

BACHELOR IN DE VERPLEEGKUNDE

ACADEMIEJAAR 2016-2017

FELINE BRANTEGEM

BACHELORPROEF

**Zelfreflectie:
volg je de ontwikkelingen of ontwikkel je jezelf?**

howest.be

BACHELOR IN DE VERPLEEGKUNDE

ACADEMIEJAAR 2016-2017

FELINE BRANTEGEM

BACHELORPROEF

**Zelfreflectie:
volg je de ontwikkelingen of ontwikkel je jezelf?**

howest.be

Het bereik van wat we denken en doen
wordt begrensd door wat we niet opmerken.
En omdat we niet opmerken kunnen we weinig veranderen
toldat we opmerken dat niet opmerken ons denken en doen bepaalt.
- Goleman -

Voorwoord

Gezien het indienen van deze bachelorproef een afsluitende opdracht is in het behalen van de graad tot bachelor in de verpleegkunde vat ik dit aan als gelegenheid om enkele mensen te bedanken.

Vooreerst wil ik mijn interne promotor bedanken om mij gedurende het proces te ondersteunen, feedback te geven en bij te sturen waar nodig. Ik apprecieer hierbij de ervaren open dialoog en de vrijheid om eigen keuzes te kunnen maken inzake de gekozen methodologie en het proces. Ook wil ik alle docenten van de opleiding bachelor verpleegkunde voor het verkorte traject van de Hogeschool West-Vlaanderen te Brugge bedanken voor de modules die een bijdrage leverden tot het construeren van deze bachelorproef.

Vervolgens wil ik de organisatie waar ik tewerkgesteld ben bedanken voor de opportuniteit om dit onderzoek te voeren binnen mijn eigen werkcontext. In het bijzonder apprecieer ik de ondersteuning en stimulatie om een concreet actieplan uit te werken en daadwerkelijk als input te hanteren in functie van de kwaliteit van de zorg. Dit werd mogelijk gemaakt door de steun en begeleiding van mijn externe promotors, Bart De Rocker en Jonas Uvyn. Ik wil hen bij uitstek bedanken voor de kritische feedback, het geduld en bereikbaarheid voor overleg gedurende het gehele proces.

Ook de externe lezers; Astrid De Clercq en Carl Ingels die de bachelorproef inhoudelijk en taalkundig nagelezen hebben, wil ik bedanken voor de praktische tips en feedback.

Ten slotte wil ik mijn ouders, vrienden en partner bedanken voor de onvoorwaardelijke steun, tijd en het begrip doorheen deze periode, waarin veel tijd en energie gespendeerd werd aan deze bachelorproef.

howest.be

Hogeschool West-Vlaanderen
Campus Rijselstraat - Opleiding
Verpleegkunde
Academiejaar 2016-2017

ABSTRACT BACHELORPROEF

ZELFREFLECTIE: VOLG JE DE ONWIKKELINGEN OF ONTWIKKEL JE JEZELF?

ACADEMIEJAAR 2016 -2017

STUDENT Feline Brantegem

TREFWOORDEN Zelfreflectie, Verpleegkundigen, Intensieve psychiatrische zorgafdeling, SRIS

PROBLEEMSTELLING MET ONDERZOEKSVRAAG:

In de literatuur wordt de stagnering van de competentie 'zelfontplooiing' aangehaald bij verpleegkundigen. Hierbij wordt verwezen naar het gebrek aan een éénduidige gebruiksvriendelijke zelfreflectiemethodiek op theoretisch vlak, anderzijds gebrek aan tijd en weerstand op pragmatisch vlak als voornaamste belemmeringen voor de toepassing van zelfreflectie. Welke effect heeft de regelmatige toepassing van zelfreflectie in de praktijk op de vaardigheid zelfreflectie en zelfinzicht bij sociotherapeuten op een intensieve psychiatrische zorgafdeling?

METHODOLOGIE:

Zelfreflectie en -inzicht werden gemeten bij 13 sociotherapeuten (n = 13) waarvan 11 verpleegkundigen (n = 11), tewerkgesteld op een intensieve psychiatrische zorgafdeling. Voorafgaand aan en na sessies van regelmatige zelfreflectie werd een voor- en nameting gedaan aan de hand van een vertaalde versie van de Self-Reflection and Insight Scale (SRIS). De interventieperiode bedroeg anderhalve maand. Door middel van kwantitatief onderzoek werden de data geanalyseerd aan de hand van het programma SPSS.

RESULTAAT:

Er werd een stijgende tendens vastgesteld voor de algemene procentuele evolutie van de globale kritische zelfreflectie (+6,5%) bij de respondenten (n = 12), na een interventieperiode met aandacht voor de toepassing van zelfreflectie binnen deze afdeling. Bij de postmeting van het onderdeel globale kritische zelfreflectie werd ten opzichte van de nulmeting een positieve evolutie vastgesteld.

BESLUIT:

Er is nood aan richtlijnen in de theoretische en praktische toepassing van zelfreflectie op deze afdeling. Verder onderzoek wordt aanbevolen aangaande de specifieke belemmerende factoren en de behoeften van verpleegkundigen in functie van het vaststellen van specifieke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor zelfreflectie.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	5
ABSTRACT.....	6
INHOUDSOPGAVE	7
1 Inleiding.....	10
THEORETISCH GEDEELTE	11
2 Probleemstelling.....	11
3 Zoekstrategie	13
3.1 Zoektermen en databanken	13
3.2 Inclusie- en exclusiecriteria	13
3.3 Soort onderzoek en niveau van evidentie	13
4 Definiëring zelfreflectie.....	15
4.1 Zelfreflectie in de pedagogiek	15
4.2 Zelfreflectie in functie van sociaalemotionele coping	16
4.3 Zelfreflectie binnen patiëntenzorg: professionele functie en zorgethiek	16
4.4 Zelfreflectie als input voor feedback en coöperatie.....	16
5 Onderwerpen voor zelfreflectie	18
5.1 Praktijkgeoriënteerde onderwerpen	18
5.2 Gevoels- en gedragsmatige aspecten.....	18
5.3 Ethiek.....	18
5.4 Groepsdynamica	19
6 Wijze van zelfreflectie.....	20
6.1 Schriftelijke en mondelinge zelfreflectie	20
6.2 Praktische uitvoering: collectief of individueel	20
6.3 Specifieke vorm: zelfreflectiedagboek	20
6.4 Passieve en actieve vormen	20
7 Gefaseerd proces	21
8 Reflectiemethodieken.....	22
8.1 Kolb.....	22
8.2 Boud	22
8.3 Korthagen	23
8.4 STARTT-methode	23
9 Doelen van zelfreflectie	25
9.1 Individuele doelstellingen.....	25
9.1.1 Inzichtsverwerving	25
9.1.2 Sociaalemotionele ontwikkeling	25

9.1.3	Ontwikkeling van professioneel en persoonlijk bewustzijn	25
9.1.4	Affectieve expressie	26
9.1.5	Zelfcontrole faciliteren	26
9.1.6	Wetenschappelijk gefundeerd handelen	26
9.2	Doelstellingen in functie van groepsdynamiek, teamcoöperatie en patiëntenzorg	26
9.2.1	Continuïteit in de zorg.....	26
9.2.2	Groepsdynamisch functioneren	27
9.2.3	Preventie van burn-out	27
9.2.4	Ontwikkeling van metacognitie.....	27
9.2.5	'Sharing'.....	27
9.2.6	Zorgethiek	27
10	Levenslang leren	29
11	Competentieprofiel verpleegkundigen	30
12	Hiaten in theoretische methodieken voor zelfreflectie	31
13	Hiaten in de praktische toepassing van zelfreflectie	32
14	Beperkende factoren in de toepassing van zelfreflectie	33
14.1	Gebrek aan kennis en inzicht.....	33
14.2	Gebrek aan motivatie	33
14.3	Verplichtend karakter en weerstand.....	33
14.4	Tijdsgebrek	34
15	Faciliterende factoren in de toepassing van zelfreflectie	35
15.1	Motivatie	35
15.2	Duidelijkheid over de definitie, doelstellingen en methodiek.....	35
15.3	Follow-up en feedback	35
15.4	Ondersteuning op managementniveau.....	35
15.5	Sociale interactie	36
15.6	Herhaling	36
15.7	Tijd	36
15.8	Structuur.....	37
16	Richtlijnen.....	38
16.1	Informeren en feedback geven	38
16.2	Eigenschappen van de gekozen methodiek	38
16.3	Cyclisch gefaseerd proces.....	39
16.4	Educatie	39
16.5	Wijze van uitvoering	39
17	Meetinstrumenten	40
18	Besluit.....	42
	PRAKTIJKGEDEELTE	43
19	Methodologie	43
20	Resultaten	49

20.1	Premeting	49
20.1.1	Scores per onderdeel volgens de vertaalde Zelfreflectie- en inzichtschaal.....	49
20.1.2	Vergelijkend onderzoek op basis van demografische gegevens.....	53
20.2	Postmeting.....	55
20.2.1	Scores per onderdeel volgens de vertaalde Zelfreflectie- en inzichtschaal.....	55
20.2.2	Beschrijvend en vergelijkend onderzoek tussen de resultaten van de pre- en postmeting.....	59
21	Discussie	62
21.1	Interpretatie resultaten.....	62
21.1.1	Premeting	62
21.1.2	Postmeting.....	62
21.1.3	Kritische bedenkingen	63
21.2	Bias	64
22	Actieplan	65
22.1	Plan	65
22.2	Do	66
22.3	Check	67
22.4	Act.....	68
23	Conclusie	69
	BIJLAGEN.....	70
	REFERENTIELIJST	93

1 Inleiding

Vooreerst ontstond het thema 'zelfreflectie' voor deze bachelorproef vanuit de noden en probleemstelling in het werkveld. Zelfreflectie werd in verschillende wetenschappelijke bronnen omschreven. In functie van deze bachelorproef werd gekozen voor een globale samenvatting voor de definiëring van zelfreflectie. Zelfreflectie is het geheel van intellectuele en affectieve activiteiten om eigen ervaringen en kennisverwerving te ontdekken. Het omvat het ontwikkelen van nieuwe inzichten en bewustzijn. Daarenboven doelt het op het verwerven van de capaciteit om een verbinding te maken van de theorie met de praktijk. Het dient als ondersteuning bij stressvolle situaties in functie van sociaalemotionele coping en als essentieel instrument voor het competent professioneel functioneren in de trend van de continu veranderende gezondheidszorg en levenslang leren.

Het werkveld, hier besproken, omvat een intensieve psychiatrische zorgafdeling met een specifieke doelgroep, die niet gespecificeerd kan worden omwille van de uniciteit van deze afdeling in België en anonimiteit op deze manier niet gewaarborgd kan worden. Deze afdeling is binnenkort één jaar geopend en kijkt dus aan tegen de uitdagingen van het ontwikkelen van een team, visie en beleid. Bijgevolg wis er regelmatig nood aan analyse en herevaluatie van de vastgelegde aanpak. In functie van de werking op deze afdeling kan zelfreflectie een fundamenteel werkinstrument zijn volgens wetenschappelijke bronnen.

