



HOEZO, ZORG ?!

KWALITEIT IN DENKEN EN DOEN

Bijlage 6 - p.130

Auteur: dr. Johan Boxstaens

Reflexiviteit in het team

Professionals in de wereld van zorg en welzijn functioneren heel vaak in een multidisciplinair kader waarin teamwork en interprofessionele samenwerking essentieel zijn (Schmutz en Eppich, 2017). Reflective practice mag dus geen louter individueel construct zijn, maar moet ook invulling krijgen vanuit een collectief perspectief. In de literatuur wordt in dit kader verwezen naar het concept **team reflexivity** (TR). TR omvat het vermogen van een team om te reflecteren op doelstellingen, strategieën, processen en resultaten én – gekoppeld aan die reflectie – het vermogen om zich aan te passen (Schmutz en Eppich, 2017). TR wordt formeel gedefinieerd als:

The extent to which group members overtly reflect upon and communicate about the group's objectives, strategies (e.g. decision making) and processes (e.g. communication) and adapt them to current or anticipated circumstances (Schipers, West en Dawson, 2015, p. 771).

Schmutz en Eppich (2017) stellen dat TR vooral veelbelovend is als zorgprofessionals en hulpverleners geconfronteerd worden met onzekerheid en complexe taken, waarin voortdurende aanpassingen noodzakelijk zijn. Daar waar TR aanvankelijk ingevuld werd als een leerproces dat volgt op een bepaalde teamactie (dus retrospectief), wordt in een recent conceptueel kader de nadruk gelegd op het potentieel belang van TR voorafgaand aan professionele actie (pre-action TR), tijdens die actie (in-action TR) en na de actie (post-action TR) (Konradt, Otte, Schippers en Steenfatt, 2016; Schmutz en Eppich, 2017). Hierbij is het interessant dat reflexiviteit ook belangrijk kan zijn en ingezet kan worden tijdens bijvoorbeeld crisissituaties (in-action reflexivity). In figuur 1 wordt – ter inspiratie – een overzicht gegeven van een conceptueel kader voor TR in de gezondheidszorg (Schmutz en Eppich, 2017, p. 1557).

Conceptueel kader voor team reflexiviteit in de gezondheidszorg (vrij vertaald uit Schmutz en Eppich, 2017, p. 1557)

	Transitiefase		Actiefase		Transitiefase	
	Pre-action TR		In-action TR		Post-action TR	
Situatie	Ad hoc briefing Ongestructureerde reflectie over aankomende zorg (bv. ongestructureerde overdracht van patiënt)	Gestructureerde briefing Georganiseerde reflectie o.b.v. checklist of richtlijnen (bv. checklist patiëntveiligheid)	Gelijktijdige reflectie Reflexief gedrag tijdens de zorg.	TR time-out Bewuste pauze tijdens interventie terwijl zorg verder gegeven wordt.	Ad hoc debriefing Ongestructureerde reflectie over de actiefase	Begeleide debriefing Geplande reflectie onder begeleiding van een facilitator.
Focus en hoofddoel	Toekomstgericht; optimaliseren van aankomende zorg.		In het hier en nu; optimaliseren van onmiddellijke zorg		• Gericht op het verleden; focus op geleverde zorg • Toekomstgericht; optimaliseren van toekomstige zorg	
Waarover reflecteren?	• Doelstellingen • Taken • Teamwork • Middelen		• Doelstellingen • Taken • Teamwork • Middelen		• Resultaten • Taken • Teamwork • Middelen	
Voorbeelden van TR	• Doelstellingen definiëren; • Potentiële moeilijkheden bespreken, anticiperen op complicaties; • Aanwezige team resources bekijken (bv. ervaring en competenties aanwezige personeel); • Taakverdeling: wie doet wat, wie coördineert, ...		• Evalueren van interventie die bezig is; • Mogelijke alternatieve handelwijzen identificeren en exploreren; • Beslissingen overleggen en afkloppen.		• Evalueren van voorbij interventie en toegepaste strategie; • Bespreken van eventuele alternatieve aanpak; • Bespreken van de resultaten van de interventie; • Afspraken maken over hoe het team in de toekomst de zaken zal aanpakken.	
Belangrijkste resultaat voor het team	• Verhoogd bewustzijn over de aankomende situatie; • Shared Mental Model: een gedeeld mentaal model construeren m.b.t. de aankomende interventie en de aanwezige middelen; • Optimale voorbereiding; • Leren: impliciet of informeel en formeel leren als bijproduct van het voorbereiden van patiëntenzorg.		• Verhoogd bewustzijn over de huidige situatie; • Shared Mental Model: een gedeeld mentaal model construeren m.b.t. de huidige interventie en de aanwezige middelen; • Aanpassing van processen en/of doelstellingen; • Leren: trial-and-error; expert modeling van denkprocessen rond besluitvorming; dynamisch reageren op een veranderende situatie als team, leren als bijproduct van het geven van patiëntenzorg.		• Impliciet of informeel leren: het onbewust verwerven van taciete kennis; ontwikkelen van gedeeld begrip over 'hoe de dingen hier gedaan worden' (cf. organisatiecultuur) • Formeel leren: formele kennisontwikkeling over patiëntenzorg, hoe de teamsamenstelling, beschikbare middelen, zorgsystemen, ... kunnen geoptimaliseerd worden.	

