

Recht op kwaliteitsvolle zorg voor minderjarigen: van EBP naar co-creatieve kennis- en leergemeenschappen

Valérie Carrette

Sociaal agoog en coördinator van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Inge Neyens

Senior wetenschappelijk medewerker bij LUCAS – centrum voor zorgonderzoek en consultancy

Koen Hermans

*Deeltijds docent aan het Centrum voor Sociologisch Onderzoek van de KULeuven en
projectleider bij LUCAS – centrum voor zorgonderzoek en consultancy*

ABSTRACTS

Kinderen hebben recht op toegang tot voorzieningen die verantwoordelijk zijn voor de opvang, bescherming, en zorg van kinderen. Deze zorg dient aan de hoogste kwaliteitsstandaarden te voldoen. Het wetenschappelijk onderzoek inzake de welzijns- en gezondheidszorg draagt bij tot het definiëren van deze kwaliteitsstandaarden. Het evidence-based practice (EBP)-paradigma is in het wetenschappelijk onderzoek ter zake door overheden dominant naar voor geschoven, maar oogst in bepaalde gevallen van de welzijns- en gezondheidszorg ook veel kritiek. In deze bijdrage gaan we in op de verschillende benaderingen van EBP, het implementatievraagstuk (hoe wetenschappelijk onderzoek implementeren in de praktijk), en duiden we nieuwe tendensen aan in kennisontwikkeling met betrekking tot kwaliteitsvolle zorg. Lineair georganiseerde processen van kennisontwikkeling en -deling evolueren naar meer iteratieve en participatieve vormen, het belang van ICT in kennis- en leerprocessen neemt toe, de cliënt krijgt een centrale rol in het definiëren van kwaliteit van zorg en een nieuwe invulling van leiderschap en management is wenselijk. We benoemen dit als co-creatieve kennis- en leerprocessen.

Kinderrechten – Recht op kwaliteitsvolle zorg – Evidence-based practice – Co-creatieve kennisprocessen

Children have the right on accessible, high quality facilities that are responsible for their daily care and protection. Scientific research on health, welfare and social services for children and young people contributes in defining high quality standards. The evidence-based practice (EBP) paradigm is authoritative, but also gets criticized by certain sections within health, welfare and social services. This contribution describes the different ways EBP is approached, the issue of implementation (how do we implement scientific research into practice), and the development of new approaches within scientific research on high quality care. Linear organized processes of knowledge development and sharing evolve into more iterative and participatory approaches, the importance of ICT in knowledge and learning processes increases, the client is given a central role in defining quality of care and a new interpretation of

leadership and management is desirable. We identify this as co-creative knowledge and learning processes.

Children's rights – Right on high-quality care – Evidence-based practice – Co-creative knowledge and learning communities

Tout enfant a le droit à l'accès aux structures responsables de l'accueil, de la protection et des soins des enfants dont les soins répondent aux plus hauts standards de qualité. La recherche scientifique en matière de l'aide sociale et des soins de santé pour les enfants et les jeunes contribue à définir les normes de qualité. Le paradigme 'evidence-based practice' (EBP) fait autorité, mais dans certains secteurs de l'aide sociale et des soins de santé il fait l'objet de bien de critiques. Dans cet article nous discuterons les différentes approches de l'EBP, le problème de mise en œuvre la recherche scientifique dans la pratique et le développement et l'intégration de nouvelles approches dans la recherche scientifique vers une assistance de qualité. Les processus organisés linéaire du développement des connaissances évoluent dans un sens plus itérative et participative, l'importance des TIC dans les processus d'apprentissage augmente, le client se voit attribuer un rôle central dans la définition de la qualité des soins et une nouvelle interprétation de leadership est souhaitable. Nous identifions cette évolution comme les processus de connaissances et d'apprentissages cocreatifs.

Droits de l'enfant – Droit à des soins de qualité – Pratique fondée sur les faits – EBP – Processus de connaissance et d'apprentissages co-créatif

INLEIDING

Het Kinderrechtenverdrag (IVRK) beschrijft het recht van kinderen op toegang tot voorzieningen, diensten, faciliteiten die verantwoordelijk zijn voor de opvang, bescherming, en zorg van/voor kinderen (provisierecht). Daarnaast formuleert het verdrag ook de verantwoordelijkheid van de staten om erop toe te zien dat de zorg en bescherming van kinderen gebeurt volgens (kwaliteits)standaarden. Het IVRK specificeert in artikel 24 bijvoorbeeld het recht van het kind op de hoogst bereikbare standaard van gezondheid en gezondheidszorg. Artikel 23 belicht – mede in het kader van internationale samenwerking – de uitwisseling van passende informatie en toegang tot informatie op het gebied van preventieve gezondheidszorg, van medische en psychologische behandeling, en van behandeling van functionele stoornissen bij kinderen met een handicap. Dit houdt ook de verspreiding van en de toegang tot informatie betreffende revalidatiemethoden, onderwijs en beroepsopleidingen in met als doel het verbeteren van deskundigheid en vaardigheden en het verruimen van ervaringen. De staten hebben dus een belangrijke taak te vervullen t.a.v. het realiseren en faciliteren van toegankelijke zorg voor ieder kind, maar ook t.a.v. het bewaken van de kwaliteit ervan, het beschikbaar stellen en het uitwisselen van informatie over de meest geschikte methodes en opleidingen. Het uitwisselen van kennis in en over de zorg is niet enkel relevant voor professionals. De toegankelijkheid van begrijpbare en kwaliteitsvolle kennis in en over zorg is ook voor kinderen en hun opvoedingsverantwoordelijken van belang. Toegang tot kwaliteitsvolle kennis maakt geïnformeerde keuzes mogelijk en draagt bij tot het recht op zelfbeschikking.

Deze bijdrage handelt over het recht op kwaliteitsvolle zorg. In het bijzonder focus- sen we op het evidence-based paradigma dat het voorbije decennium door overhe- den en (delen van) de onderzoekswereld naar voor is geschoven voor wetenschap- pelijk onderzoek naar (aspecten van) kwaliteitsvolle zorg. We gaan in op verschil- lende invullingen van *evidence-based practice*, bespreken diverse perspectieven op de implementatie van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk, en duiden aan belang- winnende tendensen aan in wetenschappelijke kennisontwikkeling met betrekking tot kwaliteitsvolle zorg. Deze laatste kaderen we in een evolutie en zoektocht naar co-creatieve kennis- en leerprocessen in de welzijns- en gezondheidszorg.