De intensieve zorg binnen dit werkveld houdt in dat er meermaals crisisinterventies zijn, dit vereist een snelle gepaste actie van sociotherapeuten-verpleegkundigen. Na interventies wordt een debriefing gehouden met het vaststellen van verbeterpunten binnen het eigen handelen als doelstelling. Er is echter gebrek aan een methodiek of ondersteuningsinstrument in functie van het omgaan met stressvolle situaties en het evalueren van het gevoerde beleid. Er is geen standaard instrument om het eigen handelen in vraag te stellen. Evenals in de literatuur wordt zelfreflectie omschreven als instrument dat een bijdrage kan leveren tot een stijgende evolutie van zelfontplooiing binnen de verpleegkundige zorg. Kortom wordt vanuit het werkveld en recent wetenschappelijk onderzoek de nood aan richtlijnen met betrekking tot zelfreflectie gerapporteerd.

Voorafgaand aan het praktijkonderzoek werd een literatuurstudie uitgevoerd om richtlijnen voor de pragmatische en theoretische implementatie van zelfreflectie vast te stellen. Ook een analyse van belemmerende en faciliterende factoren droeg bij tot het opstellen van een actieplan. Bij deze studie werden alle bronnen met betrekking tot zelfreflectie bij professionele hulpverleners en studenten binnen de zorgsector geïncludeerd. Bij het praktijkonderzoek werden alle sociotherapeuten, waarvan 85% verpleegkundigen, geïncludeerd om deel te nemen aan een interventieperiode van anderhalve maand om regelmatig zelfreflectie toe te passen in het werkveld. Alle sociotherapeuten hadden dezelfde taak in functie van het in vraag stellen van het eigen handelen. De sociotherapeuten gelinkt aan directe patiëntenzorg binnen het ploegensysteem van vroeg-, laat- en dagdiensten werden geïncludeerd. De populatie werd opgedeeld op basis van geslacht, opleiding, leeftijd en het aantal jaar werkervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg om uitspraken te kunnen doen over het effect van zelfreflectie bij sociotherapeuten op deze afdeling. Vanuit de literatuur werd een gevalideerd meetinstrument vertaald en gehanteerd om via een voor- en nameting mogelijke tendensen te constateren betreffende engagement om aan zelfreflectie te doen, de nood aan zelfreflectie, zelfinzicht en globale kritische zelfreflectie.

De onderzoeksvraag omvat het nagaan van het effect van regelmatige toepassing van zelfreflectie in de praktijk, op de vaardigheid zelfreflectie en -inzicht van sociotherapeuten op een intensieve psychiatrische zorgafdeling.

2 Probleemstelling

In het kader van stagnering van de competentie 'zelfontplooiing' binnen de werkomgeving bij verpleegkundigen, wordt het gebrek aan een eenvoudige en gebruiksvriendelijke zelfreflectiemethodiek in wetenschappelijke literatuur aangewend als voornaamste hiaat binnen de competentie-ontwikkeling. Desondanks zelfreflectie in literatuur een aanbevolen educatief instrument is in functie van de evaluatie van de verpleegkundige zorg, wordt dit weinig toegepast in de praktijk (Koole et al., 2011).

Het probleem vestigt zich zowel op het theoretische als pragmatische domein. Theoretisch duidt onderzoek enerzijds op het gebrek aan kennis over de inhoudelijke en doelmatige aspecten van zelfreflectie bij verpleegkundigen. Anderzijds worden onvoldoende gebruiksvriendelijkheid en eenduidigheid geponeerd als voornaamste belemmeringen tot zelfreflectie. Deze elementen duiden op de nood aan richtlijnen voor de opmaak van een zelfreflectiemethodiek. In functie van de pragmatische hantering beschrijft onderzoek de manifestatie van weerstand ten aanzien van zelfreflectie bij studenten verpleegkunde. Dit kwalitatief onderzoek constateerde dat studenten nauwelijks weten wat zelfreflectie precies inhoudt. Er wordt geen verbinding gelegd tussen de leerstof en zichzelf. Zelfreflectie wordt bovendien ervaren als een taak met een verplichtend karakter (Kuijpers & Meijers, 2009).

Overigens dient deze zelfreflectiemethodiek bij te dragen tot de toenemende evolutie van zelfontplooiing binnen het verpleegkundige werkveld. Een stijging van deze competentie houdt in dat de werkwijze van dagelijks uitgevoerde verpleegkundige taken in vraag gesteld worden en optimalisering mogelijk maakt. Optimalisering is noodzakelijk, teneinde kwalitatieve zorg te leveren aan de patiënt. Eveneens dragen deze analyses bij tot het levenslang leren binnen de uitoefening van het verpleegkundige beroep (Koole et al., 2011). De nieuwe ontwikkeling 'life long learning' houdt in dat bewust doelgericht handelen ondersteund wordt door analyse van het eigen handelen. Deze analyses zijn gericht op het vaststellen van verbeterpunten en alternatieven leren ontwikkelen.

In functie van de werking van een intensieve psychiatrische zorgafdeling kan zelfreflectie een fundamenteel werkinstrument zijn. Intensieve zorg houdt in dat er meermaals crisisinterventies zijn, dit betekent dat er vaak een korte termijn is waarin de geschikte handeling moet vastgesteld worden. Na een interventie vindt er steeds een debriefing plaats en wordt het eigen handelen, evenals het handelen in team in vraag gesteld. Verbeterpunten worden opgesteld en meegenomen naar de toekomstige incidenten. Hierbij kan zelfreflectie een hulpmiddel zijn, een methodiek waar stilgestaan wordt bij de subjectieve beleving en de objectieve handelwijze.

Gezien deze intensieve psychiatrische zorgafdeling de eerste is in België voor deze specifieke doelgroep zijn er amper uitgeschreven procedures en richtlijnen voor de afdelingswerking. De omschrijving van de doelgroep kan niet gespecificeerd worden in deze bachelorproef gezien de uniciteit in België en het waarborgen van anonimiteit. Er is een duidelijk beleid en visie vastgelegd, maar ook deze dient meermaals geanalyseerd en geherevalueerd te worden. Deze analyse kan op basis van observaties, registratie van knelpunten en het opstellen van verbeterpunten. Dit kan onder andere op basis van zelfreflectie door ieder teamlid, de output van deze zelfreflectie kan een input geven voor intervisiesessies met het hele team (Engerer et al., 2016). Evenzo is het noodzakelijk de interventies zoveel mogelijk uniform te maken, zodat iedereen ongeveer op dezelfde wijze gelijkaardige situaties aanpakt. Dit draagt bij tot de continuïteit van de zorg.

Gezien deze continuïteit gegarandeerd wordt door een multidisciplinair team van sociotherapeuten, die samen verantwoordelijk zijn voor de directe patiëntenzorg, worden niet enkel de verpleegkundigen geïncorporeerd voor de bachelorproef. Er zal wel onderscheid gemaakt worden in de bevraging aangaande de specifieke opleiding.

De psychosociale belasting is dermate groot op de afdeling omwille van het intensief crisismanagement ten gevolge van ingrijpende acties door deze patiëntengroep. De sociotherapeut wordt op de afdeling blootgesteld aan verschillende situaties waarbij gevoelens van angst, kwaadheid, frustratie en machteloosheid ontlokt worden. Deze gevoelens kunnen op lange termijn een oorzaak vormen voor het ontwikkelen van burn-out, dit in combinatie met de hoge werkdruk. Op korte termijn is het bewaken van het ervaren gevoel van tegenoverdracht een belangrijk item voor zelfreflectie, dit om te belemmeren dat er conform dit gevoel gehandeld wordt.

Op deze intensieve psychiatrische zorgafdeling wordt dus vastgesteld dat er een gebrek is aan een methodiek of ondersteuningsinstrument in functie van het omgaan met stressvolle situaties en het evalueren van het gevoerde beleid. Er is geen standaardinstrument, -gelegenheid of -hulpmiddel om het eigen handelen in vraag te stellen. Dit leidt tot een chaotische informele toepassing van zelfreflectie en overleg op vrijwillige basis en occasioneel uitgevoerd, met als voorwaarde: voldoende tijd en ruimte binnen de afdelingswerking. Ook hangt de mate waarin in dit gebeurt af van de attitude van de individuele sociotherapeut. Er is geen continuïteit in het uitvoeren en opvolgen van de zelfreflectie.

Overigens kan zelfreflectie bijdragen tot verwerking van intensieve gebeurtenissen op de afdeling, namelijk bij agressie of een suïcidepoging. Het biedt de mogelijkheid om stil te staan bij de ervaren gevoelens en de beleving van dit incident. Hieraan kan mogelijks de nodige ondersteuning gekoppeld worden. Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Kerasidou & Horn (2016) en Germain et al (2016).

Ten slotte ondersteunt zelfreflectie hierbij de verpleegkundige rol als professionele ontwikkelaar, die zijn kritisch blik hanteert in functie van verandering en optimalisering. Naast het in vraag stellen van het eigen handelen nodigt zelfreflectie uit tot het vergelijken van de gehanteerde methodiek met verpleegkundige richtlijnen volgens evidence based nursing.

Deze elementen ondersteunen de uiteindelijke doelstelling, overeenkomstig aan dit probleem, namelijk het vaststellen van richtlijnen voor de ontwikkeling van een zelfreflectiemethodiek voor sociotherapeuten op een intensieve psychiatrische zorgafdeling. De focus dient gelegd te worden op de specifieke noden van sociotherapeuten ten aanzien van de toepassing van deze methodiek in de praktijk. Dit dient in combinatie met voldoende wetenschappelijke onderbouw over de belemmerende factoren gebundeld te worden tot concrete richtlijnen. In de besluitvorming zal de nadruk voornamelijk liggen op de richtlijnen voor zelfreflectie met betrekking tot de uitvoering door sociotherapeuten met de verpleegkundige discipline.

Deze probleemstelling wordt omvat in de volgende onderzoeksvraag: Wat is het effect van regelmatige toepassing van zelfreflectie in de praktijk op de vaardigheid zelfreflectie en zelfinzicht van sociotherapeuten op een intensieve psychiatrische zorgafdeling?

Verder zijn er enkele ondersteunende deelvragen om de behoeften en verwachtingen van verpleegkundigen ten aanzien van een zelfreflectiemethodiek vast te stellen. Dit met als doel richtlijnen vast te stellen aan de hand professionele expertise en wetenschappelijke literatuur. Welke richtlijnen kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van een gebruiksvriendelijke en pragmatische zelfreflectiemethodiek in functie van professionele zelfontwikkeling van sociotherapeuten op een intensieve psychiatrische zorgafdeling? Welke onderdelen van zelfreflectie hebben effect op de competentie zelfontwikkeling? Wat zijn de behoeften van verpleegkundigen aangaande de pragmatiek van een zelfreflectiemethodiek?

3 Zoekstrategie

3.1 Zoektermen en databanken

Vooreerst werd in functie van het concretiseren van het onderwerp gekozen voor de zoektechniek browsen, wat inhoudt dat er ongecoördineerd en onwillekeurig mogelijke thema's onderzocht werden. Nadien werd er overgeschakeld op het eenvoudig zoeken op vrije tekst op basis van de zoekterm 'zelfreflectie' of 'self-reflection'. Na het vaststellen van het gekozen onderwerp en het definiëren van de probleemstelling en onderzoeksvraag, werd overgegaan tot het zoeken op index via verschillende databanken. De gevonden linken met het trefwoord 'self-reflection' in de online databanken SpringerLink, GoogleScholar, Cinahl, Invert en Pubmed werden gehanteerd in de verdere zoekstrategie. De gelinkte trefwoorden zoals 'professionalism', 'professional development', 'lifelong learning', 'reflective learning', 'nursing', 'education', 'performance', 'insight' en 'assessment' werden gecombineerd via booleaanse zoektermen in de databanken Pubmed en GoogleScholar. In functie van de probleemstelling werden de booleaanse zoektermen ingezet met de trefwoorden 'self-reflection', 'mental health' of 'psychiatry'. Via GoogleScholar werden via Nederlandstalige zoektermen 'zelfreflectie' en 'zorgverlening' Nederlandstalige artikels gevonden met betrekking tot zorgethiek. Ook vakliteratuur en een thesisverslag boden relevante input voor meerdere bronnen op basis van de cross-referencing en de sneeuwbalmethode.