TR kan focussen op verschillende elementen uit de professionele realiteit van zorg en welzijn. Er kan gereflecteerd worden over technisch-rationele professionaliteit (bv. de concrete toepassing van bepaalde denk- en handelingskaders), maar evenzeer over normatieve professionaliteit. Kunneman (2007) stelt in dit kader dat het in de wereld van zorg en welzijn belangrijk is om na te denken over hoe we de dingen goed kunnen doen, maar ook over of we wel de goede dingen doen. Deze laatste vraag is bij uitstek een normatief-ethische vraag die best collectief (in team of in een groter samenwerkingsverband) verkend wordt (Kunneman, 2007). In de literatuur vinden we heel wat voorbeelden over hoe ethische reflectie in zorg en welzijn kan geïmplementeerd worden (zie o.m. Liberati, Gorli, Moja, Galuppo, Ripamonti en Scaratti, 2015; Norvoll, Hem en Pedersen, 2016; Magelssen, Gjerberg, Lillemoen, Forde en Pedersen, 2018; Hem, Molewijk, Gjerberg, Lillemoen en Pedersen, 2018; Molewijk, Pedersen, Kok, Forde en Aasland, 2020).

De link tussen reflexiviteit en kwaliteit

De vraag blijft op welke manier je reflexiviteit kan verbinden met kwaliteit van zorg en hulpverlening. Hoe kan reflexiviteit helpen om kwaliteit van zorg en hulpverlening te capteren en zichtbaar te maken?

In de literatuur over kwaliteit van zorg en hulpverlening komt reflexiviteit slechts in beperkte mate aan bod. Van Loon en Zuiderent-Jerak (2012) maken in hun onderzoek naar kwaliteitsverbetering in de ouderenzorg een directe link met reflexiviteit. Ze betogen daarbij dat wat 'goede' zorg is, verschilt van situatie tot situatie. Kwaliteitsvolle zorg realiseert zich in de geïndividualiseerde situaties tussen cliënt en zorgprofessional. Dit impliceert dat er verscheidenheid is in de invulling van wat kwaliteit van zorg betekent. In het kader van deze diversiteit en complexiteit verwijzen de auteurs naar het belang van reflexiviteit (Van Loon en Zuiderent-Jerak, 2012). In een studie naar verschillende stijlen van verantwoording afleggen binnen de langdurige psychiatrische zorg, spreekt Jeanette Pols (2006, p. 426) over *contextuele reflexiviteit*. Zij benadrukt dat helderheid creëren over kwaliteit van zorg kan door het vertellen van verhalen en het delen van waarden onder de verschillende betrokken partijen. Zowel voorbeelden van goede praktijken als voorbeelden van problematische praktijken zijn belangrijk om te zoeken naar alternatieve manieren van handelen (Pols, 2006). In een studie waarin ze op zoek gaan naar hoe medici kunnen omgaan met medische fouten, benadrukken de auteurs het belang van reflexiviteit in het veranderen van gezondheidszorgsystemen (Iedema, Jorm, Long, Braithwaite, Travaglia en Westbrook, 2006). Reflexiviteit kan helpen om te leren van medische fouten en voorbij het vaststellen van schuld te geraken. Abma (2001, p. 238) introduceerde het concept *reflexive dialogue* in een studie naar hoe er aan blessurepreventie kan gedaan worden in de context van opleidingen in de podiumkunsten. In een reflexieve dialoog worden ervaringskennis, betekenisgeving en onderliggende waarden het onderwerp van een open dialoog tussen de verschillende deelnemers (Abma, 2001). Een reflexieve dialoog maakt het mogelijk om issues aan te kaarten waarop een zeker taboe rust en in de diepte te exploreren. Dat lijkt essentieel voor de verschillende betrokkenen.