1. RECHT OP KWALITEITSVOLLE ZORG IN EEN KENNISSAMENLEVING

Het realiseren van kwaliteitsvolle welzijns- en gezondheidszorg situeert zich in een kennissamenleving (Castells, 2000) waarin de ontwikkeling en toepassing van ken- nis in functie staan van humane ontwikkeling (UNESCO, 2005). Immers, kennis moet bijdragen tot het vrijwaren en promoten van de rechten en de vrijheden van de mens, zoals die onder meer in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en de internationale convenanten met betrekking tot burgerlijke en politieke rechten en economische, sociale en culturele rechten zijn opgenomen (UNESCO, 2005). De term ‘kennissamenleving’ dateert van eind de jaren zestig en kwam in zwang, onge- veer gelijktijdig met de noties ‘lerende samenleving’ en ‘levenslang leren’. Later droeg onder meer het *life long learning*-programma van de Europese Unie bij tot de ontwik- keling van goede praktijken en hun implementatie. In een kennissamenleving is het belangrijk dat kennis universeel beschikbaar en toegankelijk is en solidariteit, inclu- sive en participatie zijn essentiële kenmerken (UNESCO, 2005). De informatie- en communicatietechnologische ontwikkelingen die tot stand kwamen in de schoot van de informatiesamenleving en de derde industriële ontwikkeling, moeten bijdra- gen tot de universele toegankelijkheid van kennis (“*knowledge is a public good, available to each and every individual*”, UNESCO, 2005: 18). Het toegang hebben tot kennis kan bijdragen tot de ontplooiingskansen van mensen in een duurzame samenleving (AWT, 2012) en tot het realiseren van het recht op een menswaardig bestaan.

Professionals in de welzijns- en gezondheidszorg worden steeds vaker als ‘kenniswer- kers’ beschouwd (Antrobus, 1997; Reinhardt *et al.*, 2011). Er is echter bijzonder weinig wetenschappelijke onderzoeksliteratuur beschikbaar over de kennisbehoef- ten en het kennisgebruik van deze professionals. Het onderzoek daarover toont door zijn kleinschaligheid en door de diversiteit aan functieprofielen in de welzijns- en gezondheidszorg een weinig verhelderend beeld (Walter *et al.* 2004; Collins & Daly, 2011). Professionals in deze sectoren kennen ook zeer uiteenlopende attitudes ten aanzien van (bepaalde benaderingen van) wetenschappelijk onderzoek en er is weinig gekend over de mate waarin gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijke onderzoeksresultaten in hun praktijk. Nochtans kan wetenschappelijk onderzoek nieuwe inzichten genereren en innovatie stimuleren en zodoende bijdragen tot (meer) kwaliteitsvolle zorg (Cook *et al.*, 2006).

2. HET STREVEN NAAR EVIDENCE-BASED WELZIJNS- EN GEZONDHEIDSZORG

Overheden hebben zich het voorbije decennium in het uittekenen van (wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van) de welzijns- en gezondheidszorg laten leiden of inspireren door het *evidence-based medicine* (EBM)-model (zie Sackett *et al.*, 1996), wat in de context van de welzijnszorg het *evidence-based practice*-model wordt genoemd. Hoewel het wetenschappelijk onderzoek in bijvoorbeeld het sociaal werk en de criminologie zich traditioneel eerder liet oriënteren door het sociaalconstructivistische paradigma, trad het evidence-based practice (EBP)-model ook in deze disciplines (meer) op de voorgrond (Davies & Nutley, 1999; Bruinsma, G. & Elffers, H., 2008; Smet, 2013). De keuze van overheden om te investeren in efficiënte en (kosten)effectieve interventies (vanuit een *New Public Management*-benadering) en om bij te dragen tot kwaliteitsbevordering en innovatie in deze sectoren is sturend (Hermans, 2008; De Smet, 2009; Carrette & De Smet, 2010; Smet, 2013).

Er komen echter heel wat verschillende invullingen van EBP voor (Webb *et al.*, 2011). Hermans (2008) onderscheidt een strikte of 'enge' invulling en een 'brede' invulling. De strikte invulling neemt het medisch model als uitgangspunt, waarin evidentie afkomstig uit *randomised control trials* (RCT) de hoogste wetenschappelijke waarde toegekend krijgt. In de gezondheidszorg is het evidence-based model prominenter aanwezig dan in de welzijnssector, hoewel bepaalde stromingen in de internationale en vooral in de Angelsaksische onderzoeksliteratuur de relevantie ervan voor de welzijnssector eveneens bepleit (Rubbin & Parish, 2007; Thyer, 2009; van der Zwet, 2011). Strekkingen binnen het sociaal werk, de psychotherapie, de gezondheidsbevordering en subdisciplines in de geneeskunde bekritisieren deze benadering sterk. De complexiteit van de problematieken, de context van het sociaal werk (Carrette, 2008; Hermans, 2008; Cohen, 2011), een te lineaire probleemoplossende benadering (Cohen, 2011), de hoge kostprijs van experimenteel onderzoek, de lange duurtijd, de hoeveelheid van methodieken en interventies (Konijn & Bruinsma, 2008) zijn argumenten om de enge benadering van evidence-based werken niet blindelings te kopiëren. Niettemin is de meerderheid van het onderzoek in het sociaal werk zeer lineair georiënteerd (Gray & Schubert, 2012).

Deze reacties hebben geleid tot bredere benaderingen van evidence-based werken. Een eerste benadering, *practice-based evidence*-benadering (PBE), is afkomstig van Van Yperen & Veerman (2008). In deze benadering stelt de hulpverleningspraktijk zich zo op dat zij wetenschappelijk onderzoek faciliteert en structureel inbedt. Van hulp- en zorgverleners wordt verwacht dat zij tijdens hun dagelijks hulpverlenend handelen op een systematische manier kwaliteitsvolle data verzamelen. Daartoe worden procedures uitgetekend en instrumenten ontwikkeld die in de hulpverleningspraktijk worden ingebed, wat gepaard gaat met een informatisering van de hulpverlening. Registratiesystemen met prestatie-indicatoren zijn een voorbeeld van dergelijke geïnformateerde gegevensverzameling. Dit kan leiden tot de ontwikkeling van standaarden waardoor *benchmarken* van resultaten tussen voorzieningen of subsectoren mogelijk wordt (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Evans *et al.*, 2003). De meest voorkomende uitkomstmaten in deze benadering zijn: doelrealisatie (vooral probleemreductie en herstel van autonomie), mate van reguliere beëindiging van de zorg (of mate van uitval) en cliënttevredenheid (Hermans, 2008). De onderzoeksresultaten

die in en via de praktijk worden gegeneerd, kunnen de basis vormen voor meer diepgaand wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de hulpverlening.