3.2 Inclusie- en exclusiecriteria

Alle bronnen met betrekking tot zelfreflectie in de pedagogische of professionele zorgcontext werden geïncludeerd. Wetenschappelijk onderzoek waarin de zelfreflectie door de patiënt beschreven werd, werden geëxcludeerd. De inclusiecriteria vestigden zich voornamelijk op de doelgroep van dit onderzoek, namelijk professionele hulpverleners. Ter voorbereiding van dit inclusie criterium werden studenten in de medische sector toegevoegd. Aanvankelijk was dit een exclusie criterium, maar gezien de beperkte wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp werd deze groep wel geïncludeerd. Er werd gekozen voor een aantal minder recente bronnen, dit gezien het gaat om oorspronkelijke werken die de visie op zelfreflectie omschrijven. Deze werken zijn van de authentieke grondleggers van zelfreflectiemethodieken. De gegevens uit deze werken werden niet geïmplementeerd in functie van actuele vaststellingen maar gehanteerd om het onderwerpen en de originele optiek van zelfreflectie te kaderen. Evenzo werden bronnen geraadpleegd in functie van het bepalen van een meetinstrument. Hierbij werd geconstateerd dat er recent geen nieuwe meetinstrumenten ontwikkeld werden en het recentste meetinstrument dateert van het jaar 2002.

3.3 Soort onderzoek en niveau van evidentie

Ten slotte werd de focus gelegd op het hanteren van kwantitatief onderzoek. Gezien kwantitatief onderzoek met betrekking tot zelfreflectie eerder beperkt bleek, werd overgegaan naar het includeren van onderzoek van kwalitatieve aard. De gehanteerde onderzoeken situeren zich op verschillende niveaus van evidentie. Binnen de literatuurstudie wordt regelmatig gerefereerd naar een systematische review met evidentieniveau A1, zuiver experimentele onderzoeken via een randomized controlled trial met evidentieniveau A2 en correlatieve onderzoeken met evidentieniveau B. Ook meningen van deskundigen met evidentieniveau D werden geïncludeerd als bron. Overigens werden meerdere kwalitatieve fenomenologische onderzoeken gehanteerd. Het betreft onderzoek met hoge geloofwaardigheid als evidentieniveau omwille van de toepassing van datasaturatie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Ook gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoek werd aangewend onder de vorm van beschrijvend onderzoek in een cohortstudie in combinatie met kwalitatief fenomenologisch onderzoek onder de vorm van een review met evidentieniveau C. Ook een casestudy werd aangewend als bron met evidentieniveau C. Evenals mixed methods-onderzoek met gebruik van focusgroepen.

4 Definiëring zelfreflectie

De term zelfreflectie wordt zowel in pedagogische als professionele context onder verschillende definities weergegeven. Deze zijn enerzijds uiteenlopend maar omvatten anderzijds een duidelijke overeenkomst, namelijk zelfreflectie als een leercompetentie. De definiëringen zijn te kaderen binnen 4 ruime clusters, vooreerst de pedagogiek, ten tweede sociaalemotionele coping, ten derde de patiëntenzorg en professioneel handelen met bijkomstig luik de zorgethiek, ten vierde in de ruimere context van feedback en coöperatie.

4.1 Zelfreflectie in de pedagogiek

Uit een systematische review van Koole et al (2011) wordt zelfreflectie omschreven als een belangrijk onderdeel van de professionele ontwikkeling in pedagogische termen. Zelfreflectie is een onderdeel in de groei naar professionele ervaring en deskundigheid. Binnen deze pedagogische context wordt zelfreflectie omschreven als de intellectuele en affectieve activiteiten om eigen ervaringen en kennisverwerving te ontdekken, met als doel nieuwe inzichten en bewustzijn te verkrijgen (Germain et al., 2016). Het is een cruciaal onderdeel van 'doelbewust anders leren' met de nadruk op het maken van de verbinding tussen theorie en praktijk. Bovendien wordt het benoemd als een basisvaardigheid voor de 'transformative learning', een leerstrategie volgens de visie van Mezirow. Deze strategie richt zich op het omzetten van perspectieven met de focus op psychologische, levensbeschouwelijke en gedragsmatige aspecten (Shoo et al., 2015). Het is een zelfregulerende leeractiviteit met als doel verrijking van de eigen kennis (Kanthan & Senger, 2011). Dewey (Koole et al., 2011) omschreef zelfreflectie als een actieve continue voorzichtige overweging van elke overtuigde of veronderstelde vorm van kennis in functie van de stimulatie tot kennisverwerving en verdere besluitvorming. Moon vulde dit aan door zelfreflectie in te bedden in het leerproces en zelfreflectie te zien als een vorm van een mentaal proces met een doel en een resultaat, toegepast op complexe problemen waarvoor geen duidelijke oplossing is. Dus zelfreflectie omvat de kritische analyse van kennis en ervaring om betekenis en inzicht te verwerven met als doel een consoliderende professionele ontwikkeling (Lew & Schmidt, 2011). Hierbij wordt door Shoo et al (2005), Koole et al (2011), Gummesson & Nordmark (2012) en Hegge, Slaets & Cohen-Schotanus (2012) de term 'lifelong learning' of levenslang leren benoemd. Dit houdt in dat de eigen kennis en vaardigheden bijgestuurd blijven, evenals het verwerven van nieuwe ontwikkelingen en de toepassing ervan. Dit begrip wordt uitgebreid besproken in paragraaf 10. Dit levenslang leren draagt bij tot de professionele ontwikkeling. Via levenslang leren blijft de professional op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen, zoals de verschuiving van de visie op zorg van een aanbodgestuurde naar patiëntgeoriënteerde zorg. De noden van de patiënt begrijpen en bevragen is de basis van patiëntgeoriënteerde zorg. Bovendien is het één van de doelstellingen van zelfreflectie (Ganzer & Zauderer, 2013). Zelfreflectie in functie van patiëntgeoriënteerde zorg wordt verder uitgediept in paragraaf 4.3.

4.2 Zelfreflectie in functie van socialemotionele coping

Daarnaast wordt zelfreflectie in verband gebracht met ondersteuning bij stressvolle situaties. Deze methodiek is een onderdeel van de ruimere coping bij stress. Zelfreflectie kan een stimulerend instrument zijn om het een copingstrategie te ontwikkelen. Het omvat het terugblikken op gebeurde situaties en ervaren emoties, bijvoorbeeld uitgelokt in de zorg voor een patiënt (Kerasidou & Horn, 2016). Een adequate coping leidt onomstreden tot een verminderde incidentie van burn-out. De focus ligt op het verwerven van bewustzijn over onbewuste processen in functie van inzicht in probleemoplossing. Dit situeert zich zowel op het socialemotionele als professionele en pragmatische domein (Elvira et al., 2016).

4.3 Zelfreflectie binnen patiëntenzorg: professionele functie en zorgethiek

Bovendien is zelfreflectie een essentiële vaardigheid in de uitvoering van patiëntgeoriënteerde zorg. Deze zorg wordt georganiseerd vanuit de noden en behoeften van de patiënten. Binnen de zorg voor patiënten kan zelfreflectie aangewend worden als bewustwordingsmethodiek in de handelingswijze bij de toepassing van bepaalde technieken. Het is een methode om de eigen werkwijze in vraag te stellen. De technische aspecten van verpleegkunde kunnen onderwerp van zelfreflectie zijn, evenals gesprekstechnische vaardigheden. Kanthan & Senger (2011) omschrijven zelfreflectie als een essentieel instrument voor het competent professioneel functioneren in functie van de continu veranderende gezondheidszorg. Dit in het licht van de toenemende schaarste van middelen en personeel door overheidsbesparingen, dient de zorg efficiënt georganiseerd te worden.

Zelfreflectie kan de aanzet geven tot het ontdekken van knelpunten en groeimogelijkheden op organisatieniveau. Op persoonlijk niveau kan zelfreflectie inzicht geven in de eigen sterktes en zwaktes met als doel een continu proces van verbetering. Dit proces kan gekaderd worden binnen evidence based nursing waarbij verbeterpunten in kaart gebracht worden via wetenschappelijk onderzoek en een oneindige cyclus van innovatie in gang gezet kan worden (Hegge, Slaets & Cohen-Schotanus, 2012). Het is een multidimensionale erkenning, implementatie en toepassing van inzichtsverwerving met als doel iets diepgaand te begrijpen en analyse mogelijk te maken.

Aansluitend heeft zelfreflectie een plaats binnen zorgethiek. Ethische zelfreflectie is een methodiek om stil te staan bij ethische kwesties, zoals dwang binnen de zorgcontext. Zelfreflectie draagt bij tot een zorgethische benadering van de patiëntenzorg en biedt de mogelijkheid om de visie op zorg te verruimen (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016).

4.4 Zelfreflectie als input voor feedback en coöperatie

Aanvullend kan zelfreflectie de basis vormen voor feedback. Dit gezien zelfreflectie een weergave is van de eigen beleving van de ervaringen. Het kan een leidraad zijn om vanuit zelfinzicht feedback te vragen en te geven (Gummesson & Nordmark, 2012). Dit draagt bij tot het verwerven van inzicht in de eigen leefwereld en die van de andere. Korthagen & Vasalos (2005) hanteren hiervoor de term 'kernreflectie'. Zelfreflectie is een vorm van communicatie in dialoog met jezelf en/of anderen om alternatieve inzichten te verwerven (Schoo et al., 2015). Het betreft een didactisch instrument voor communicatieve vaardigheidstraining. Het ultieme doel in het gebruik van zelfreflectie wordt door Engerer et al (2016) omschreven als onderdeel van 360°-feedback. Deze feedback houdt in dat men, aan de hand van zelfreflectie, feedback geeft aan en ontvangt van iedere collega omtrent het professioneel functioneren.

Kortom wordt zelfreflectie omschreven als een methode om de persoonlijke en professionele ervaringen te overzien, de impact en gevolgen na te gaan, nieuwe inzichten te verwerven en hieruit te leren in functie van toekomstige situaties (Germain et al., 2016).

5 Onderwerpen voor zelfreflectie

De onderwerpen voor zelfreflectie behoren tot meerdere domeinen. Zowel praktische, gevoelsmatige, gedragsmatige, ethische als groepsdynamische aspecten kunnen onderwerp voor zelfreflectie zijn.

