen, is ook dat wat we zien. Waar we ons echter minder van bewust zijn, is dat het bos als ecosysteem vooral bepaald wordt door het rizoomnetwerk dat ondergronds de verschillende wortelstelsels met elkaar verbindt. Het is de kwaliteit van die verbindingen die het geheel al dan niet tot een werkend geheel maken. In bosbeheer is er veelal grote aandacht voor alles wat bovengronds gebeurt. Dat is niet anders in de wereld van zorg en welzijn. Maar – net als bij een bos – wordt de kwaliteit van zorg en welzijn bepaald door onderliggende verbindingen. Met andere woorden: alles wat zich boven de grond afspeelt, wortelt in en wordt gevoed door de ondergrond. Dat verwijst naar de vaak gehoorde opmerking dat de essentie van het werk in zorg en welzijn moeilijk meet- of zichtbaar te maken is. Hoe dan ook is de samenhang tussen de verschillende lagen, datgene wat bovengronds (zichtbaar) gebeurt en datgene wat ondergronds zit (onzichtbaar) en de verbindingen die nodig zijn om dat alles tot een werkend geheel te maken, essentieel in ons denken over kwaliteit van zorg en welzijn. Dat hebben we willen vatten in onze eerste versie van het kwaliteitskader.

---

<sup>3</sup> ‘Wicked problems’ (in het Nederlands ook wel ongestructureerde problemen genoemd) hebben onderling wisselende oorzaken, er zijn meerdere partijen bij betrokken die mogelijk tegenstrijdige prioriteiten en waarden hebben, en vereisen gecoördineerde oplossingen doorheen verschillende systemen en actoren (McGinty et al., 2021).



**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

## Microniveau

Op micro-niveau onderscheiden we eerst en vooral de **cliënt/patiënt**. Deze laatste staat immers centraal in zorg en hulpverlening. In de literatuur wordt in dit kader vaak gesproken over ‘person-centered care’ (o.m. Mosadeghrad, 2012; Hanefeld, Powell-Jackson & Balabanova, 2017; Kilbourne et al., 2018). In dit kader willen we de cliënt/patiënt echter onmiddellijk plaatsen binnen haar/zijn sociale context. Om dit te doen vanuit de mens- en wereldvisie die ten grondslag ligt aan de kernwaarden binnen ons kader, maken we hier de link met het concept ‘kinship’ (Lachman, Batalden & Vanhaecht, 2021). Hiermee willen we verduidelijken dat zorg en hulpverlening niet enkel gericht is op de cliënt/patiënt, maar op de mens als geheel, ingebed in haar of zijn sociale context. We bekijken cliënten/patiënten niet enkel vanuit een deficitmodel, als personen met een bepaald probleem of psychische kwetsbaarheid, maar benaderen mensen als geheel. Hetzelfde gaat op voor de betrokken **zorg- en hulpverleners**: ook zij zijn ingebed in een bepaalde sociale context die een rechtstreeks effect heeft op de wijze waarop zij (ook professioneel) functioneren. Wij volgen Lachman et al. (2021) in hun stelling dat zorg- en hulpverlening niet enkel ‘person-centered’ dient te zijn in de enge betekenis, maar ‘kin-centered’. Dit impliceert dat eenieder die betrokken is bij de cliënt/patiënt, maar ook bij de zorg- of hulpverlener, gevat wordt onder het concept ‘kinship’<sup>4</sup>. Dit sluit ook aan bij evoluties als vermaatschappelijking van de zorg, waar bij het sociaal netwerk van cliënten/patiënten een steeds actievere rol gaat spelen. Op deze wijze worden zorg en hulpverlening als het ware gecoproduceerd door cliënten/patiënten, professionele zorg- en hulpverleners en mantelzorgers.

Voornoemde ‘kin-centered’ approach heeft eveneens een invloed op de **denk- en handelingskaders** die ingezet worden in functie van het bijdragen aan het co-creëren van zorg- en welzijn. Het gaat hierbij niet om een louter technisch-rationele, strikt ‘evidence-based’ benadering, maar een evenwichtige, gelijkwaardige dialoog tussen verschillende expertisevormen: onze denk- en handelingskaders zijn gebaseerd op het kruisen van wetenschappelijke kennis, ervaringsdeskundigheid van cliënten/patiënten en professionele kennis van zorg- en hulpverleners (Hermans & Van Regenmortel, 2014). Hierbij hanteren we geen hiërarchie, noch gaat het om compromis. Zoals eerder geopperd, leidt de gehanteerde ‘kin-centered’ benadering tot de co-productie van de denk- en handelingskaders waarin voornoemde vormen van kennis als gelijkwaardig worden beschouwd.