Een tweede benadering verschuift de centrale vraag van ‘wat werkt’ naar ‘wie werkt’ (Hermanns & Menger, 2009). Ondertussen is er heel wat onderzoek voorhanden naar welke competenties van sociaal werkers bijdragen aan de effectiviteit van de zorg. Vaak wordt dan verwezen naar *the common factors* of de generieke factoren. Al snel wordt dan verwezen naar de sleutelpublicaties van Lambert en Barley (2001) op dit terrein. Onder andere Sjeff De Vries (2007), die veel geciteerd wordt in het werkveld, heeft dit debat binnengebracht in het Vlaams en Nederlands sociaal werk. De generieke factoren die door Lambert en Barley (2001) in hun systematische review over (psycho)therapieën geïdentificeerd worden, zijn: de kwaliteit van relatie, een motiverende aanpak, goede afspraken tussen hulpvrager en hulpverlener, goede structurering van interventie (heldere doelen en gefaseerde aanpak), goede opleiding en goede werkomstandigheden (veiligheid, draaglijke caseload en kwaliteitsvolle ondersteuning vanuit voorziening), aansluiten bij de motivatie en de hulpvraag van de cliënt en uitvoeren van de behandeling zoals vooropgesteld. Dit zijn generieke werkzame ingrediënten waarvan de effectiviteit bewezen is. De generieke factoren brengen dus de competenties van de hulpverlener op de voorgrond (Barkham & Mellor-Clark, 2003). Van Yperen *et al.* (2010) kwamen echter tot de conclusie dat de gegevens van Lambert en Barley gedateerd zijn en ook onzuiverheden en beperkingen bevatten (bv. enkel over enkelvoudige problematieken terwijl het in de jeugdhulp dikwijls gaat over meervoudige problemen) waardoor er geen robuuste uitspraken kunnen worden gedaan over de verhouding tussen de algemene en specifieke factoren. Enkel focussen op de generieke factoren zou een onderschatting kunnen inhouden van de potentie van deze methodieken, net omdat ze een belangrijk vehikel vormen om zowel de algemeen werkzame factoren als de specifieke aanpak bij problemen handen en voeten te geven. Eerder wezen Menger en Hermanns (2009) er ook al op dat het werk van Lambert en Barley te gemakkelijk gebruikt wordt om de focus louter te leggen op ‘wie werkt’.

Een derde benadering wil de context uitdrukkelijker betrekken. Niet alleen de vraag ‘wat werkt’, maar wel ‘wat werkt onder welke voorwaarden en in welke omstandigheden voor welke doelgroepen’ staat centraal (Pawson, 2006). Het refereert onder meer aan wat het sociaal werk zelf benadrukt, namelijk het *knowing how* is minstens even belangrijk als het *knowing about*. In de literatuur wordt deze kennis ook benoemd als *process knowledge* (Sheppard *et al.*, 2000) en *action knowledge* (Osmond, 2005). Het gaat vaak over impliciete, verborgen kennis (*tacit knowledge*). Voortbouwend op de inzichten uit het kritisch realisme, stelt men dat effectiviteit afhankelijk is van een veelheid van factoren die zich op verschillende niveaus bevinden en die met elkaar interageren: doelgroep, methodiek, sociaal werker, interne organisatiecultuur, netwerk waarbinnen de organisatie functioneert, de wijze waarop de overheid de voorzieningen aanstuurt en de verwachtingen vanuit de samenleving. De verruiming van het begrip EBP geeft tevens aanleiding tot het ontwikkelen van nieuwe onderzoeksbenaderingen in het creëren en uitwisselen van kennis waarin de praktijkervaring van praktijkwerkers als element van professioneel handelen wordt meegenomen.

De zoektocht naar kruisbestuiving en integratie van verschillende kennisvormen en -perspectieven leidt de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur tot bescheiden pogingen om een terminologie te hanteren die dualiteiten overstijgt. Voorbeelden zijn *evidence-informed of knowledge based practices*. Cook *et al.* (2008, 106) hanteren de term *professional wisdom*, i.e. de “*awareness of the research evidence but also application of non research knowledge gained largely through experience*”. Taylor en White (2006) hebben het over *wise practices* en de noodzaak om in complexe contexten met grote onzekerheid tot een *wise judgement* te komen op basis van de beschikbare impliciete en expliciete kennis (Taylor & White, 2006; Collins & Daly, 2011). Rowley (2006, 1246) definieert wijsheid als “*the capacity to put into action the most appropriate behavior, taking into account what is known (knowledge) and what does the most good (ethical and social considerations)*”, en belicht daarmee het belang van sociale en ethische aspecten van kwaliteitsvol (lees: wijs) handelen in de welzijns- en gezondheidszorg. Zeleny (2006) benoemt dit als het *knowing why*. Meerdere auteurs stellen dat het toevoegen van een sociale en ethische dimensie bijdraagt tot de ontwikkeling van reflexieve praktijken en besluitvormingsprocessen (Chu & Tshui, 2008; Beddoe, 2010). In deze benaderingen is het echter niet altijd duidelijk in welke mate er een reële ruimte bestaat voor de integratie van wetenschap, praktijkervaring en cliëntvoorkeuren.

3. HET IMPLEMENTATIEVRAAGSTUK

De literatuur over de relatie tussen wetenschappelijk onderzoek en de praktijk is uitgebreid en reflecteert een zoektocht naar de implementatie van wetenschappelijke onderzoeksresultaten in de welzijns- en gezondheidszorg. Op internationaal vlak beschreef Nutley *et al.* (2007) drie modellen met betrekking tot de implementatie van wetenschappelijke kennis in de praktijk: het *research based practioner*-model, het *embedded research*-model en het *organisational excellence*-model.

In het *research-based practitioner*-model is de individuele hulpverlener verantwoordelijk om zijn kennis up to date te houden en dit te integreren in zijn dagelijks handelen. Het gebruik van onderzoek wordt beschouwd als een lineair proces van toegang tot, het beoordelen van en het toepassen van wetenschappelijke kennis. De professionele autonomie is hoog en een individu kan zijn handelen en beslissingen aanpassen conform zijn interpretatie van de onderzoeksresultaten. De toegang tot wetenschappelijke kennisbronnen van hoge kwaliteit (bv. via elektronische databases) en het verhogen van het kritische vermogen tot het vormen van een waardeoordeel over de kwaliteit van de aangeboden kennis zijn essentieel. Echter, wetenschappelijke kennis is in Vlaanderen slechts selectief toegankelijk. Wetenschappelijke onderzoeksliteratuur is beperkt gratis raadpleegbaar voor professionals (in de welzijnszorg), en nauwelijks of niet voor cliënten van welzijns- en gezondheidsinstellingen. Welzijnswerkers die beschikken over een computer en internet en op zoek gaan naar kennis richten zich volgens internationale onderzoeksliteratuur vooral tot zoekmachines als Google. Over de mate waarin welzijnswerkers in de dagelijkse praktijk beschikken over een computer, voldoende zoekvaardigheden of voldoende tijd hebben, is weinig bekend. Om het gebrek aan toegankelijke gebruikersgerichte onderzoeksbevindingen, het gebrek aan tijd van hulpverleners om onderzoeksliteratuur door te nemen, onvoldoende vermogen om onderzoeksresultaten kritisch te beoor-

delen en weerstanden te overkomen (Nutley *et al.*, 2007), worden implementatiestrategieën ontwikkeld (Mullen *et al.*, 2005).