5.1 Praktijkgeoriënteerde onderwerpen

Globaal ligt de focus op het eigen handelen. Het meest voor de hand liggende item betreft problemen, zaken die niet goed lopen. Uit onderzoek blijkt dat actuele problemen vaker als onderwerp voor zelfreflectie gekozen worden dan zaken die vlot verlopen (Strijbos, Fleuren & Steinbush, 2001). In praktijk blijkt dat zorgwekkende incidenten sneller aanleiding geven tot zelfreflectie. Gummesson & Nordmark (2012) omschrijven in hun kwalitatief fenomenologisch onderzoek alle geleverde inspanningen of prestaties (Pelgrim et al., 2012) bij de uitvoering van de beroepsactiviteit als mogelijk onderwerp voor zelfreflectie, dit betreft voorbeelden zoals timemanagement, motivatie, concentratie en attitude. Dit onderzoek onderzoekt het fenomeen of het verschijnsel zoals het ervaren wordt vanuit de leefwereld van de respondenten. In functie van de patiëntenzorg kan gereflecteerd worden door alle leden van multidisciplinair team over het proces en de resultaten van de behandeling. Hieruit kunnen leerprojecten en werkpunten voortvloeien waaraan toekomstige acties gekoppeld kunnen worden (Kooie et al., 2011). Ook over doelstellingen kan er gereflecteerd worden, dit in het kader van de haalbaarheid maar tevens is proces- of productevaluatie een optie voor zelfreflectie om mogelijke knelpunten te ontdekken.

5.2 Gevoels- en gedragsmatige aspecten

Overigens kunnen ook gevoelens, zoals angst, materie zijn voor zelfreflectie (Gummesson & Nordmark, 2012). In een randomized controlled trial (Kanthan & Senger, 2011) bij eerste jaarstudenten artsen en tandartsen met een peiling naar het begrip zelfreflectie werden vijf onderdelen van zelfreflectiebewustzijn vastgelegd. Deze onderdelen duiden op de mogelijke onderwerpen voor zelfreflectie. Het eerste onderdeel of onderwerp beschrijft, zoals Gummesson & Nordmark, de persoonlijke capaciteiten en inspanningen. In de pedagogische context worden de persoonlijke leerstijlen beschouwd als tweede onderdeel. Het derde onderdeel bestrijkt het inzicht in het verband tussen theorie en praktijk. Emotionele reacties en gevoelens omvatten het vierde onderdeel en het vijfde onderwerp betreft zelfreflectie over toekomstige inspanningen en de bijhorende doelstellingen.

5.3 Ethiek

Op het domein van zorgethiek zijn ethische dilemma's onderwerp voor zelfreflectie. Ook ervaren onbehagen of onzekerheid over bepaalde beslissingen kunnen aanzetten tot zelfreflectie. De focus blijft hierbij echter ook liggen op het eigen handelen (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016).

5.4 Groepsdynamica

Volgens Lew & Schmidt (2011) kan zelfreflectie in functie van groepsdynamica aangewend worden om stil te staan bij het groepsproces, de groepsvorming, communicatiestijl en conflicthantering. Hierbij komt het groepsdynamische aspect aan bod, maar ook individuele aspecten zoals het eigen gedrag in vraag stellen kan een onderdeel zijn van zelfreflectie.

Een combinatie van subjectieve en objectieve elementen kan opgenomen worden in de methodiek van zelfreflectie, dit afhankelijk van de wijze en het proces waarmee de zelfreflectie georganiseerd is.

6 Wijze van zelfreflectie

De wijze van zelfreflectie heeft een onderverdeling op vlak van praktische uitvoering, namelijk schriftelijke en mondelinge zelfreflectie.

6.1 Schriftelijke en mondelinge zelfreflectie

Schriftelijke zelfreflectie omvat het letterlijk neerschrijven van het zelfreflectieproces. Uit onderzoek blijkt dat deze methodiek het ordenen en combineren van gedachten vergemakkelijkt. Er zijn echter ook een aantal significante nadelen zoals de onmogelijkheid om de vraag te stellen naar concretisering. Vaak worden de eigen ervaringen verbloemd of wordt er niet gericht gereflecteerd over de eigen situatie en wordt er afgeweken van het eigen handelen qua onderwerp voor zelfreflectie. Ook het gebrek aan taalvaardigheid kan een belemmerende factor zijn in de realisatie van schriftelijke zelfreflectie. Mondelinge zelfreflectie daarentegen biedt meer mogelijkheden aan deelnemers met taalmoeilijkheden. Bovendien biedt mondelinge zelfreflectie de mogelijkheid tot het stellen van vragen en kan er direct feedback gegeven worden. Dit hangt echter samen met een nadeel dat mondelinge feedback sneller vergeten wordt. Samenvattend wordt een combinatie van schriftelijke en mondelinge zelfreflectie aanbevolen (Burton, 2000).

6.2 Praktische uitvoering: collectief of individueel

Ook kan er een onderscheid gemaakt worden in de individuele benadering of in interactie met anderen. In interactie met anderen kan zelfreflectie aanleiding geven tot feedback en wordt de term 'sharing' gehanteerd. De ervaringen waarover gereflecteerd werd, worden gedeeld met elkaar met als doel kennis- en inzichtverwerving (Kerasidou & Horn, 2016). Deze toepassing van zelfreflectie wordt door Engerer et al (2016) ingezet als onderdeel van 360°-feedback, waarbij de zelfreflectie input levert voor feedback.

6.3 Specifieke vorm: zelfreflectiedagboek

Germain et al (2016) hanteerden zelfreflectiedagboeken in een studie waarbij de impact van zelfreflectie werd nagegaan bij vrijwilligers in een palliatief zorgprogramma. Er werd dagelijks geflecteerd in schrift waardoor zelfreflectie routinematig plaats vond. 78 procent van de deelnemers vervulde het trainingsprogramma op basis van de zelfreflectiedagboeken. Vanuit deze dagboeken werden belangrijke thema's belicht, waarmee vrijwilligers binnen de palliatieve zorg worstelen.

6.4 Passieve en actieve vormen

Ten slotte hoeft de wijze van zelfreflectie niet steeds een actieve vorm aan te nemen, zoals de hierboven vermelde methoden. Ook aandacht voor passieve vormen is aangewezen. Deze passieve vorm houdt in dat er stilgestaan wordt bij het eigen gevoel gedurende het dagelijks functioneren. Het eerlijk luisteren naar innerlijke overwegingen en deze hanteren in functie van het eigen professioneel handelen, kan de patiëntenzorg faciliteren en optimaliseren (Lanser, 2004).

7 Gefaseerd proces

Reflectie is een gefaseerd cyclisch proces. Het gefaseerde proces van zelfreflectie bestaat uit verschillende fases waarbij zowel puur gedragsmatige, objectieve als gevoelsmatige, cognitieve en subjectieve items beschreven worden. Het cyclisch proces omvat het eindeloze karakter van zelfreflectie. Elke zelfreflectie geeft aanleiding tot onderwerpen waarover gereflecteerd kan worden. Op deze wijze draagt zelfreflectie bij tot het continue proces van verbetering (Hegge, Slaets & Cohen-Schotanus, 2012). Shoo et al (2015) beschrijven deze cyclus als een opeenvolging van zelfreflectie, planning, actie, observatie, zelfreflectie, enzovoort.

In een systematische review omschrijft Koole et al (2011) in tegenstelling tot Shoo et al (2015) een beknopte methodiek met drie grote fases bij zelfreflectie. De eerste fase omvat het terugblikken op de ervaring via een concrete beschrijving ervan. Vervolgens wordt stilgestaan bij de ervaren gevoelens en ten slotte de herevaluatie van de ervaring. Kolb voegt hieraan een vierde fase toe, namelijk het actief experimenteren om te leren uit de ervaring. Bij fase 3 verwijst hij naar de theoretische onderbouw en ondersteunende modellen, richtlijnen of procedures. In fase 1 kunnen concrete vragen gesteld worden over welke zaken goed gingen en welke vatbaar waren voor verbetering (Pelgrim et al., 2012). Ganzer & Zauderer (2013) omschrijven een alternatieve fasering, namelijk met als eerste stap een omschrijving van de verwachting van de ervaring, vervolgens een beschrijving van de ervaring zelf en als derde fase het terugblikken op de ervaring. Dit proces werd gehanteerd bij fenomenologisch kwalitatief onderzoek bij studenten in functie van angstreductie in de zorg voor psychiatrische patiënten.

Dit is in tegenstelling tot de geponeerde fasen voor ethische zelfreflectie. Vooreerst wordt stilgestaan bij het probleem, ten tweede een bespreking van de feiten, vervolgens een waardering van de verschillende opties voor de aanpak van het probleem en ten slotte de besluitvorming of het vastleggen van de gekozen actie (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016).

Drie indicatoren kunnen gehanteerd worden als parameter voor de beoordeling van de volledigheid van een zelfreflectieproces. De eerste indicator betreft het overzien van de ervaring, het objectief concretiseren van de situatie met identificatie van essentiële elementen, gevoelens en gedachten. Ten tweede vereist het proces een kritische analyse waarbij de hulpverlener zichzelf zoekende vragen stelt en deze gaat beantwoorden aan de hand van referentiekaders. Ten slotte doelt zelfreflectie op een zelfreflectief resultaat, dit duidt op het vaststellen van conclusies, het opmaken van doelstellingen en een actieplan (Koole et al, 2011).

Aanvullend dienen de volgende basiselementen aanwezig te zijn binnen ieder gefaseerd proces van zelfreflectie: het denken, voelen, waarnemen, voorstellen, willen en doen. Deze elementen dragen bij tot de kwaliteit en volledigheid van de zelfreflectie (Luken, 2011).

8 Reflectiemethodieken

Gedurende de geschiedenis van de pedagogiek zijn er evenals definiëringen van zelfreflectie, meerdere zelfreflectiemethodieken ontworpen. Er is echter geen enkel wetenschappelijk onderzoek met voldoende evidentie dat aangeeft welke methodiek de meest aangewezen is. De meest besproken methodieken in wetenschappelijk literatuur worden hieronder kort toegelicht.

Methodieken volgens Kolb, Dewey, Boud, Schön, Moon en Mezirov vertrekken vanuit een gelijke basis en definiëring. Zelfreflectie dient als methodiek om stil te staan bij het eigen handelen en professionele ontwikkeling te bevorderen (Koole et al., 2011).

8.1 Kolb

De schriftelijke methodiek van Kolb focust zich op vier fasen, zoals eerder vermeld in paragraaf 7. Fase 1 omvat de beschrijving van de concrete ervaring. De focus ligt hierbij op het verloop van de situatie en welke elementen er goed en minder vlot liepen. Er is een identificatie van de copingstrategie (Kanthan & Senger, 2011). De wijze waarop omgegaan wordt met probleemsituaties staat centraal. Observatie en zelfreflectie komen aan bod in de tweede fase. Er is een verzameling en analyse van informatie over de ervaren gedachten en gevoelens, met aandacht voor negatieve en positieve ervaringen (Kanthan & Senger, 2011). In fase 3 vindt de herevaluatie van de ervaring plaats aan de hand van het verkennen van theorie. Er wordt nagegaan welke modellen, procedures of richtlijnen aansluiten bij deze ervaring en richtinggevend kunnen zijn voor een actieplan.

Ten slotte wordt er actief geëxperimenteerd door het opstellen van een concreet actieplan en doelstellingen volgens het SMART-principe; namelijk specifiek, meetbaar, haalbaar, relevant en tijdsgebonden. De focus ligt hierbij op het specifieke leerproces. De methodiek is voornamelijk pedagogisch georiënteerd en richt zich op het aanleren van bepaalde vaardigheden (Kolb, 1984). De definiëring overeenstemmende met deze methodiek bevindt zich binnen de pedagogische context, zoals beschreven in paragraaf 4.1.