Zorg en hulpverlening is bij uitstek een relationeel gebeuren. In onze Westerse samenleving wordt de relatie tussen mensen die hulp verstrekken en zij die hulp ontvangen al eeuwenlang omschreven als de hoeksteen van dergelijke processen. In het Corpus Hippocraticum, teksten die geassocieerd worden met de Griekse arts Hippocrates, wordt het belang van een respectvolle, vriendelijke, ondersteunende relatie tussen arts en patiënt reeds benadrukt. Doorheen de tijd is het idee dat de relatie tussen zorg- en hulpverleners en hun cliënten/patiënten van het allergrootste belang is geëvolueerd tot de essentie van alle helpende beroepen (Horvath, 2018).

---

<sup>4</sup> Een letterlijke vertaling van het concept doet wellicht onrecht aan de gelaagde betekenis, maar wellicht komt ‘verwantschap’ nog het dichtst in de buurt.



**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

In ons kader conceptualiseren we voornoemde ‘helpende relatie’ als een **werkalliantie**. Dit pantheoretisch concept (Bordin, 1979) kan toegepast worden in alle professionele vormen van menselijke veranderingsprocessen (Flückiger et al., 2018). Dat maakt het ons inziens geschikt om te hanteren in dit intersectorale kader. Bovendien sluit het aan bij de eerder vermelde ‘kin-centered’ benadering aangezien in het concept werkalliantie het belang van een samenwerkingsverband tussen zorg- en hulpverleners en cliënten/patiënten benadrukt wordt (Bordin, 1979). Daarmee wordt de actieve betrokkenheid van de betrokken partners en de gelijkwaardigheid in het tot stand komen van zorg- en hulpverleningsprocessen vooropgesteld. De werkalliantie wordt traditioneel voorgesteld als een dyadische relatie tussen cliënt/patiënt en zorg- en hulpverlener (Doran, 2016). Desalniettemin gaat het in zorg en hulpverlening steeds over het maken van meervoudige connecties in de complexe context van het medicopsychosociale domein (Van Ewijk, 2014), wat betekent dat het faciliteren van die relationele verbindingen op verschillende niveaus (micro, meso, macro) dient te gebeuren. Een werkalliantie wordt met andere woorden niet gevormd binnen een vacuüm. Er is een duidelijke link met de organisationele context dewelke dan weer ingebed is in een bredere maatschappelijke structuur en beïnvloed wordt door culturele, economische, sociale en juridische instituties. Dit hebben we proberen te verbeelden door het concept werkalliantie in ons kader op de grens tussen het micro- en het mesoniveau te plaatsen.

### **Mesoniveau**

In de inleiding wordt reeds verwezen naar onze poging om het kader met betrekking tot kwaliteit van zorg en hulpverlening weer te geven als een open, dynamisch en adaptief systeem. Op organisationeel niveau uit zich dit in de positionering van zorg- en hulpverleningsorganisaties als **lerende organisaties**. Dit impliceert dat – via een open en lerende houding – voortdurend ingespeeld wordt op een veranderende context (Senge, 1990). We verbinden het concept lerende organisatie met de andere elementen op mesoniveau:

- **organisatiecultuur en -structuur** hebben een grote impact op de wijze waarop zorg- en hulpverleningsprocessen tot stand komen (Vereycken et al., 2017);
- **leiderschap** heeft een sterke invloed op het leren en ontwikkelen in organisaties (Sfantou et al., 2017).
- leertrajecten zoals **supervisie, intervisie** en vorming zorgen ervoor dat medewerkers voortdurend kansen en ruimte krijgen om te leren;
- wetenschappelijk **onderzoek** kan een bijdrage leveren aan organisationele en individuele leerprocessen.

In het licht van het voorgaande maken we in ons kader een expliciete verbinding tussen **kwaliteit van arbeid** en kwaliteit van zorg en hulpverlening. Dit sluit aan bij het ‘kinship’ concept dat eerder aan bod kwam en drukt uit dat het realiseren van kwaliteitsvolle zorg en hulpverlening voor cliënten/patiënten vraagt om het realiseren van kwaliteitsvolle jobs voor de professionals die in het proces betrokken zijn (De Prins & Henderickx, 2007).