In het *embedded research*-model is het onderzoek ingebed in de systemen en processen van de praktijk zelf, onder meer via standaarden, maatregelen, procedures, registratiesystemen. We vertalen het zelf als het protocolmodel. In dit model worden wetenschappelijke inzichten vertaald in richtlijnen, protocollen en procedures die professionals dienen te volgen. De overheid en het management van voorzieningen zijn verantwoordelijk om de praktijkwerkers aan te moedigen gebruik te maken van wetenschappelijk ontwikkelde protocollen, richtlijnen en *tools* door in te zetten op onder meer prestatie management en inspectie. De overheid kan hieraan een financieringsmechanisme koppelen. Een specifieke variant van dit model is dat protocollen worden opgesteld door de professionals of hun beroepsgroep. Deze variant bevindt zich op het snijpunt tussen het eerste en het tweede model. De kritieke succesfactor is de mate waarin het handelen in de praktijk al gestandaardiseerd en routinematig verloopt. In Vlaanderen is er in de welzijnssector weinig geprotocolleerd. Wel zijn uitvoerig registratiesystemen ingevoerd die wetenschappelijke analyses op registratiedata als secundaire doelstelling hebben (Carrette & De Smet, 2010) en die inzicht zouden moeten bieden in de prestaties van welzijnsvoorzieningen.

In het *organisational excellence*-model staat het ontwikkelen van een onderzoeksgenege cultuur centraal. Daartoe is een grote rol weggelegd voor leiderschap en voor het management van de organisatie die ernaar streven een lerende organisatie met lerende teams neer te zetten. Vaak gaat dit soort organisaties een partnerschap aan met wetenschappelijke instellingen of intermediaire organisaties om nieuwe kennis te verzamelen en onderzoekskennis te gebruiken in de praktijk. Onderzoekskennis wordt geïntegreerd met andere kennisbronnen in een dynamisch, interactief proces door het uittesten van onderzoeksbevindingen en ze aan te passen aan de lokale context. Deze vertaalcompetenties worden aangewakkerd door de organisatie. Het gaat dus om het interpreteren van inzichten uit onderzoek, het opzetten van eigen onderzoek en het evalueren van bestaand onderzoek op de bruikbaarheid binnen de eigen context. Er is binnen dit model niet langer een strikte scheiding tussen kennisproductie door wetenschappers en toepassing van kennis door professionals. Een onderzoeksgerichte organisatiecultuur komt er niet door één onderzoeksproject. Het vraagt een organisatiebrede investering, of zoals Meager *et al.* (2008, 171) het stellen: “*Changes in practice often appear to stem from a general awareness raising or conceptual shift.*”

Nutley *et al.* (2007) spreken geen waardeoordeel uit over welk model het meest aangewezen is. De drie modellen hanteren wel een verschillende kijk op professionele autonomie en op de relatie wetenschap en praktijk. Het eerste model steunt op de professionele autonomie van de professional. De individuele professional maakt *case-by-case* een afweging tussen de inzichten uit het beschikbaar wetenschappelijk onderzoek (toegankelijk via databanken), zijn eigen opgebouwde praktijkervaring en de verwachtingen van de patiënt (zie Sackett *et al.*, 1996). De twee andere modellen benadrukken minder de individuele professionaliteit, maar kennen de overheid en/of de welzijnsvoorziening een centrale rol toe in het gebruik en de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis in (of doorheen) de praktijk. De mate waarin de indi-

viduele professional zijn discretionaire ruimte bewaart, lijkt in deze modellen eerder afhankelijk te zijn van de organisatiecultuur. Een tweede verschilpunt is de visie van deze modellen op de relatie tussen wetenschap en praktijk. In de eerste twee modellen is de relatie tussen de wetenschap en professioneel handelen in de praktijk eerder top down en lineair. Wetenschappelijke kennis wordt geproduceerd door wetenschappers en wordt vervolgens opgepikt door professionals en/of (bijkomend) vertaald in voor de praktijk hanteerbare protocollen, richtlijnen en tools. In de derde benadering is er sprake van een interactieve benadering. De grenzen tussen wetenschap en praktijk zijn vager en het wordt daarmee een stuk moeilijker om te bepalen wat nu precies de wetenschappelijke kennis is. Ook vertrekt dit model van de idee dat kennis nooit absoluut is maar steeds moet worden aangepast aan en vertaald worden naar de lokale context. In geen enkele van deze drie modellen heeft de gebruiker, cliënt of patiënt structureel een plaats in kennisontwikkeling. Afhankelijk van de mate waarin een individuele professional of een organisatie een brede benadering van evidence-based practice hanteert, zal er meer of minder participatie van de cliënt zijn aan het beslissingsproces ten aanzien van de hulp of zorg die hem verleend wordt.

4. KNOWLEDGE BROKERS, PRAKTIJKNETWERKEN EN ACADEMISCHE WERKPLAATSEN

Het voorbije decennium zijn wereldwijd initiatieven ontstaan om kennis op een betere manier toegankelijk te maken voor professionals, cliënten van welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen en/of het brede publiek. Dit gebeurde vaak met overheidsfinanciering. Internationale voorbeelden zijn de Cochrane Collaboration, de Campbell Collaboration, NICE en SCIE (zie ook Maes, 2013). Deze laatste hebben een meer verregaand beleid inzake het ‘vertalen’ van wetenschappelijke kennis in richtlijnen (*guidelines*), protocollen en handvatten voor de praktijk, en kunnen als *knowledge brokers* beschouwd worden.