8.2 Boud

De methodiek van Boud wordt gestructureerde zelfreflectie genoemd. De fasering is in grote lijnen gelijklopend met de fasen volgens Kolb. Ten eerste wordt teruggeblikt op de ervaring met vervolgens identificatie van gevoelens als reactie op gebeurtenissen. De tweede fase van zelfreflectie doelt op de erkenning van de eigen interpretaties om het eigen handelen volledig te begrijpen en de situatie te objectiveren. Ten derde wordt de ervaring geherevalueerd door de gevoelens, gedachten en ervaringen te verenigen, verbeterpunten te integreren in de praktijk, handelingen te valideren en zich nieuwe technieken of vaardigheden toe te eigenen (Kanthan & Senger, 2011). Evenals de methodiek van Kolb sluit Boud aan bij de definiëring van zelfreflectie binnen de pedagogiek, beschreven in paragraaf 4.1.

8.3 Korthagen

De methodiek van Korthagen beschrijft in de eerste fase het opdoen van praktijkervaring. Evenals bij de methodiek van Kolb wordt de situatie objectief beschreven. Bij deze methodiek dient de situatie kort in enkele zinnen uitgeschreven te worden in de eerste fase. Er is een additie van de eigen taken en de oorspronkelijke doelstellingen in deze situatie. Deze doelstellingen concretiseren wat er bereikt wil worden in de desbetreffende situatie.

In fase 2 staat terugblikken en concretiseren centraal. Stilstaan bij het eigen handelen, beïnvloedende factoren in de omgeving, gevoelens en gedachten komen aan bod. De situatie wordt ruimer en concreter beschreven in vergelijking met fase 1. Bij de beschrijving is er aandacht voor de context, de andere aanwezigen, belemmerende en faciliterende factoren. Er dient zichzelf vragen gesteld te worden met betrekking tot wat er bereikt wil worden, welke gedachten en gevoelens aanwezig waren, welke acties ondernomen werden en wat er geobserveerd werd. Deze fase streeft naar het verwerven van bewustzijn over de eigen verbale en non-verbale reacties. Eveneens wordt er nagegaan of vooropgestelde doelstellingen bereikt zijn.

De derde fase is de fase van analyse. Er wordt een beoordeling gegeven aan zichzelf met betrekking tot de eigen acties, non-verbale signalen, doelstellingen, gedachten en gevoelens. De zwakke en sterke punten worden in kaart gebracht. Belemmerende en faciliterende factoren, vastgesteld in fase 2, worden verder geconcretiseerd. De invloed van deze factoren op het eigen gedrag wordt geanalyseerd.

Ten slotte worden alternatieven geformuleerd, leerpunten worden vastgesteld en een actieplan opgesteld. De voor- en nadelen van alternatief gedrag worden in vraag gesteld en mogelijke belemmeringen onderzocht. Deze methodiek focust op het beroepsmatig functioneren als thema voor zelfreflectie. Er is een éénduidige vraagstelling in gemakkelijk taalgebruik (Korthagen, 2010).

De methodiek van Korthagen volgens de definiëring van zelfreflectie is zowel binnen de pedagogische als professionele context te kaderen. Bovendien focust de derde fase op de eigen gevoelens en gedachten, namelijk de socialemotionele coping. Dit wordt beschreven respectievelijk in paragraaf 4.1., 4.2. en 4.3.

8.4 STARTT-methode

Deze schriftelijke methodiek wordt gebruikt in de mbo-opleiding verpleegkunde in Nederland. Deze methodiek staat ook gekend onder de naam STAR-methode. STARTT of STAR is hierbij een letterwoord dat codeert voor de verschillende fasen: situatie, taak, acties en resultaten. In de eerste plaats wordt de situatie beschreven op een objectieve en concrete manier. De vraag hierbij is "wat is er precies gebeurd?". Aansluitend wordt in fase 2 nagegaan welke taak er was toegewezen in de situatie. Ten derde wordt er nagegaan welke acties er daadwerkelijk ondernomen zijn. Deze acties omvatten alles wat er gezegd of gedaan is. Vervolgens wordt stilgestaan bij het resultaat, het gevolg van de acties. De STAR-methode eindigt hier.

Deze methodiek kan uitgebreid worden tot de STARRT-methodiek, waarbij een vierde fase een globale zelfreflectie is over de situatie, de eigen taken, de uitgevoerde acties en het resultaat. De slotfase stimuleert, net zoals bij de methodiek van Kolb en Korthagen, tot de toepassing van de leerpunten in een nieuwe situatie en het maken van de transfer naar de praktijk. De methodiek kan een onderdeel zijn van de eerste fase binnen de zelfreflectiemethodiek volgens Korthagen. Deze methodiek werd oorspronkelijk ontworpen in functie van human resources en rekrutering van personeelsleden in het bedrijfsleven (Kraal & Van den Heuvel, 2009).

Deze methode sluit voornamelijk aan bij de definiëring van zelfreflectie binnen de pedagogische context, beschreven in paragraaf 4.1.

9 Doelen van zelfreflectie

De doelen van zelfreflectie kunnen onderverdeeld worden in individuele doelstellingen en doelen in functie van de groepsdynamiek en teamwerking in functie van de te leveren patiëntenzorg. Zelfreflectie kan op vlak van persoonlijke ontwikkeling bijdragen tot individuele kennis-, vaardigheids- en inzichtsverwerving. Aangezien zelfreflectie een cyclisch proces is dat aanleiding geeft tot continue verbetering kan dit ingezet worden binnen de samenwerking in een team om evolutie binnen patiëntenzorg te realiseren.

9.1 Individuele doelstellingen

De individuele doelstellingen focussen zich op verschillende clusters; namelijk inzichtsverwerving, socialemotionele ontwikkeling, ontwikkeling van persoonlijk en professioneel bewustzijn, affectieve expressie, zelfcontrole faciliteren en wetenschappelijk gefundeerd handelen.

9.1.1 Inzichtsverwerving

De focus van zelfreflectie ligt op het eigen handelen, aansluitend is de voornaamste doelstelling 'inzicht verwerven in het eigen handelen'. Op basis van inzicht in de eigen tekorten en sterke punten kan de zorg voor patiënten aangepast worden. Sterke punten kunnen meer ingezet worden en alternatieve handelingswijzen kunnen mogelijke tekorten compenseren (Koole et al, 2011).

9.1.2 Socialemotionele ontwikkeling

Op vlak van socialemotionele ontwikkeling heeft zelfreflectie zijn meerwaarde. Zelfreflectie kan zorgen voor de ontwikkeling van empathie, de vaardigheid om zich te kunnen inleven in de situatie van anderen (Kerasidou & Horn, 2016). Dit zorgt enerzijds voor de ontwikkeling van een essentiële attitude in de zorg voor patiënten, anderzijds biedt zelfreflectie inzicht in de affectieve gevoelens die patiënten bij hulpverleners opwekken en op die manier de patiëntenzorg kunnen beïnvloeden. Het draagt bij tot het aandachtig luisteren naar patiënten. Bijgevolg kan een therapeutische relatie tot stand komen volgens Kanthan & Senger (2011). Dit inzicht zet aan tot gedragsverandering en stimuleert het probleemoplossend vermogen. Dit biedt de opportuniteit om meer tijd met de patiënt door te brengen, na te denken over dit contact en van de patiënt te leren. Dit leidt tot het in staat zijn te handelen met empathie, technische competentie, presentie en inzicht in het eigen handelen (Beresin et al., 2015).

9.1.3 Ontwikkeling van professioneel en persoonlijk bewustzijn

Het professioneel en persoonlijk bewustzijn wordt ontwikkeld (Ganzer & Zauderer, 2013). Door inzicht te verwerven over deze onbewuste processen is zelfbeoordeling mogelijk, de eigen werkpunten en groeipunten worden ingeschat (Shoo et al., 2015). Zodat enerzijds het professioneel handelen bijgestuurd kan worden (Germain et al., 2016). Anderzijds bevordert dit het 'mindful' handelen. Dit houdt in dat er kan gefunctioneerd worden met de volle aandacht op de specifieke handeling met acceptatie voor wat er op dat moment is (Kanthan & Senger, 2016). Een oordeelvrije houding kan aangenomen worden over het eigen fysieke en psychische proces gedurende alledaagse taken (Beresin et al., 2015).

9.1.4 Affectieve expressie

Bovendien kan zelfreflectie hulp bieden in het beschrijven en delen van ervaren gevoelens bij emotioneel belastend werk als hulpverlener (Kerasidou & Horn, 2016). Het kan bijdragen tot het beter begrijpen van ervaren stress en angst. Op die manier bevordert zelfreflectie de ontwikkeling van het zelfbewustzijn. Er wordt gestreefd naar een holistische benadering over het leren uit uitdagingen over eigen gedachten en gevoelens (Ganzer & Zauderer, 2013). Een copingstrategie wordt aangeleerd met betrekking tot problemen en moeilijke situaties. Zoals beschreven door Germain et al kan zelfreflectie bijdragen in het acceptatieproces, bijvoorbeeld bij verlies, sterven of ziekte. Zowel de patiënt als de hulpverlener kunnen ondersteuning vinden in zelfreflectie om te communiceren over moeilijke thema's.

Ook notie krijgen van de eigen grenzen in de communicatie en hulpverlening bij emotionele belasting bieden meerwaarde door zelfreflectie. Het is als het ware een onderdeel van zelfmonitoring (Pelgrim et al., 2012).

9.1.5 Zelfcontrole faciliteren

In de pedagogische context zorgt zelfreflectie voor het faciliteren van zelfcontrole. Inzicht verwerven over de eigen leerstrategie en het eigen 'leren' plannen, monitoren en evalueren kunnen te bereiken doelen zijn. Dit draagt bij tot de executieve denkprocessen, namelijk het leren plannen en het opmaken van een taakverdeling. Zelfreflectie biedt hierbij ook de mogelijkheid om te vergelijken met theoretische kaders en oplossingen in vraag te stellen door te vergelijken met bestaande expertise (Elvira et al., 2016). Ook technische vaardigheden kunnen verfijnd worden door de handelingswijze af te toetsen met procedures en richtlijnen.

9.1.6 Wetenschappelijk gefundeerd handelen

Op basis van zelfreflectie kunnen er evidence based beslissingen gemaakt worden (Beresin et al., 2015). Er wordt op die manier een duidelijke link gelegd tussen theorie en praktijk waardoor er een toename is van bedachtzaamheid en bewustzijn volgens Luken (2011). Het is een bron om vaardigheden aan te leren en te evalueren (Hegge, Slaets & Cohen-Schotanus, 2012).

9.2 Doelstellingen in functie van groepsdynamiek, teamcoöperatie en patiëntenzorg

De doelen in functie van groepsdynamiek en teamcoöperatie hebben als ultieme doel de organisatie van de patiëntenzorg. Deze doelen worden onderverdeeld in diverse subdoelen met betrekking tot continuïteit in de zorg, groepsdynamisch functioneren, preventie van burn-out, ontwikkeling van metacognitie, 'sharing' en zorgethiek.

9.2.1 Continuïteit in de zorg

Koole et al (2011) beschrijven in hun systematische review het nastreven van perfectie als ultieme doel van zelfreflectie. Op professioneel vlak betreft dit het garanderen van continuïteit in de zorg door inzicht te hebben in het eigen handelen en de zorg waar nodig aan te passen.