Van Loon en Zuiderent-Jerak (2012) stellen dat in zorg en hulpverlening geen tastbare en zichtbare 'producten' afgeleverd worden. Gezondheidszorg en hulpverlening leveren diensten en zorg die immaterieel, ongrijpbaar zijn. Dat maakt het niet makkelijk om de kwaliteit van zorg en hulpverlening te coördineren en garanderen. Instrumenten voor kwaliteitsverbetering kunnen hierbij helpen door taal te geven aan deze ongrijpbare praktijken. Ze vertalen acties in woorden door een heldere omschrijving te bieden van wat er in de praktijk gebeurt. Zo wordt de praktijk niet alleen zichtbaar gemaakt, maar daarvoor ook observeerbaar. Callon (2002) noemt deze instrumenten *writing and rewriting devices*. Hiermee wijst hij op het feit dat instrumenten voor kwaliteitsverbetering tot stand komen aanpassingen die elkaar opvolgen. Impliciete en onzichtbare praktijken worden slechts gradueel zichtbaar door ze te vertalen naar instrumenten. Dat proces vraagt om voortdurende aanpassing en bijsturing. Met in het achterhoofd de variabiliteit die zo kenmerkend is voor kwaliteit van zorg en hulpverlening (ze wordt telkens opnieuw gedefinieerd naargelang de context, de betrokken cliënt en hulpverlener, ...), moet reflexiviteit dus ingebed worden in instrumenten om de kwaliteit van zorg en hulpverlening te verbeteren. Die reflexiviteit uit zich in het geleidelijk bediscussiëren, verduidelijken en definiëren van de context van het werk in een instrument. Dit betekent dat het instrument praktijken tegelijkertijd beschrijft en verandert. Het instrument wordt gerealiseerd terwijl het gebruikt wordt. Dat betekent dat instrumenten niet 'geïmplementeerd' moeten worden in de zorgpraktijk, maar letterlijk 'ingebod' moeten zijn in organisationele veranderingsprocessen. Hierdoor wordt vermeden dat de ontwikkeling en de implementatie van instrumenten als twee gescheiden fases gezien worden. Dat voorkomt dat er zich weerstand gaat ontwikkelen.

Van Loon en Zuiderent-Jerak (2012) passen Callon's idee van *writing and rewriting devices* toe in de ontwikkeling van hun *Care Living Plan* (CLP), een instrument dat werd geïntroduceerd als vehikel om de ouderenzorg meer client-centered te maken. CLP is erop gericht de dialoog tussen zorgprofessional en cliënt te faciliteren en op die manier de zorg te herorganiseren op een wijze die correspondeert met de wensen van de oudere. Elke organisatie ontwikkelt haar eigen CLP (variabiliteit). Belangrijk is dat ook het organisationele niveau meegenomen wordt: elke organisationele aangelegenheid die in de weg staat van client-centered care moet in beeld komen (bv. personeelsgebrek, gebrek aan authenticiteit, leiderschap, ...). Om client-centered care in de praktijk te brengen, moeten zowel organisationele processen als alle professionals

binnen een organisatie 'mee' zijn. (bv. Centrale keuken: enkel eten op gezette tijden en grootkeuken is in tegenspraak met client-centered care). Het is de bedoeling om te denken in termen van wensen van cliënten en hoe die mogelijk kunnen gemaakt worden in plaats van denken in organisationele routines (Van Loon en Zuiderent-Jerak, 2012).