De gezondheidszorg in België/Vlaanderen inspireerde zich vooral op internationale modellen voortvloeiend uit de *evidence-based medicine*-benadering. Zo is het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een belangrijke actor die wetenschappelijke onderzoeksliteratuur rond gerichte vraagstellingen samenvat en toegankelijk maakt voor een breed publiek. Er zijn bijvoorbeeld verschillende KCE-rapporten online beschikbaar met betrekking tot de gezondheid van kinderen (o.a. geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten). Verder profileert CEBAM, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, zich als een onafhankelijk, multidisciplinair en interuniversitair medisch wetenschappelijk instituut dat onder meer klinische praktijkrichtlijnen valideert en de weg naar wetenschappelijke kennis duidt ten aanzien van zorgverleners, patiënten en gezonde burgers (CEBAM, 2012). De communicatie ten aanzien van patiënten is echter nog zeer beperkt, maar wordt in de toekomst als een belangrijke innovatie gezien (CEBAM, 2012). In de welzijnszorg was het Nederlandse model van Van Yperen en Veerman (2008) inspirerend voor wie interesse had in het ontwikkelen van evidence-based praktijken. Echter, de welzijnszorg en in het bijzonder bepaalde geledingen binnen het sociaal werk in Vlaanderen kenden grote weerstanden ten aanzien van evidence-based werken, althans

ten aanzien van de protocollering van methodieken en interventies waarvoor de Vlaamse overheid opteerde (De Smet, 2009). Onder meer de technologisering van de hulpverlening, een gebrek aan discretionaire ruimte voor de hulpverlener en te weinig ruimte voor participatie van de cliënt werden als aanklachten geformuleerd. Ten gronde is een verschil in visie en uitgangspunten ten aanzien van wat relevante kennis is voor een sociaal werker, de wijze waarop die tot stand moet komen (*i.e.* sociaal-constructivistisch) en de dominantie van een enge visie op evidence-based practices de basis voor deze weerstanden (Carrette, 2008; Hermans, 2008). In het sociaal werk worden initiatieven waar praktijkwerkers elkaar ontmoeten meer bejubeld. Zo ontstonden onder meer *practitioner networks* (LaMendola *et al.*, 2009), *communities of practice* (Wenger, 1998) en *practice optimisation circles* (Gredig, 2011). Dit gebeurt binnen de context van de eigen peer group intra- of interorganisatoneel, maar meestal intrasectoraal. In Vlaanderen kennen we vooral steunpunten en expertisecentra die de opdracht hebben om de praktijkwerkers te ondersteunen met strategieën, advies, methodieken en dergelijke meer.

In Nederland tracht men in ‘academische werkplaatsen’ met diverse actoren – praktijk, onderzoek, beleid en opleidingen – kennis te creëren en uit te wisselen. De werkplaatsen zijn formele, langdurige samenwerkingsrelaties tussen een praktijkinstelling, een universiteit en mogelijk ook een (lokale) overheidspartner. De doelen zijn (1) versterken en verankeren van de (kennis)infrastructuur in een gelijkwaardige relatie tussen praktijk en wetenschap; (2) bevorderen van kwalitatief hoogstaand en innovatief wetenschappelijk onderzoek dat tegelijkertijd relevant is voor de praktijk; (3) borging van kennistransfer en implementatie van onderzoeksresultaten; (4) verbetering van het evidence-based handelen bij de praktijkinstelling; (5) bijdragen aan de kwaliteit van de opleiding voor (aanstaande) professionals en onderzoekers. In het model van Tranzo, een onderzoekinstelling die gelieerd is aan de Universiteit Tilburg, neemt de *science practitioner* een centrale rol in. Dit is een professional die deels werkt in de praktijk en deels binnen de universiteit. Het is de bedoeling dat het onderzoek dat zij verrichten, uitmondt in een doctoraal proefschrift en dus voldoet aan de academische standaarden van wetenschappelijk onderzoek en aan de hiermee verbonden outputindicatoren (nationale en internationale publicaties). Maar het onderzoek is geen doel op zich; het wordt tevens vertaald naar praktijkinnovaties, vormingsprogramma’s... Beroepskrachten worden betrokken in het formuleren van onderzoeksvragen en in het interpreteren van de onderzoeksresultaten. En onderzoekers gaan samen met beroepskrachten na of gebruikte interventies effectief zijn. Het centrale doel is dus om vragen vanuit de praktijk (en beleid) te vertalen naar onderzoeksvragen en de resultaten in de praktijk te brengen. Zo kan de gekende kloof tussen wetenschap en praktijk worden gedicht (Garretsen *et al.*, 2005). Door de strikte scheiding tussen kennisproductie en -toepassing op te heffen en door structurele samenwerkingsverbanden tussen wetenschap en praktijk worden bestaande onderzoeksresultaten aangepast en doorvertaald, rekening houdend met de rol van de verschillende contextkenmerken. Bovendien wordt nieuw onderzoek opgezet dat rekening houdt met de lokale context van de voorziening. Men wil ook de cliënt een plaats geven in academische werkplaatsen met het oog op een betere implementatie van wetenschappelijke kennis in de alledaagse praktijk van de zorg- en welzijnssectoren. Echter, dat lijkt niet steeds even goed te lukken (Garretsen,

2013), wellicht omdat de academische werkplaatsen in Nederland in de eerste plaats gegroeid zijn vanuit een implementatievraagstuk waarbij wetenschappelijk bewezen effectieve (sociale) interventies top down en in een lineaire beweging in de praktijk worden neergezet. ZonMW – een instituut dat onder meer instaat voor de ontwikkeling en implementatie van innovaties in de zorgsector – heeft dit concept van een academische werkplaats in opdracht van het ministerie voor Gezondheid, Welzijn en Sport en de Nederlandse Organisatie Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) verspreid over Nederland. Zo financiert ZonMw negen verschillende academische werkplaatsen die zich inzetten om kennis voor de jeugdsector te ontwikkelen. Voor het programma is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport maar liefst 9.325.000 EUR beschikbaar gesteld. Met initiatieven als academische werkplaatsen zijn we (slechts) aan het begin van een evolutie ten aanzien van leren en kennismanagement in de welzijns- en zorgsectoren.

5. EBP ONTPOPT: DE TRANSITIE NAAR CO-CREATIEVE KENNIS- EN LEERGEMEENSCHAPPEN

Er is een tendens te ontwaren waarbij lineair georganiseerde processen van kennisontwikkeling en -deling vervangen worden door meer iteratieve en participatieve vormen van kennisontwikkeling en -deling. Deze tendens benoemen we als ‘co-creatieve kennisontwikkeling’. We zien volgende kenmerken: co-creatieve kennisgemeenschappen, de integratie van ICT en het virtuele in kennis- en leerprocessen, de erkenning van een centrale rol voor de cliënt in het definiëren van kwaliteit van zorg en een nieuwe invulling van leiderschap en management waarin het omgaan met complexiteit centraal staat. We bespreken deze tendensen kort.