9.2.2 Groepsdynamisch functioneren

Op vlak van groepsdynamica vestigen doelstellingen zich in het respecteren van alternatieve meningen, evenals andere handelingswijzen overwegen. Nieuwe ideeën kunnen geïntegreerd worden in het werkveld en reflecterende hulpverleners worden gecreëerd (Shoo et al., 2015. en Kanthan & Senger, 2011). Boud beschrijft dit als het verzamelen van informatie om beslissingen en keuzes in de toekomst te maken. Ook zorgt zelfreflectie voor het ontdekken van eigen normen en waarden waardoor een eigen mening gevormd kan worden (Kanthan & Senger, 2011). Alsook kunnen individuele visies gedeeld worden met begrip en acceptatie van alternatieve denkwijzen. Alle groepsleden worden uitgenodigd om hun eigen mening te beargumenteren, er wordt een leermoment gecreëerd. Bij zelfreflectie binnen een groepsproces kunnen anderen oprecht bevroegd worden waardoor collegiaal begrip kan ontstaan, wat op zich verminderde spanning te weeg kan brengen. Verminderde spanning betekent op zijn beurt een verhoging van de arbeidssatisfactie, verminderde stress en toegenomen enthousiasme.

Dit kan bijdragen tot transparantie over gevoelens en gedachten op de werkvloer. Openheid stimuleert creativiteit waardoor er verruiming kan zijn van de zorgmogelijkheden (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016). Op deze manier kan het groepsproces overzien en inzicht verworven worden over het eigen functioneren in een groep. Het doel is om van zichzelf en anderen te leren met als idee doelstellingen te kunnen vastleggen voor een optimale organisatie van de coöperatie (Lew & Schmidt, 2011).

9.2.3 Preventie van burn-out

Doordat zelfreflectie de mogelijkheid biedt om gevoelens in kaart te brengen en zo een ondersteunend effect kent, kan dit op lange termijn de incidentie van burn-out laten stagneren of afnemen (Kerasidou & Horn, 2016).

9.2.4 Ontwikkeling van metacognitie

De stimulatie van de socialemotionele ontwikkeling van zelfreflectie draagt bij tot de ontwikkeling van metacognitie (Gummeson & Nordmark, 2012). Metacognitie omvat introspectie; weten welke eigen kennis iemand heeft, hoe deze verworven zijn en op welke manier deze verder ingezet kunnen worden in de professionele en socialemotionele ontwikkeling.

9.2.5 'Sharing'

Daarnaast kan zelfreflectie op vlak van kennis- en vaardigheidsverwerving bijdragen tot het delen van kennis. Deze vorm van 'sharing' kan bijdragen tot samenwerking en probleemoplossing (Elvira et al., 2016). Dit kan aanzet geven tot 'looplearning', een specifieke leerstijl waarbij aandacht is voor de situatie met zijn bepaalde gevolgen, affectieve en gedragsmatige reacties. Dit draagt bij tot de evolutie van prestatie. Doch moet hier een kanttekening gemaakt worden, uit onderzoek van Kanthan & Senger (2011) en Pelgrim et al (2012) blijkt dat er slechts een zwakke correlatie is tussen zelfreflectie en academische prestatie. De oorzaak hiervan ligt in een aantal belemmerende factoren, die verder besproken worden in paragraaf 14.

9.2.6 Zorgethiek

Tot slot draagt zelfreflectie bij tot de zorgethiek. Ethische zelfreflectie creëert een zorgbenadering die aansluit bij de complexiteit van de zorgpraktijk. Hierdoor kan meer expertise ontwikkeld worden en deskundigheidsbevordering plaatsvinden op de werkvloer (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016).

Het bevorderen van deskundigheid dient een plaats te krijgen gedurende de hele professionele ontwikkeling en kan gekaderd worden binnen de trend van levenslang leren.

10 Levenslang leren

De term 'lifelong learning' of levenslang leren is een vernieuwend begrip binnen de professionele ontwikkeling. Onder andere in de systematische review van Koole (2011), evenals in andere wetenschappelijk literatuur, wordt deze term in verband gebracht met zelfreflectie. Zelfreflectie zou bijdragen tot het verwerven van inzicht over het eigen kennis- en vaardigheidsprofiel. Deze inzichten verschaffen informatie over de mogelijke groeipunten in de professionele ontwikkeling waardoor er levenslang kan bijgeleerd worden. Zelfreflectie is een vorm van ervaringsgericht leren waarbij teruggekeken wordt naar de ervaring om nieuwe inzichten te verwerven en toekomstig gedrag aan te passen. Het vormt de essentie van het professioneel handelen (Hegge, Slaets & Cohen-Schotanus, 2012). Levenslang leren is noodzakelijk in functie van de vernieuwende diensten van de gezondheidszorg en nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen. Het is een continu proces van kennis- en vaardigheidsverwerving ingebed in de dagelijkse professionele praktijk (Gummeson & Nordmark, 2012).

In het kader van 'transformative learning', besproken in paragraaf 4.1., wordt zelfreflectie gezien als ondersteunend element van levenslang leren (Shoo et al., 2005).

11 Competentieprofiel verpleegkundigen

Levenslang leren sluit aan bij evidence based nursing. Evidence based nursing houdt in dat de verpleegkundige verwacht wordt te beschikken over de competentie om zich te informeren over nieuwe ontwikkelingen en in staat is deze toe te passen in het werkveld. Zelfreflectief denken is van belang om de attitude tot levenslang leren te verwerven. Zelfreflectie dient vroegtijdig in de verpleegkundige opleiding geïmplementeerd te worden in functie van de ontwikkeling van verschillende vaardigheden. Het draagt eveneens bij in het leggen van de link tussen theorie en praktijk (Gummesson & Nordmark, 2012).

Bovendien dient de verpleegkundige in staat te zijn het eigen handelen te analyseren, te reflecteren over werksituaties en het handelen aan te passen aan de beschikbare middelen, wetenschappelijke evidentie, expertise en de noden van de patiënt. Koole et al (2011) beschrijven zelfreflectie als een belangrijke eigenschap van een professionele hulpverlener. Zelfreflectief denken is essentieel voor hulpverleners in functie van het maken van klinische beslissingen (Gummesson & Nordmark, 2012). Zelfreflectie impliceert eveneens zelfbegrip, een belangrijke competentie binnen het competentieprofiel van verpleegkundigen, volgens Korhagen & Vasalos (2005).

12 Hiaten in theoretische methodieken voor zelfreflectie

Zoals vermeld in paragraaf 8 zijn er verschillende theoretische methodieken voor zelfreflectie ontworpen. Doch blijkt dat ondanks deze ruime keuze aan methodieken, geen éénduidigheid te bestaan over de ultieme pragmatische en geschikte systematiek.

Vooreerst wordt het gebrek aan uniformiteit over de definitie van zelfreflectie aangewend als theoretisch struikelblok. Het gebrek aan de link tussen theorie en praktijk in de definiëring wordt omschreven als vaag en onduidelijk (Koole et al., 2011).

Ook in de fasering van de methodiek wordt de concrete vertaling van algemene vragen naar de persoonlijke situatie als moeilijk ervaren. Het probleem ligt bij de transfereerbaarheid en toepassing op de persoonlijke ervaring (Zhu, 1996). Overigens is er een gebrek aan standaarden om zelfreflectie te beoordelen. Er is geen duidelijke maatstaf voor de beoordeling van een zelfreflectie. Tevens zijn er twijfels over de validiteit van de huidig gebruikte en bestaande zelfreflectiemethodieken, omdat de wetenschappelijk onderbouw eerder beperkt zou zijn. Ook bevindt zich bij vele zelfreflectiemethodieken een hiaat in het feit dat er geen rekening gehouden wordt met de context. De beïnvloedende factoren worden omwille van de interne of externe context niet in acht genomen binnen de meeste methodieken (Koole et al, 2011).

Ten slotte is onderzoek naar de effectiviteit van zelfreflectie bemoeilijkt doordat er zoveel verschillende methodieken zijn. Een significante beoordeling van de correlatie tussen prestatie en zelfreflectie is daardoor niet haalbaar, terwijl uit onderzoek blijkt dat er wel nood is aan zelfreflectie (Carr & Johnson, 2013).

Zelfreflectie is geen persoonseigenschap, het zelfreflectief denken kan zich ontwikkelen (Koole et al, 2011). Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de effecten van zelfreflectie binnen de opleiding tot professional. Zelfreflectie wordt vaak getaxeerd als ideologisch principe met een normerend karakter. Een hard bewijs van effectiviteit is tot op heden niet aanwezig (Delany & Watkin, 2009).

13 Hiaten in de praktische toepassing van zelfreflectie

Uit de literatuur blijkt dat zelfreflectie slechts gebrekkig en onvoldoende toegepast wordt in de praktijk (Lew & Schmidt, 2011).

Koole et al constateerden vier problemen die leiden tot onzekerheid in het gebruik van een zelfreflectiemethodiek. Vooreerst is er onduidelijkheid over de definitie van zelfreflectie, zoals eerder vermeld in paragraaf 5. Bovendien is er nood aan motivatie tot investering in het proces van zelfreflectie omdat het proces niet begrepen wordt. Zelfreflectie is een zwak ontwikkelde vaardigheid doordat er gebrek is aan ervaring met deze techniek (Lew & Schmidt, 2011). Er wordt te vaak uitgegaan van het feit dat iedereen deze vaardigheid beheerst. Overigens wordt weinig aandacht besteed aan stapsgewijze oefening en feedback (Tuken, 2011). Educatie kan hierbij mogelijks soelaas bieden. Er is nood aan gericht onderwijs in functie van de ontwikkeling van zelfreflectie en zelfbewustzijn (Kerasidou & Horn, 2016). Evenzo geven studenten en stagiaires aan dat een voorbereidende sessie voor zelfreflectie alvorens naar het werkveld te gaan een belangrijke behoefte is. Zelfreflectief leren vraagt om specifieke leervormen zoals workshops (Ganzer & Zauderer, 2013).

Ten tweede is er een gebrek aan standaarden om adequate zelfreflectie te bepalen. Dit brengt met zich mee dat er geen concrete richtlijnen en objectieve vragen zijn voor de toepassing van zelfreflectie. Hierdoor wordt het gevaar voor het invullen volgens eigen aanvoelen en subjectiviteit ervaren. De behoefte aan standaarden betreft de onzekerheid over de focus op de specifieke gebeurtenis of het professioneel handelen in plaats van de subjectieve inhoud of interpretatie. Niet alleen is er nood aan een model om objectief informatie te verzamelen, evenzo is de behoefte aan supervisie aanwezig. Deze supervisie houdt in dat er feedback gegeven wordt over de werkwijze en zelfreflectie (Schoo et al., 2015).

Ten derde zijn er een aantal belemmerende factoren op de werkvloer die de toepassing van zelfreflectie hypothekeren, deze werden beschreven in paragraaf 14. Ten vierde zijn er externe en interne contextgerelateerde factoren die de beoordeling van zelfreflectie beïnvloeden (Kool et al., 2011).

In het werkveld blijkt dat zelfreflectie niet gefaciliteerd kan worden omdat er gebrek is aan tijd en ruimte om dit te laten plaatsvinden. Evenzo wordt het gebrek aan een methodiek benoemd (Elvira et al., 2016).

Het gebrek aan tijd en de behoefte eraan om zelfreflectie toe te passen brengt met zich mee dat er vaak voor de minst tijdsintensieve weg gekozen wordt. De oplossing ligt niet altijd in protocollen of richtlijnen. Wanneer deze aangegrepen worden als enige standaard voor het professioneel handelen wordt de mogelijkheid tot zelfreflectie en creativiteit geblokkeerd (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016).