CLP wordt gebruikt als mediërend instrument in de onderhandelingen tussen zorgprofessionals en cliënten. Aan beide partijen wordt gevraagd om duidelijk te maken wat voor hen kwaliteitsvolle zorg is in de situatie die van toepassing is. Dat vraagt om een goede werkaliantie. Die wordt geformaliseerd in de dialoog en de interacties tussen cliënt en zorgprofessional. De meerwaarde zit in het expliciet maken van deze interacties: ze worden neergeschreven, waardoor ze een andere status krijgen. Het CLP zorgt voor richting, zowel voor zorgprofessional als cliënt. Beiden kunnen ze zich kunnen verhouden op wat eerder overeengekomen is. Bovendien kan het dienen als een soort rechtvaardiging voor bepaalde interacties tegenover andere zorgprofessionals, familieleden van de cliënt, het management, ... (Van Loon en Zuiderent-Jerak, 2012). De dialoog tussen cliënt en zorgprofessional vraagt heel wat van beiden. Als bijvoorbeeld de professional blind de wensen van de cliënt volgt, dan zal dat niet noodzakelijk tot goede zorg leiden. Een cliënt kan de wens uiten om de hele dag in bed te blijven, maar dat kan nefast zijn voor zijn algemene gezondheidstoestand. Er zal dus gezocht moeten worden naar een goede balans tussen de wensen van een cliënt, organisatorische mogelijkheden en een technisch-rationele invulling van goede zorg (Van Loon en Zuiderent-Jerak, 2012).

Liberati et al. (2015) introduceren *patient centeredness* als essentiële dimensie van kwaliteit van (gezondheids)zorg. *Patient Centered Care* (PCC) wordt neergezet als een benadering van de medische praktijk waarin een enge *disease-centered approach* in vraag wordt gesteld en een lans wordt gebroken voor het exploreren van de wensen van patiënten, hun voorkeuren, waarden en bezorgdheden om de betrokkenheid van patiënten bij hun behandelplan te verhogen. PCC omarmen heeft volgens de auteurs het potentieel om het hele gezondheidszorgsysteem ingrijpend te veranderen: het gaat hierbij niet enkel om het persoonlijke gedrag van gezondheidsprofessionals, maar ook over technische interventies en innovatie van het hele gezondheidszorgsysteem (cf. o.m. Epstein, Franks, Fiscella, Shields, Meldrum, Kravitz en Duberstein, 2005).

Conceptueel bestaat er geen duidelijkheid over wat PCC concreet inhoudt (Liberati et al., 2015). De term wordt her en der gebruikt, vooral om kritiek uit te oefenen op zorgsystemen die de patiënt niet centraal stellen. Daarom ontwikkelen de auteurs een conceptueel kader voor PCC, vertrekkende vanuit een *narrative review*¹.

De auteurs onderscheiden twee grote stromingen in de literatuur rond PCC. Een **dyadische stroming** waartoe studies behoren die kijken naar PCC op een micro-niveau, met focus op de individuele relatie tussen gezondheidswerker (vaak arts) en patiënt. In dyadische studies worden de volgende sleuteldimensies van PCC onderscheiden (Liberati et al., 2015):

- Zorgverstrekkers benaderen patiënten vanuit een biopsychosociaal perspectief;
- Beslissingen worden genomen in overleg tussen patiënten en zorgverstrekkers;
- Zorgprofessionals dienen sensitief te zijn voor de emoties van patiënten;
- Zorgprofessionals moeten empathisch reageren en proberen het lijden van patiënten te verlichten.

Naast de dyadische stroming is er de meer recente **organisationale stroming**. Hiertoe behoren studies die focussen op het identificeren van organisationele en systemische barrières en facilitators van PCC. In deze organisationalle stroming wordt dus vooral gekeken naar het meso- en macro-niveau en wordt het doel om structurele, culturele en procedurele dimensies van PCC in beeld te brengen (Liberati et al., 2015). In deze literatuur worden volgende organisatorische elementen onderscheiden die bijdragen tot PCC:

- Een sterk geëngageerd leiderschap kan structurele veranderingen bewerkstelligen;
- De organisationalle omgeving moet een ondersteunende en verzorgende plek zijn voor patiënten en hun families;
- Ondersteunende informatietechnologie kan helpen om patiënten en familie direct te betrekken bij het zorgproces;
- Het systematisch meten/verzamen van patiënt feedback kan een voortdurend leerproces ondersteunen.