5.1. CO-CREATIEVE KENNIS- EN LEERGEMEENSCHAPPEN

Laagdrempelige (virtuele) kennis- en leergemeenschappen met wetenschappers, praktijkwerkers, beleidsmedewerkers, gebruikers(verenigingen) en onderwijsinstellingen, hebben een belangrijk toekomstig potentieel. Ze beantwoorden bovendien de vraag om elkaar organisatie-, discipline-, sector- en paradigmaoverschrijdend te kunnen ontmoeten, kennis uit te wisselen en te reflecteren over kwaliteitsvolle zorg. Een startend praktijkvoorbeeld is het lerend netwerk in de context van het Steunpunt WVG dat is opgezet als onderdeel van het onderzoek ‘monitoren van horizontaal en intersectoraal zorggebruik’ en waarbij de onderzoekers registratiesystemen van verschillende sectoren willen koppelen. Dit vraagt zowel expertise-uitwisseling als het creëren van een draagvlak in de sectoren van de jeugdhulpverlening om dit in de toekomst ook met andere registratiesystemen te realiseren. Het lerend netwerk heeft als doelstelling kennis en expertise tussen diverse stakeholders uit te wisselen vanuit een gezamenlijke interesse en organisatie- of sectoroverschrijdende kruisbestuiving te realiseren. Door de uitwisseling tussen verschillende sectoren over hetzelfde thema, ontwikkelen de stakeholders een metaperspectief wat handvatten biedt om met kennis van andere sectorale praktijken een intersectoraal beleid en/of praktijk te ontwikkelen.

5.2. ICT EN DE ONTWIKKELING VAN VIRTUELE KENNISNETWERKEN EN COMMUNITIES

Recent is er een enorme toename van mogelijkheden om via online sociale netwerktools (Facebook, Twitter, wiki's or blogs) en andere 2.0 webtechnologie leer- en kennisprocessen te ondersteunen en te faciliteren (Parboosingh, 2002; Beetham, 2008; Guldberg & Mackness, 2009). Naarmate ICT een reële plaats inneemt en voor kenniswerkers eenvoudig toegankelijk is, kunnen *online communities* bijdragen tot organisatie-, discipline- en sectoroverschrijdende co-creatieve leeromgevingen. Over de integratie van ICT in de praktijk van het welzijnswerk in functie van (co-creatieve) leer- en kennisprocessen is echter weinig recent wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. (Virtuele) kennisnetwerken en communities stellen nog belangrijke uitdagingen met betrekking tot het draagvlak en de randvoorwaarden die nodig zijn voor een ruimere inbedding van ICT in de praktijk van de zorg- en welzijnssectoren. Een grote toegankelijkheid van informatie- en communicatietechnologie zou kunnen betekenen dat kenniswerkers zelfsturend zijn in hun leren en autonoom bepalen waar, wanneer, hoe, wat en met wie ze kennis uitwisselen. Autonomie, diversiteit, openheid, verbondenheid, interactiviteit en veiligheid zijn eigenschappen van dergelijke tools en dragen bij tot co-creatieve leer- en kennisprocessen (Von Krogh *et al.*, 2000; Mackness *et al.*, 2010). Bijzonder relevant in dit kader is de evolutie naar meer *open access* van wetenschappelijke onderzoeksresultaten.

5.3. DE CLIËNT ALS UITGANGSPUNT ÉN PARTNER IN KENNISONTWIKKELINGS-PROCESSEN

Aansluitend op de ontwikkeling van kennis- en leergemeenschappen houden diverse auteurs een pleidooi om cliënten een (meer beduidende) plaats te geven in de zorg- en hulpverlening, maar ook in processen van kennisontwikkeling en -deling (Nutley *et al.*, 2007; Carrette, 2008; Hermans, 2008; Tonkens, 2003; Pierart *et al.*, 2012). Het participatieparadigma inzake kennisontwikkeling wint aan belang (Carrette, 2008; Hermans, 2008). Dat betekent dat de cliënt de mogelijkheid krijgt om te participeren aan kennisontwikkelingsprocessen door bij te dragen aan wetenschappelijk onderzoek, er een rol in op te nemen (bv. participatief onderzoek), mee na te denken over de consequenties van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor de praktijk of over de aanbevelingen voor het beleid. Hierdoor wordt ook de betekenisgeving van de cliënt uitdrukkelijker meegenomen in leer- en kennisprocessen en ontstaat de mogelijkheid om in innovatieprocessen meer aan te sluiten op de behoeften van de cliënt (Faems *et al.*, 2005; Pierart *et al.*, 2012).

In Vlaanderen zijn in 2012 *empowerende academische werkplaatsen* ontwikkeld die de combinatie en integratie van diverse kennisvormen als uitgangspunt naar voor schuift: wetenschappelijke, praktijkkennis (hulpverlenersperspectief) en het cliëntperspectief (Hermans & Van Regenmortel, 2013). Hermans & Van Regenmortel (2013, 17) hanteren volgende werkdefinitie: *“Een empowerende academische werkplaats is een structureel en langdurig samenwerkingsverband tussen één of meerdere praktijkinstellingen, één of meerdere onderzoeksinstellingen en gebruikers waarin wetenschappelijk theorie- en actiegericht onderzoek wordt opgezet en uitgevoerd in een coproductie van professionals, gebrui-*

kers, onderzoekers en management in functie van het verbeteren van de kwaliteit van de (jeugd)hulp én van het proces van empowerment van de betrokken stakeholders met bijzondere aandacht voor deze van professionals én van gebruikers.” Inspirerend is ook de praktijk van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) die er resoluut voor kiest cliënten en cliëntvertegenwoordigers te integreren in het beleid en de praktijk van een ontwikkelingsproces van guidelines. In de toekomst zien we hierin een nog meer centrale positie voor de cliënt.

5.4. DE NIEUWE EIGENHEID VAN LEIDERSCHAP EN MANAGEMENT

Het streven naar co-creatieve kennis- en leerprocessen zullen andere vormen van leiderschap en management vragen dan deze die in het kader van *New Public Management* tot ontwikkeling zijn gebracht en dit zowel op het niveau van het individu als van de organisatie, het netwerk, het beleid en de samenleving. Hierbij is de participatie van de stakeholders (de wetenschap, het organisatiemanagement, de praktijkwerkers, het beleid en de cliënt) het uitgangspunt, wat een diversiteit aan participatieprocessen vergt. Het faciliteren van de kunst van het samenwerken en leren van de (individuele) professional, de organisatie, het (interorganisationeel) netwerk én de community is zodoende een wezenlijk kenmerk. Het is duidelijk dat dit organisatie- en sectorale grenzen uitdaagt en dat co-creatief leiderschap plaatsvindt in een complexe omgeving die het potentieel van deze complexiteit maximaal benut. Kerncompetenties van leiderschap in dit soort omgevingen zijn: het ontwikkelen van een participatieve en coachende houding, het creëren van een duidelijk kader, het tot stand brengen van dialoog tussen alle stakeholders en hun perspectieven, het ondersteunen van betrokkenheid, het gezamenlijk opnemen van verantwoordelijkheid voor wat zich ontwikkelt, enthousiasmeren, daadkrachtig optreden, draagvlak creëren en de focus op het resultaat houden, zijnde een mensgerichte welzijns- en gezondheidszorg (Larock & Deweerdt, 2012).