**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

Ons denken over kwaliteit van zorg en hulpverlening wordt op deze manier gestuurd door een 'quadruple' of 'viervoudige' doelstelling (Bodenheimer & Sinsky, 2014):

- 1) Het werken aan *(geestelijke) gezondheid en welzijn*;
- 2) Het werken aan de *'ervaren baat'* van personen met een zorgbehoefte;
- 3) Het creëren van een *meerwaarde* met de beschikbare (schaarse) middelen;
- 4) Het werken aan *kwaliteit van arbeid*.

Voornoemde doelstellingen trachten we te realiseren door voortdurend verbindingen te maken met de verschillende stakeholders die betrokken zijn op zorg en hulpverlening: in de eerste plaats de cliënt/patiënt en diens sociale context, maar ook zorg- en hulpverleners en beleidsmensen. Een sleutelwoord in het creëren van een lerende organisatie is betekenisvolle **participatie**. Dit impliceert dat alle stakeholders, maar in het bijzonder de cliënt/patiënt en haar of zijn sociale context de ruimte of mogelijkheid krijgen om hun stem te laten horen en hierbij ondersteund worden. Echter, participatie wordt pas betekenisvol wanneer die stem ook gehoord wordt en ook daadwerkelijk impact heeft (Lundy, 2007).

Binnen een lerende organisatie betekent werken aan kwaliteit inzetten op een **systematische kwaliteitsevolutie**. Hierbij koppelen we kwaliteit aan reflexiviteit: een proces van voortdurend bevragen en uitdagen van denken en handelen in functie van het mee-evolueren en aanpassen binnen een complexe en volatiele context. Deze reflexiviteit draagt bij aan het zichtbaar maken van wat er eigenlijk gebeurt in zorg- en hulpverleningsprocessen (Perlinski, Blom & Morén, 2012), iets wat tegelijkertijd helpend is om de soms stereotype **beeldvorming** met betrekking tot de situatie van cliënten/patiënten en de realiteit van zorg- en hulpverleningsorganisaties bij te sturen.

Het concept kwaliteit heeft binnen de wereld van zorg en hulpverlening een duidelijke evolutie doorgemaakt. In de eerste helft van vorige eeuw werd kwaliteit vooral ingevuld als een soort van minimumdrempel die moest bereikt worden (Lachman et al, 2021). Later verschoof de focus naar organisationele systemen en processen die tot kwaliteitsvolle resultaten moesten leiden (Donabedian, 1988) en vandaag wordt er steeds meer nadruk gelegd op de noodzaak tot samenwerking tussen de verschillende betrokken actoren die samen kwaliteitsvolle zorg en hulpverlening realiseren (Lachman et al, 2021). Gezien de complexiteit van zorg- en hulpverleningssituaties leidt voornoemde samenwerking tot het ontstaan van **netwerken**. Netwerkvorming doet zich voor op verschillende niveaus: zowel binnen als buiten de organisatie en over sectoren heen.

Samenwerking en netwerkvorming draagt bij aan het realiseren van **continuïteit** in zorg en hulpverlening. Ook dit plaatsen we in een dynamisch perspectief: continuïteit hoeft immers niet noodzakelijk verengd te worden tot stabiliteit. Vanuit reflexiviteit komen tot voortdurende aanpassing van zorg-, hulpverlenings- en organisationele processen is wellicht de beste garantie op een continue, maar aangepaste zorg.



**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

Net als netwerken en continuïteit vormt **veiligheid** een element van kwaliteit van zorg en hulpverlening dat niet kan toegewezen worden aan één niveau in ons kader. Veiligheid kan verwijzen naar een essentieel individueel recht van cliënten/patiënten, maar ook naar een kenmerk van de werkaliantie, kwaliteit van arbeid en kan ook de betekenis krijgen van veiligheid van of binnen de samenleving.

### **Macroniveau**

Op macroniveau kunnen we niet voorbij aan de elementen **beleid & wetgevend kader**. Het sociaal beleid dat op Europees, nationaal, regionaal en lokaal niveau gevoerd wordt, heeft namelijk rechtstreeks en onrechtstreeks een impact op kwaliteit van zorg en hulpverlening. Sociaal beleid dienst zorg- en hulpverleningsorganisaties in staat te stellen om eenieder – en in het bijzonder de meest kwetsbare mensen – de kans te bieden om mensenrechten te effectueren en zo bij te dragen aan sociale inclusie (Boxstaens, Gibens, Tirions & Raeymaeckers, 2019).