Bovendien rust er nog steeds een taboe op het spreken en delen van gevoelens en gedachten. Zelfreflectie wordt aanzien als een ondersteunend instrument. Er is te vaak een stigma aanwezig, namelijk het aanzien worden als zwak of onprofessioneel wanneer er ondersteuning gezocht wordt (Kerasidou & Horn, 2016). Zelfreflectie wordt vaak niet serieus genomen waardoor taken automatisch en gedachteloos worden uitgevoerd (Lew & Schmidt, 2011).

14 Beperkende factoren in de toepassing van zelfreflectie

De beperkende factoren omvatten de elementen die ervoor zorgen dat de toepassing van zelfreflectie bemoeilijkt of verhinderd wordt. Deze factoren worden beschreven vanuit vier thema's; namelijk gebrek aan kennis en inzicht, gebrek aan motivatie, het verplichtend karakter en weerstand; en tijdsgebrek.

14.1 Gebrek aan kennis en inzicht

Koole et al (2011) beschrijven interpretatie als een belemmering tot zelfreflectie. De vraagstelling bij zelfreflectiemethodieken kan beantwoord worden op verschillende manieren. Aangezien elke situatie geïnterpreteerd wordt vanuit ieders denkkader en expertise, kan er bias ontstaan. Deze perceptie of eventuele vooroordelen komen tot stand vanuit een gebrek aan inzicht en kennis over zelfreflectie. Inhoudelijk wordt zelfreflectie gehypothetiseerd wanneer er geen éénduidige, objectieve en concrete beschrijving is van de situatie.

14.2 Gebrek aan motivatie

Overigens wordt een gebrek aan motivatie aangehaald als mogelijke belemmering tot de uitvoering van zelfreflectie. Het gemis aan een drijfveer tot zelfreflectie is contextueel te verklaren. Koole et al (2011) verwijst hierbij naar een gebrek aan motivatie om tijd te investeren in zelfreflectie, dit omwille van het niet begrijpen van het proces van zelfreflectie. Er is nood aan educatie om het leerproces te vatten. Ook vorige ervaringen met zelfreflectie spelen een significante rol. Wanneer bij vorige ervaringen zelfreflectie werd gedaan in sociale interactie in plaats van de uitvoering als individueel proces, waarbij intervisie en feedback werd aangewend, zou dit een positief effect hebben op de huidige motivatie om te reflecteren. Dit in tegenstelling tot de vorige ervaring waarbij gereflecteerd werd over negatieve gevoelens en gedachten en dit het gevoel gaf dat gepaste ondersteuning ontbrak (Koole et al, 2011).

14.3 Verplichtend karakter en weerstand

Overigens kaarten Gummesson & Nordmark (2012) het ervaren verplichtend karakter van zelfreflectie aan als belemmering. Deze barrière is het feit dat zelfreflectie als een ritueel aanzien wordt. Evenzo wordt zelfreflectie gezien als een onderdeel van onderwijsactiviteiten. De uitvoering ervan wordt ervaren als niet intuïtief en obligaat (Kanthan & Senger, 2011). Ook Lew & Schmidt (2011) benoemen het verplichtend karakter als mogelijke oorzaak van weerstand ten aanzien van zelfreflectie.

14.4 Tijdsgebrek

Ten slotte worden arbeidsomstandigheden aangewend als mogelijk belemmerend element. Schaarste aan personeel en tijd om te reflecteren beperkt de mogelijkheid om de zorgkwaliteit te verhogen via zelfreflectie. Dit verhindert de borging en verankering van zelfreflectie binnen het professioneel handelen (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016). Ook het gebrek aan tijd wordt door Beresin et al (2015) aangehaald als belemmerende factor.

15 Faciliterende factoren in de toepassing van zelfreflectie

Er zijn een aantal factoren die de toepassing van zelfreflectie kunnen faciliteren. De focus ligt hierbij grotendeels op het feit dat belemmerende factoren maximaal vermeden worden. Deze faciliterende factoren kunnen onderverdeeld worden in de volgende clusters: motivatie; duidelijkheid over de definitie, doelstellingen en methodiek; follow-up en feedback, ondersteuning op managementniveau, sociale interactie, herhaling, tijd en structuur.

15.1 Motivatie

Vooreerst faciliteert de eigen motivatie om te reflecteren de effectieve uitvoering van zelfreflectie (Koole et al, 2011).

15.2 Duidelijkheid over de definitie, doelstellingen en methodiek

Een belangrijke voorwaarde voor het faciliteren van zelfreflectie is een concrete definiëring van zelfreflectie, die voor iedereen duidelijk en gekend is. Het vastleggen van specifieke doelstellingen is van belang voor het faciliteren van zelfreflectie. Er dient een keuze gemaakt te worden voor een specifieke methodiek (Kanthan & Senger, 2011) op basis van de vastgelegde focus en waarden (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016). De methodiek dient overigens afgestemd te worden op de specifieke noden van de instelling, rekening houdend met het theoretisch kader (Vellinga & Van Melle Baaijens, 2016).

15.3 Follow-up en feedback

Het bijdragen van zelfreflectie tot de mogelijkheid om zich individueel professioneel te ontwikkelen is een motiverende factor in de toepassing van zelfreflectie (Koole et al, 2011). Dit kan door de zelfreflectie te linken aan een beoordeling door anderen en zelfbeoordeling, dit zowel binnen de educatieve als in de professionele context (Gummesson & Nordmark, 2012). Dit leidt tot de nood aan follow-up van het leerproces, evenals het ontvangen van feedback, beschreven door Kanthan & Senger (2011). Ook Lew & Schmidt (2011) beschrijven de nood aan continue feedback.

15.4 Ondersteuning op managementniveau

Top-down, vanuit het management ten opzichte van de werknemers in de directe patiëntenzorg, is er nood aan waardering voor de geleverde prestatie in de toepassing van zelfreflectie. Ook regelmatige evaluatie van de toepassing van zelfreflectie is wenselijk.

Het reflecteren over de in- en uitvoering van zelfreflectie is mogelijk door een procesevaluatie (Kanthan & Senger, 2011). Dit wordt bevestigd door Lew & Schmidt (2011), supervisie is aangewezen bij de implementatie van zelfreflectie in de dagelijkse werking.

Dit is in tegenstelling tot wat Vellinga & Van Melle-Baaijens (2016) beschrijven in hun kwalitatief fenomenologisch onderzoek. Een top-down benadering van een expert dient vermeden te worden. Een combinatie van een top-down- en bottom-up-aanpak is wenselijk. De bottom-up aanpak houdt in dat er aanbevelingen en opvolging wordt voorzien van de werknemers op de werkvloer die instaan voor directe patiëntenzorg ten aanzien van het management. Doch is leiderschap een noodzakelijke voorwaarde in de toepassing van zelfreflectie. Bovendien is er nood aan financiële en inhoudelijke ondersteuning voor zelfreflectie op het managementniveau (Lew & Schmidt, 2011).

15.5 Sociale interactie

Voorts dient een plan uitgewerkt te worden in functie van het omgaan met ethische en emotionele thema's, dit biedt een vorm van ondersteuning (Kanthan & Senger, 2011). Er is nood aan de mogelijkheid om problemen te bespreken in de vorm van een discussie of debat. Openheid en bereidheid tot communicatie zijn basisvoorwaarden om tot een onderlinge open dialoog te komen en interdisciplinair overleg te faciliteren (Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016). Gedeelde zelfreflectie draagt bij het tot het leerproces in het motiveren van gemaakte keuzes, rekening houdend met verschillende perspectieven (Hegge et al, 2012).

15.6 Herhaling

Het herhalend karakter in de uitvoering van zelfreflectie vergemakkelijkt de consequente toepassing ervan in de professionele praktijk (Kanthan & Senger, 2011) en draagt bij tot een ervaring op lange termijn (Lew & Schmidt, 2011). Deze herhaling kan bijdragen tot inbedden van het terugblikken op het eigen handelen als consequente en vaste gewoonte binnen het professioneel handelen (Hegge et al, 2012). Hierbij dient zelfreflectie vroegtijdig ingebouwd worden in het takenpakket van de werknemer.

Een vertrouwde opstart vanuit de opleiding en integratie binnen het algemene leerproces is aangewezen (Kanthan & Senger, 2011). Specifieke vorming en training dienen gefaciliteerd te worden door de instelling (Lew & Schmidt, 2011).

15.7 Tijd

Zoals omschreven in paragraaf 14.4. is er nood aan tijd om aan zelfreflectie te kunnen doen. Het creëren van een omgeving die zelfreflectie mogelijk maakt, faciliteert de toepassing van zelfreflectie (Koole et al, 2011). Ook Vellinga & Van Melle-Baaijens (2016) beschrijven voldoende tijd en ruimte als faciliterende factoren.

15.8 Structuur

Uit kwalitatief fenomenologisch onderzoek van Germain et al (2016) blijkt dat structuur een belangrijke eigenschap is van de zelfreflectiemethodiek. Wanneer er duidelijke instructies zijn, wordt de toepassing ervan vergemakkelijkt (Koole et al, 2011).

Evenzo is structuur van belang in de keuze voor een geschikte leerzame methodiek. Kanthan & Senger (2011) beschrijven de nood aan een duidelijke keuze voor een bepaalde structuur zodat er een richtlijn is. Deze structuur houdt in dat er eerst geïnformeerd en geëduceerd wordt, vervolgens wordt de methodiek uitgevoerd. Er is nood aan specifieke richtlijnen in functie van een gestructureerde uitvoering (Lew & Schmidt, 2011).

16 Richtlijnen

Er zijn verschillende richtlijnen voor de theoretische en praktische toepassing van zelfreflectie beschreven in de literatuur. De onderverdeling van richtlijnen situeert zich in verschillende thema's: het informeren en feedback geven, eigenschappen van de gekozen methodiek, een cyclisch gefaseerd proces, educatie en de wijze van uitvoering.

16.1 Informeren en feedback geven

De volgende adviezen in functie van de implementatie van zelfreflectie in de professionele werking werden aangehaald door Koole et al (2011). De focus ligt hierbij op het informeren van deelnemers. De te hanteren definitie van zelfreflectie moet beschreven zijn en iedereen moet hierover geïnformeerd worden. Het te verwachten niveau van zelfreflectie moet gespecificeerd en verwachtingen geëxpliciteerd worden (Koole et al, 2011). Feedback over het behaalde niveau is aangewezen om weerstand te verminderen, geleverde inspanningen te bekrachtigen en borging te stimuleren (Burton, 2000).

16.2 Eigenschappen van de gekozen methodiek

Ook moet er een methodiek gekozen en vastgelegd worden (Koole et al, 2011).

Een triggerende vraagstelling bij deze methodiek nodigt uit om kritisch na te denken over het eigen handelen en de effectiviteit van de zelfreflectie in vraag te stellen (Germain et al, 2016).

Ook dient er rekening gehouden te worden met de contextuele factoren binnen de zelfreflectiemethode (Koole et al, 2011). Kanthan & Senger (2011) omschrijven enkele praktische aanbevelingen voor de methodiek. De gekozen methodiek moet toe te passen zijn op een document met A4-grootte met een maximum van 300 tot 500 woorden. Vellinga & Van Melle-Baaijens (2016) verwijzen echter naar een ander formaat, namelijk een vierde van een A4-grootte. Specifieke vragen, die gesteld dienen te worden, zijn: 'wat heb ik geleerd?', hoe heb ik dit geleerd?', wat was er waardevol?', waar?', wanneer? wat waren de omstandigheden? waren er andere deelnemers?'. Dit wijst eveneens op het feit dat er rekening dient gehouden te worden met de context.