6. CONCLUSIE

Participatie van cliënten (*i.c.* minderjarigen en hun opvoedingsverantwoordelijken) aan kennisontwikkeling over kwaliteitsvolle welzijns- en gezondheidszorg en de toegankelijkheid van begrijpbare kennis desbetreffend draagt bij tot het belang van het kind, en meer bepaald tot het recht op zelfbeschikking. Kennisontwikkeling in de welzijns- en gezondheidszorg is in hoofdzaak tot stand gekomen in een lineaire relatie tussen wetenschap en praktijk. Het voorbije decennium werd het evidence-based paradigma als toonaangevend naar voor geschoven. Dit paradigma en in het bijzonder discussies die dit uitlokte over de (niet wenselijke) implicaties van bepaalde invullingen ervan, hebben een basis gelegd voor evoluties in het denken over wetenschappelijke kennisontwikkeling met betrekking tot de welzijns- en gezondheidszorg in Vlaanderen. Het enge evidence-based paradigma evolueert geleidelijk aan tot een meer pragmatische wetenschappelijke onderzoeksbenadering waarin diverse stakeholders, waaronder minderjarigen en hun opvoedingsverantwoordelijken, participeren in (bepaalde fases van) wetenschappelijke kennisontwikkeling en waarbij het (h)erkennen van verschillende vormen van kennis een wezenlijk kenmerk is. Het

accent ligt sterker dan voorheen op iteratieve processen en co-creatie, en vraagt een leiderschap en management dat dit ondersteunt en faciliteert. Het wetenschappelijk onderzoek en de praktijk worden niet meer gedefinieerd als tegenover elkaar staande actoren, maar gaan meer op een gelijkwaardige basis met elkaar interageren waardoor het procesmatige en democratische aspect van kennisontwikkeling beduidend meer ruimte krijgt dan voorheen.

REFERENTIES

- ANTROBUS, S. (1997). Developing the nurse as a knowledge worker in health – learning the artistry of practice, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 829-835.
- AWT (2012). Kiezen voor de kennissamenleving. Opmaat voor een politiek en maatschappelijk debat. Den Haag: Adviesraad voor Wetenschaps- en Technologiebeleid.
- BARKHAM, M. & MELLOR-CLARK, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapie*, 10 (6), 319-327.
- BEDDOE, L. (2010). Surveillance or reflection: Professional supervision in ‘the risk society’. *British Journal of Social Work*, 40 (4), 1279-1296.
- BEETHAM, H. (2008). *Review: Design for Learning programme phase 2*. Te downloaden: www.jisc.ac.uk/designlearn.
- BRUINSMA, G. & ELFFERS, H. (2008). *Het Vlaamse criminologisch onderzoek vanuit Nederland bekeken*. 1^{ste} Criminologisch forum VVC, ‘Criminologisch onderzoek in Vlaanderen’, Gent.
- CARRETTE, V. (2008). *Perspectieven op de effectiviteit van de jeugdhulp. Een verkenning van wetenschappelijke referentiekaders*. KC-Rapport. Brussel: Kenniscentrum WVG. Te downloaden: www.kenniscentrumwvg.be.
- CARRETTE, V. & DE SMET, S. (2008). *Effectiviteit in de jeugdhulp: quo vadis?*, Brussel: Politeia.
- CEBAM (2012). www.cebam.be.
- CENTRUM VOOR ETHIEK EN GEZONDHEID (2012). *Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- CHRISTIAENS, W., KOHN, L., LÉONARD, C., DENIS, A., DAUE, F. & CLEEMPUT, I. (2012). *Models for citizen and patient involvement in health care policy*. Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg.
- CHU, W.C.K. & TSUI, M.S. (2008). The Nature of Practice Wisdom in Social Work Revisited. *International Social Work*, 51 (1), 47-54. Los Angeles: Sage Publication.
- COHEN, B.J. (2011). Design-based Practice: A New Perspective for Social Work. *Social Work*, 56 (4), 337-346.
- COLLINS, E. & DALY, E. (2011). *Decision making and social work in Scotland: The role of evidence and practice wisdom*. Glasgow: Institute for Research and Innovation in Social Services.
- COOK, B.G., TANKERSLEY, M. & WEBB, S.H. (2008). Evidence-Based Special Education and Professional Wisdom: Putting It All Together. *Intervention in School and Clinic*, 44 (2), 105-111.
- COOKE, M., IRBY, D.M., SULLIVAN, W. & LUDMERER, K.M. (2006), American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *The New England Journal of Medicine*, 355, 1339-1344.
- DAVIES, H.T.O & NUTLEY, S.M. (1999). What works? The role of evidence in the public sector policy and practice. *Public Money and Management*, 19 (1), 3-5.