Liberati et al. (2015) stellen dat zowel in de dyadische als de organisationalle stroming van de literatuur rond PCC belangrijke dimensies geïdentificeerd worden, maar wijzen ook op enkele tekortkomingen. De dyadische stroming focust teveel op de interactie tussen individuele zorgverstrekkers en patiënten (en dus de klinische ontmoeting), daar waar de organisationalle

¹ De wetenschappelijke kwaliteit van deze vorm van literatuur review is moeilijk in te schatten. Ze voldoet niet aan de methodologische vereisten van een systematic review.

stroom vooral brede theoretische kaders produceert die misschien minder in staat zijn om de ervaring van patiënten te capteren, net als de dagelijks besloomingen van zorgprofessionals die geconfronteerd worden met conflicterende prioriteiten, organisationele druk, onvoldoende middelen en professionele/politieke belangen.

In hun zoektocht naar een benadering die de twee stromingen kan verbinden en die complementair is aan de dyadische en organisationele stroming in de literatuur rond PCC, hanteren Liberati et al. (2015) een praktijkgerichte benadering van zorg en organisaties. Hierbij vertrekken ze van een sociaal-constructivistische visie: sociale fenomenen worden voortdurend geproduceerd en gereproduceerd in de dagelijkse praktijk. In die praktijk gaan mensen kennis uitwisselen en waarde en betekenis hechten aan gebeurtenissen. Die kennis, waarden en betekenissen worden dus ingebed in de dagelijkse routine van organisaties en zullen na verloop van tijd als vanzelfsprekend worden beschouwd. Een praktijkgerichte benadering wil vooral aanzetten tot een nauwgezet onderzoek van alledaagse praktijken, die zowel het ruwe materiaal vormen als het analytisch kader om te begrijpen hoe die praktijken in elkaar zitten. Vanuit dit sociaal-constructivistisch perspectief kan PCC gedefinieerd worden als:

A collective achievement that is negotiated between patients and multiple health providers, comprising of social practices and relationships that are woven together through the material and immaterial resources available in specific organizational contexts (Liberati et al., 2015, p. 47).

In deze definitie willen de auteurs benadrukken dat alle elementen die PCC ondersteunen, ingebed zijn in zowel het (zorg) technische als sociale systeem van een organisatie. Het gaat daarbij om zowel materiële middelen (structuren, plaatsen, artefacten, ...) als immateriële middelen (rollen, professionele identiteit, professionele cultuur, betekenissen, symbolen, ...). Deze benadering weerspiegelt het belang van een collectieve, onderhandelende en lokale invulling van PCC die tot stand komt door het gezamenlijke engagement van zorgverstrekkers en patiënten in de dagelijkse praktijk.

Voor de empirische validering van hun conceptueel kader van PCC kiezen Liberati et al. (2015) voor een onderzoek gebaseerd op etnografie en reflexieve bijeenkomsten ('reflexive meetings'). Voor een omschrijving van *reflexiviteit* verwijzen ze naar Schön (1983) (cf. supra): reflexiviteit gaat over het exploreren van *people's own theories in use*. Meer specifiek gaat het om het bevragen van de manier waarop mensen gewoonlijk kijken en handelen, hoe ze bepaalde acties of gebeurtenissen interpreteren, hoe ze bepaalde problemen aanpakken, ... Meestal worden deze zaken niet of beperkt in vraag gesteld: mensen doen het gewoon zo omdat het ingesleten is in de routine en dat is niet pejoratief bedoeld. De bedoeling van reflexieve bijeenkomsten is deze elementen zichtbaar maken, zodat het mogelijk wordt om de implicaties ervan te bediscussieren, evalueren en in te zetten in functie van onderzoek of acties rond de verbetering van kwaliteit van zorg (Liberati et al., 2015). Eén van de mogelijkheden die de auteurs zelf aandragen, is het gebruiken van **patiëntfeedback**. Het gaat dan niet zozeer om feedback verzameld met gestandaardiseerde checklists, wel om verhalen of *narratives*. Deze verhalen kunnen een mooie insteek vormen voor reflexieve bijeenkomsten.