Daarnaast dient dit beleid ondersteund te worden door een stabiel wetgevend kader waarin belangrijke elementen van kwaliteit zoals een holistische benadering, ruimte voor lerende organisaties en de betrokkenheid van cliënten/patiënten bij organisatie en evaluatie van zorg en hulpverlening verankerd zijn (Europese Commissie, 2010).

We hebben in de inleiding reeds verwezen naar de overkoepelende doelstelling die alle betrokken stakeholders in de wereld van zorg en welzijn met elkaar verbindt, met name het faciliteren, organiseren en aanbieden van kwaliteitsvolle zorg en hulpverlening voor eenieder die hierop een beroep wenst te doen. Uiteindelijk dient het nastreven van deze overkoepelende doelstelling te leiden naar een **transparant en duurzaam resultaat**. Vanuit dat perspectief wordt kwaliteit van zorg en hulpverlening in essentie bepaald door de wijze waarop een meerwaarde wordt gecreëerd voor de samenleving. Door in voortdurende dialoog met alle stakeholders te reflecteren over kwaliteit van zorg en hulpverlening, worden onderliggende processen zichtbaar gemaakt. Deze transparantie is nodig om te komen tot verantwoorde maatschappelijke keuzes met betrekking tot de relevantie van zorg en hulpverlening voor individuen, organisaties en de samenleving als geheel.



**Jeugdzorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

## BIBLIOGRAFIE

Boxstaens, J., Gibens, S., Tirions, M. & Raeymaeckers, P. (2019). Sociaal werk definiëren. In: M. Tirions, P. Raeymaeckers, A. Cornille, S. Gibens, J. Boxstaens & Y. Postma (Reds.). *#SociaalWerk*. Leuven: Acco, pp. 27 – 58.

Bodenheimer T.& Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med.*, 12, pp. 573 – 576.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), pp. 252 – 260.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2013). *A Thousand Plateaus*. London: Bloomsbury.

Doran, J. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), pp. 146 – 163.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), pp. 1743 – 1748.

European Commission. (2010). *Common Quality Framework for Social Services of General Interest*. Brussels: Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal opportunities of the European Commission.

Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. and Horvath, A. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytical Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), pp. 316 – 340.

Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. & Balabanova, D. (2017). *Bull World Health Organ*, 95, pp. 368 – 374.

Hermans, K. & Van Regenmortel, T. (2014). *Conceptnota “een empowerende academische werkplaats”*. KULeuven: LUCAS – HIVA.

Horvath, A. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), pp. 499 – 516.

Kilbourne, A., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O’Brien, R., Tomoyasu, N. & Pincus, H. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*, 17(1), pp. 30 – 38.

Lachman P, Batalden P and Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health [version 2; peer review: 2 approved with reservations] F1000Research 2021, 9:1140 <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.2>

Lundy, L. (2007). ‘Voice’ is not enough: conceptualizing Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *British Educational Research Journal*, 33(6), pp. 927 – 942.





**Jeugd zorg  
emmaüs**  
Antwerpen



**Bethanië**  
geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

McGinty, E., Murphy, K., Dalcin, A., Stuart, E., Wang, N-Y., Dickerson, F., Gudzone, K., Jerome, G., Thompson, D., Cullen, B., Gennusa, J., Kilbourne, A. & Daumit, G. (2021). A Model for Advancing Scale-Up of Complex Interventions for Vulnerable Populations: the ALACRITY Center for Health and Longevity in Mental Illness. *J Gen Intern Med*, 36(2), pp. 500 – 505.

Mosadeghrad, A. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Mat Soc Med.*, 24(4), pp. 251 – 261.

Perlinski, M., Blom, B. and Morén, S. (2012). Getting a sense of the client: Working methods in the personal social services in Sweden. *Journal of Social Work*, 13(5), pp. 508 – 532.

Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Currency Doubleday.

Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifika-Pistolla, D., Matalliotakis, M. & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5(4), <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>

Van Ewijk, H. (2014). *Omgaan met sociale complexiteit. Professionals in het sociale domein*. Amsterdam: Uitgeverij S.W.P.

Vereycken, Y., Dessers, E., De Kort L. & Van Hootegem, G. (2017). Zorgproeftuinen aan het werk. De impact van zorginnovaties op organisatie van de zorg en kwaliteit van arbeid. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 32(2), pp. 183 – 198.