- DE SMET, S. (2009). Het beschrijven, evalueren en verspreiden van behandelingsmethodieken en -technieken in de Vlaamse Welzijnsector. Een wetenschappelijke stand van zaken gereleerd aan het Vlaamse zorglandschap. KC-rapport. Brussel: Kenniscentrum WVG.
- DE VRIES, S. (2007). *Wat werkt? De kern en de kracht van het maatschappelijk werk?*. Amsterdam: SWP.
- EVANS, C., CONNELL, J., BARKHAM, M., MARSHALL, C. & MELLOR-CLARK, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10 (6), 374-388.
- FAEMS, D., VAN LOOY, B. & DEBACKERE, K. (2005). Interorganizational collaboration and innovation: towards a portfolio approach. *Journal of Product Innovation Management*, 22, 238-250.
- GARRETSEN, H.F.L. (2005). Academische werkplaatsen: een stevige brug tussen wetenschap en praktijk. Studiedag academisering in de praktijk: naar een wetenschappelijke infrastructuur. Eindhoven, 16 november.
- GARRETSEN, H.F.L. (2013). Samenwerking tussen cliënten, hulpverleners en onderzoekers. Lezing op de studiedag 'Samenwerk en evolueren naar een academische werkplaats door en voor cliënten, hulpverleners en wetenschappers'. Antwerpen, 7 februari 2013.
- GRAY, M. & SCHUBERT, L. (2012). Sustainable social work: Modelling knowledge production, transfer and evidence-based practice. *International Journal of Social Welfare*, 21 (2), 203-214.
- GREDIG, D. (2011). From research to practice: Research-based Intervention Development in social work: developing practice through cooperative knowledge production. *European Journal of Social Work*, 14 (1), 53-70.
- GULDBERG, K. & MACKNESS, J. (2009). Foundations of communities of practice: enablers and barriers to participation. *Journal of Computer Assisted Learning*, 25 (6), 528-538.
- HERMANS, K. (2008). Evidence-based jeugdhulp: veelbelovend of holle hype? In: K. DE KOSTER, L. DE MAN, K. DE VOS, K. DENOIX & R. ROOSE (Eds.), *Handboek integrale jeugdhulp* (pp. 303-318). Brussel: Politeia.
- HERMANS, K. & VAN REGENMORTEL, T. (2013). Een empowerende academische werkplaats als innovatieve samenwerkingsvorm tussen gebruikers, praktijkwerkers, beleid en wetenschap. Lezing op de studiedag 'Samenwerk en evolueren naar een academische werkplaats door en voor cliënten, hulpverleners en wetenschappers'. Antwerpen, 7 februari 2013.
- IDENBURGH, PH. & VAN SCHALK, M. (2010). *Diagnose 25. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht.
- KONIJN, C. & BRUINSMA, W. (2008). Veelgestelde vragen over effectiviteit in de jeugdzorg. Utrecht: NJI.
- LAMENDOLA, W., BALLANTYNE, N., DALY, E., UNIVERSITY OF DENVER & UNIVERSITY OF STRATHCLYDE (2009). Practitioner networks: professional learning in the twenty-first century. *British Journal of Social Work*, 1-15.
- LAMBERT, M.J. & BARLEY, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 38 (4), 357-361.
- LAROCK, Y. & DEWEERDT, S. (2012). *Cocreatief leiderschap*. Antwerpen: Garant.
- MACKNESS, J., MAK, SUI, FAI, J. & WILLIAMS, R. (2010). *The Ideals and Reality of Participating in a MOOC*. Networked Learning Conference, Aarlborg.
- www.lancs.ac.uk/fss/organisations/netlc/past/nlc2010/abstracts/Mackness.html
- MAES, L. (2013). Reflecties over evidence based versus evidence informed gezondheidsbevorderende praktijk en beleid. *Tijdschrift voor Jeugd en Kinderrechten*, 3, 241-251.

- MEAGHER, L., LYALL, C. & NUTLEY, S. (2008). Flows of knowledge, expertise and influence: a method for assessing policy and practice impacts from social science research. *Research Evaluation*, 17 (3), 163-173.
- HERMANN, J. & MINGER, A. (2009). *Walk the line: Over continuïteit in het reclasseringswerk*. Amsterdam/Utrecht: SWP/Hogeschool Utrecht.
- MULLEN, E.J., BELLAMY, J.L. & BLEDSOE, S.E. (2005). Implementing evidence-based social work practice. In: P. SOMMERFELD (Ed.), *Evidence-based social work – Towards a new professionalism?* (pp. 149-172). Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Lang.
- MULLEN, E.J., BLEDSOE, S.E. & BELLAMY, J.L. (2008). Implementing evidence-based social work practice. *Research on Social Work Practice*, 18 (4), 325-338.
- NUTLEY, S.M., WALTER, I. & DAVIES, H.T.O. (2007). *Using evidence. How research can inform public services*. Bristol: The Policy Press/Osmond.
- PARBOOSINGH, J. (2002). Physician communities of practice: where learning and practice are inseparable. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 230-236.
- PAULUS, D., VAN DEN HEED, K. & MERTENS, R. (2012). *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique: développement d'un position paper*. Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg.
- PAWSON, R. (2006). *Evidence-Based Policy. A realist perspective*. London: Sage Publications.
- PIERART, J., LEONARD, C., CHALON P., DAUE, F. & MERTENS, R. (2012). *Stakeholder Involvement in KCE working processes. Method*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- REINHARDT, W., SCHMIDT, B., SLOEP, P. & DRACHSLER, H. (2011). Knowledge Worker Roles and Actions. Results of Two Empirical Studies. *Knowledge and Process Management*, 18 (3), 150-174.
- ROWLEY, J. (2006). What do we need to know about wisdom? *Management Decision*, 44 (9), 1246-1257.
- RUBIN, A. & PARRISH, D. (2007). Challenges to the future of evidence-based practice in social work education. *Journal of social Work Education*, 43, 405-428.
- SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.M.C., GRAY, J.A.M., HAYNES, R.B. & RICHARDSON, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- SHEPPARD, M., NEWSTEAD, S., DI CACCAVO, A. & RYAN K. (2000). Reflexivity and the development of process knowledge in social work: a classification and empirical study. *British Journal of Social Work*, 30 (4), 465-488.
- SMET, V. (2013). *Sociaalwetenschappelijk onderzoek en beleid. Een analyse van de interactieve, kennisgebruik en doorwerking in België en Vlaanderen*. Den Haag: Boom Lemma.
- TAYLOR, C. & WHITE, S. (2006). Knowledge and Reasoning in Social Work: Educating for Humane Judgement. *British Journal of Social Work*, 36, 937-954.
- TONKENS, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals*. Utrecht: NIZW.
- THYER, B.A., VAUGHN, M.G. & HOWARD, M.O. (2009). The way forward: Translating research findings into practice settings. In: M.G. VAUGHN, M.O. HOWARD & B.A. THYER (Eds.), *Readings in evidence-based social work: A synthesis of the intervention knowledge base* (pp. 321-328). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- UNESCO (2005), *Towards knowledge societies*. Paris. www.unesco.org/new/en/.
- VAN DER ZWET, R. (2011). Op weg naar een interactieve benadering van evidence-based werken in de sociale sector in Nederland. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20 (4), 62-78.

- VON KROGH, G., ICHIJO, K. & NONAKA, I. (2000). *Enabling Knowledge Creation: How to Unlock the Mystery of Tacit Knowledge and Release the Power of Innovation*. New York: Oxford University Press.
- VAN YPEREN, T., STEEGE, M., VAN DER ADDINK, A. & BOENDERMAKER, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie*. Utrecht: NJI (te downloaden van www.nji.nl).
- VAN YPEREN, T. & VEERMAN, J. (2008). *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- WALTER, I., NUTLEY, S., PERCY-SMITH, J., MCNEISH, D. & FROST, S. (2004). *Knowledge Review 7: Improving the use of research in social care practice*. London: SCIE.
- WEGGEMAN, L. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Schiedam: Scriptum.
- WENGER, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WENGER, E., MCDERMOTT, R. & SYNDER, R. (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge – Seven Principles for Cultivating Communities of Practice* (pp. 107-136). Boston: Harvard Business School Press.
- ZELÉNY, M. (2006). From knowledge to wisdom: on being informed and knowledgeable, becoming wise and ethical. *International Journal of information technology & decision making*, 5 (4), 751-762.