Hem et al. (2018) maken in een recente studie over dwang in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de verbinding tussen ethische reflectiegroepen en kwaliteit van zorg. Ze starten met de vaststelling dat professionals in de GGZ voortdurend geconfronteerd worden met ethische dilemma's. Daarbij zijn prioriteiten stellen (welke patiënt krijgt eerst aandacht?), de betrokkenheid van familie en het gebruik van dwang en drang belangrijke voorbeelden. Ethische uitdagingen worden gedefinieerd als situaties waarin professionals geconfronteerd worden met twijfel, onzekerheid of onenigheid over wat moreel 'goed' is (Hem et al., 2018).

De laatste jaren zijn er in de GGZ veel pogingen gedaan om het gebruik van dwang te reduceren en – indien toch nodig – op een zo goed mogelijke wijze in te zetten (Hem et al., 2018). Anderzijds is er veel minder aandacht voor ethische uitdagingen en hoe ermee om te gaan. Onderzoek naar *clinical ethics support* (CES) in de GGZ toont aan dat (Hem et al., 2018):

- Deelnemers rapporteren dat ze meer inzicht hebben gekregen m.b.t. 'morele issues' door er systematisch over te reflecteren;
- CES leidt tot verbeterde samenwerking in een multidisciplinair team van betrokken professionals;
- Respondenten zijn onzeker of CES ook daadwerkelijk bijdraagt tot een betere zorg;
- Deelname van patiënten of cliënten aan CES is complex;
- De implementatie van CES is uitdagend.

Hem et al. (2018) verwijzen naar Noors focusgroeponderzoek (Karlsen et al., 2018) dat aantoont dat medewerkers in een gemeentelijke gezondheidszorgdienst vinden dat CES een belangrijke bijdrage levert tot verbetering van kwaliteit zorg en

competenties van medewerkers, die ethische uitdagingen veel beter aankunnen.

Systematische ethische reflectie kan zorgprofessionals helpen een 'ethische taal' te ontwikkelen voor de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden. Onderzoek toont aan dat reflecteren over uitdagingen in het dagelijkse werk, zowel individueel als in team, kan helpen om professionals meer bewust te maken van hun eigen manier van denken, attitudes en daden (Landeweer, Abma en Widdershoven, 2010). Ethische reflectie kan bijdragen tot leerprocessen, wat betekent dat men innovatieve oplossingen kan vinden voor problemen, een betere praktijk kan ontwikkelen en beter leert samenwerken (Norvoll et al., 2017).

Empirisch onderzoek (Molewijk et al., 2020) in de Noorse GGZ introduceerde regelmatige ethische reflectiegroepen in zeven afdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen. De deelnemende afdelingen weerspiegelen de diversiteit in de betrokken ziekenhuizen: acute afdeling, afdelingen gericht op rehabilitatie, forensische afdelingen, afdelingen met vooral jongeren, afdelingen psychogeriatric en ambulante thuiszorg. In een onderzoeksproces van 2 jaar werkten reflectiegroepen met deelnemers uit verschillende afdelingen. Elke reflectiegroep werd begeleid door 2 'facilitators' die hiervoor een specifieke training doorliepen. Er werd gereflecteerd aan de hand van casussen, vragen en problemen die door de deelnemers zelf werden aangebracht.

Een stapsgewijs *ethisch reflectiemodel* (het CME-model) werd geïntroduceerd. Daarin komen volgende vragen chronologisch aan bod:

1. Wat is de ethische vraag?
2. Wat zijn de feiten?
3. Wie zijn de betrokkenen en wat is hun visie?
4. Welke waarden staan er op het spel?
5. Welke principes/richtlijnen/wetten staan op het spel?
6. Welke alternatieve manieren van handelen bestaan?
7. Conclusie.

Uit de resultaten van de empirische studie (Hem et al., 2018) blijkt dat systematische ethische reflectie een verschil maakt in de perceptie van professionals over en het omgaan met ethische uitdagingen gerelateerd aan dwang en dit op verschillende manieren.

Het gestructureerde CME-model biedt waardevolle ondersteuning. Om ethische reflectie effectief te laten zijn, is het essentieel om ze in te bedden in de cultuur van een afdeling. Dit betekent dat het gestructureerd en regelmatig bespreken van ethische uitdagingen een integraal onderdeel moet worden van de werking van de afdeling. Een belangrijk aspect van deze aanpak is de dialoog tussen de deelnemers. Door deze dialoog ontstaan meervoudige perspectieven op ethische kwesties. Het legt verschillen in visie, waarden en andere aspecten bloot en maakt het mogelijk om hierover te praten en elkaar te begrijpen.

Het is echter belangrijk om het gestructureerde model niet te rigide toe te passen. Er moet enige flexibiliteit zijn om ervoor te zorgen dat de inhoudelijke aspecten van de discussie prioriteit krijgen boven de vorm.

Deelnemers geven aan dat ethische reflectie hen heeft geholpen om verder te gaan dan alleen emotionele reacties of meningen over bepaalde situaties. Ze hebben geleerd om argumenten aan te dragen voor de posities die ze innemen ten opzichte van ethische uitdagingen en om op een analytische en reflectieve manier te werken. Dit vergroot hun bewustzijn van ethische kwesties en bevordert een meer gestructureerde benadering ervan. Afgezien van dwang zijn er nog veel andere onderwerpen waarvoor systematische ethische reflectie kan worden toegepast.

Een cruciaal element is dat professionals een houding ontwikkelen waarbij het delen van verschillende meningen en opinies onder collega's op zichzelf wordt gewaardeerd. Dit bevordert een cultuur waarin openheid en diversiteit van denken worden gestimuleerd. De reflectiegroepen zorgen ervoor dat er een taal ontwikkeld wordt om de ethische uitdagingen te beschrijven waarmee professionals geconfronteerd worden. Na verloop van tijd heeft deelname aan reflectiegroepen een positief effect op de professionele ontwikkeling. Formele regels en gewoontes komen onder druk en professionals staan meer open voor alternatieven. Het idee dat er niet altijd één juist antwoord bestaat, wint aan belang. Professionals ontwikkelen

voor zichzelf een ruimte voor reflectie waarin ze zich de vraag stellen: Wat zou ik anders kunnen gedaan hebben? Door samen met collega's te reflecteren over situaties, worden professionals ook meer zelfkritisch. Door zichzelf en hun handelen voortdurend in vraag te blijven stellen, werkt men aan kwaliteitsverbetering. Eén van de respondenten in de studie van Hem et al. (2018, p. 6) verwoordde het als volgt: *keeping up reflecting creates better treatment*.

Samen nadenken over uitdagingen en dilemma's, bepaalde aannames uitdagen, van mening verschillen, ... Het is een manier om te bouwen aan een reflexieve professionele cultuur. Er wordt nagedacht over uitdagingen en problemen als een team. Daarbij leren professionals van elkaar en die leerprocessen zorgen voor teambuilding en een bredere basis voor samenwerking. Er wordt meer vertrouwen gecreëerd in een team, wat ervoor zorgt dat betere zorg kan aangeboden worden aan patiënten en cliënten. Een citaat ter illustratie: *learning from each other is like seeing the elephant from different angles* (Hem et al., 2018, p. 8). Door mensen uit verschillende afdelingen met elkaar in contact te brengen, leren ze over verschillende professionele culturen die heersen op verschillende afdelingen.

Ondanks een overwegend positieve evaluatie van het introduceren van regelmatige ethische reflectiegroepen op basis van het CME model, wordt gewezen op het belang van enige voorzichtigheid in de interpretatie van de onderzoeksresultaten (Hem et al., 2018).

Hoewel kwalitatief) onderzoek aantoont dat ethische reflectie positieve effecten lijkt te hebben, is het belangrijk om voorzichtig te blijven bij het aannemen van een causaal verband tussen ethische reflectiegroepen en de verbetering van de kwaliteit van zorg.