Ook kan deze methodiek vragen bevatten met betrekking tot het eigen leerproces: 'welke leerstijl hanteer ik?', welk verschil heeft dit gemaakt?', welke bijdrage heeft dit geleverde aan mijn kennis?', hoe draagt deze ervaring bij tot mijn ruimere persoonlijke doelstellingen en prestaties als hulpverlener?', wat wil ik nog leren en waarom?', hoe pak ik dit aan?' (Kanthan & Senger, 2011).

16.3 Cyclisch gefaseerd proces

Vanuit de vakliteratuur wordt ook de nood aan een stapsgewijs en cyclisch proces aanbevolen om aan zelfreflectie te doen. Dit proces dient volgende aspecten te bevatten: denken, voelen, waarnemen, voorstellen, willen en doen (Luken, 2010). Deze toepassing van een gefaseerd proces wordt eveneens beschreven door Burton (2000).

16.4 Educatie

Er is nood aan educatie over de toepassing van de methodiek zodat de link tussen theorie en praktijk gelegd kan worden. Dit draagt bij tot het verminderen van bias. Introspectie is hierbij van belang, zelfreflecties dienen onderling besproken te worden (Koole et al, 2011). Er dient eveneens een duidelijke connectie en afstemming te zijn met de individuele professionele ontwikkeling (Luken, 2010).

16.5 Wijze van uitvoering

Ten slotte is de wijze van uitvoering van belang. Burton (2000) beschrijft de combinatie van schriftelijke en mondelinge zelfreflectie als richtlijn. Dit enerzijds omwille het concreet neerschrijven van uitgevoerde handelingen en ervaren gedachten of gevoelens volgens een bepaalde structuur, anderzijds in functie van sociale interactie als faciliterende factor in de toepassing van zelfreflectie.

17 Meetinstrumenten

Grant, Franklin & Langford (2002) omschrijven een uitgebreide analyse van bestaande meetinstrumenten. Het meest efficiënte en betrouwbare meetinstrument wordt in recente literatuur niet genoemd. Bijgevolg worden een aantal frequent gebruikte meetschalen, beschreven in de literatuur, opgelijst en vergeleken.

17.1 Groningen Reflection Ability Scale (GRAS)

Aukes (2008) ontwierp in functie van een proefschrift aan de Rijksuniversiteit in Groningen deze methodiek met als doel de persoonlijke reflectievaardigheid te meten bij studenten in de studierichting geneeskunde. Het is een ééndimensionale schaal waarmee drie factoren bepaald worden; namelijk zelfreflectie, empathische reflectie en reflectieve communicatie. Er zijn echter een aantal hiaten binnen deze theoretische methodiek, deze worden evenzo omschreven door Roberts & Stark (2008). Deze hiaten betreft de beperkt focus op reflectie en te sterke focus op samenwerkingen en communicatie, het gebrek aan formulering in termen van gedrag en de laag ingeschatte validiteit. Er is nood aan verder ontwikkeling van deze methodiek om deze effectief in gebruik te nemen (Roberts & Stark, 2008). De validiteit van dit meetinstrument wordt laag ingeschat, evenzo worden voor deze schaal meer nadelen omschreven in vergelijking met de andere meetinstrumenten.

17.2 Rumination-Reflection Questionnaire (RRQ)

De Rumination-Reflection Questionnaire is een vragenlijst die een onderscheid maakt tussen reflecteren en rumineren¹. Rumineren houdt in dat gedachten, gevoelens en gedrag herhaald overpeinsd worden. Het doel van deze schaal is het verwerven van zelfkennis. Deze schaal heeft een hoge betrouwbaarheid (Trapnell & Campbell, 1999). In tegenstelling tot de Groningen Reflection Ability Scale en de Self Reflection and Insight focust deze schaal niet enkel op het reflecteren, maar ook op het rumineren zoals bij de Self-Reflection Scale.

17.3 Self-Reflection Scale (SRES)

Deze schaal is een verdere uitwerking van de Rumination-Reflection Questionnaire (Elliot & Coker, 2008). Zelfreflectie is het denken over en analyseren van eigen gedachten, gevoelens en gedragingen. Op dezelfde wijze wordt zelfreflectie omschreven in de Self Reflection and Insight Scale. Dit meetinstrument focust net zoals de Rumination-Reflection Questionnaire ook op het rumineren. De nadruk ligt bij deze schaal meer op de individualiteit en bevat een verminderde emotionele geladenheid ten opzichte van de RRQ. In de literatuur betreffende onderzoek naar de toepassing van zelfreflectie wordt deze schaal minder frequent benoemd als valide meetinstrument.

¹ Rumineren: herhaald gevoelens en gedachten overdenken

17.4 Self Reflection and Insight Scale (SRIS)

Grant et al. (2002) ontwierpen een nieuw meetinstrument om zelfbewustzijn te meten. Zelfbewustzijn omvat twee onderdelen, zelfreflectie en zelfinzicht. Zelfreflectie betreft de introspectie en evaluatie van het eigen gedrag, gevoelens en gedachten. Zelfinzicht benadrukt het hebben van notie van het eigen gedrag, gevoelens en gedachten in het kader van de interne bewustzijnstoestand. Het is een zelfrapportage-instrument om aspecten van zelfinzicht gerelateerd aan cognitieve flexibiliteit en zelfregulatie te meten (Roberts & Stark, 2008). Deze schaal werd ontwikkeld op basis van andere meetinstrumenten met de Private Self-Consciousness schaal van Fenigstein et al. (1975) als primaire bron (Grant et al., 2002).

De SRIS is een multidimensionale 5punt Likertschaal om de attitude zelfreflectie te meten. Deze schaal bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat 20 stellingen over zelfreflectie gelinkt aan drie te meten inzichtsdomeinen. Deze domeinen meten de mate van herkenning van de nood aan zelfreflectie, het proces van engagement tot zelfreflectie en de aanwezigheid van inzicht. De combinatie van zelfinzicht en engagement tot zelfreflectie geven een indicatie voor de globale kritische zelfreflectie bij de respondent. Het tweede deel betreft een evaluatie van de gemiddelde score per respondent te vergelijken met de groepsscore op basis van vijf antwoordcategorieën, dit gaande van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens' (Grant et al, 2002 en Carr & Johnson, 2013).

Dit meetinstrument werd gehanteerd in het correlatieve onderzoek van Carr & Johnson (2013) in functie van het meten van de vaardigheid zelfreflectie en -inzicht bij studenten geneeskunde. Er bleek geen correlatie tussen zelfreflectie en -inzicht en de academische prestaties. In dit onderzoek werd vastgesteld dat er twijfels is over de mate van de gesofisticeerdheid van het meetinstrument met betrekking tot het meten van inzicht bij studenten die slechts beperkt zelfreflectie toepassen in de praktijk.

De validiteit van deze schaal is hoog, evenals de betrouwbaarheid (Grant et al., 2002). Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Roberts & Stark (2008) en gespecificeerd met significantieniveaus van 0,82-0,87. Bovendien wordt de validiteit enerzijds vergroot door de drie pools van stellingen om het resultaat voor elk domein in te schatten, anderzijds door het omgekeerd formuleren van de vragen om automatisch antwoordgedrag te elimineren.

Dit meetinstrument wordt in de literatuur uitvoerig en frequent beschreven als een efficiënt en valide meetinstrument aangaande de meting van zelfinzicht, de vaardigheid zelfreflectie en de nood aan zelfreflectie. Dit is in tegenstelling tot de eerder beschreven meetinstrumenten.

Ten slotte kunnen de resultaten als volgt geïnterpreteerd worden. Er is een link tussen inzicht en het engagement tot het proces van zelfreflectie, dit in tegenstelling tot de afwezigheid van een link tussen de nood om aan zelfreflectie te doen en het engagement tot het proces van zelfreflectie. Evenzo is er een link tussen zelfreflectie en de nood aan positieve rolmodellen en is het stilstaan bij gevoelens een belangrijk en integraal aspect van zelfreflectie. Roberts & Stark (2008) omschrijven de nood aan verder onderzoek naar effectieve strategieën om inzicht en reflectie in het eigen professioneel handelen te ontwikkelen. Bovendien wordt zelfinzicht en het engagement tot zelfreflectie positief gecorreleerd met angst en stress (Grant et al., 2002).

18 Besluit

Vooreerst wordt vastgesteld dat er meerdere definiëringen voor zelfreflectie zijn, waarbij elke definitie verklaard wordt vanuit een verschillend denkkader of toepassingsgebied. Het is van belang een definitie te kiezen die voor iedereen duidelijk is. Dit is de basis voor de implementatie van zelfreflectie in de praktijk. Evenzo zijn er een aantal frequent gebruikte reflectiemethodieken met hun voor- en nadelen en specifiek toepassingsgebied. Ook bij de toepassing van zelfreflectie in het werkveld is het aanbevolen een gefaseerd, cyclisch proces te hanteren als reflectiemethodiek. Informatie en educatie verstrekken is noodzakelijk in functie van de uitvoering. Deze voorbereiding draagt bij tot het voorkomen van belemmerende factoren die de toepassing kunnen hypothekeren en weerstand genereren.

De toepassing van zelfreflectie heeft verschillende doelen, zowel in functie van de individuele professionele ontwikkeling als de groepsdynamische, teamgerichte en patiëntenzorg gerelateerde evolutie. Bovendien kan gereflecteerd worden over uiteenlopende relevante thema's zoals het eigen handelen, gevoelens en gedachten, ethische aspecten en de groepscohesie- en dynamieken.

Overigens kan zelfreflectie toegepast worden op verschillende manieren. Het is aangewezen de keuze te maken voor een combinatie van schriftelijke en mondelinge zelfreflectie. Ook interactie, feedback en ondersteuning vanuit het management is noodzakelijk om de implementatie te faciliteren.

Er zijn vele hiaten binnen de toepassing in de praktijk en in de theoretische methodiek. De transfereerbaarheid van de theorie naar de praktijk wordt aangehaald als pijnpunt van zelfreflectie, dit is te wijten aan de beperkende factoren. Een uitgebreide analyse van de aanwezige hiaten is noodzakelijk om belemmerende factoren vast te stellen en zelfreflectie maximaal te faciliteren.

Kortom is er nood aan richtlijnen in functie van de implementatie in de praktijk, de keuze voor een methodiek en definitie. Deze richtlijnen dienen in overeenstemming te zijn met de specifieke noden van de instelling.

19 Methodologie

De bevindingen in de literatuurstudie leiden tot het vastleggen van een hypothese: de toepassing van zelfreflectie draagt op deze afdeling bij tot het zich engageren in zelfreflectie en zelfinzicht te ontwikkelen. Deze nulhypothese zal getest worden via kwantitatief onderzoek.

19.1 De populatie

De populatie omvat alle sociotherapeuten te werk gesteld op de intensieve psychiatrische zorgafdeling. Deze steekproef telt 13 respondenten (n=13). De selectie gebeurde op basis van de functieomschrijving, namelijk de uitvoering van de functie als sociotherapeut. Gezien de continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt door een multidisciplinair team van sociotherapeuten, die samen verantwoordelijk zijn voor de directe patiëntenzorg, worden niet enkel de verpleegkundigen geïncludeerd voor de steekproef. Concreet omvatte dit 11 verpleegkundigen en 2 zorgkundigen. Alle werknemers gelinkt aan de directe patiëntenzorg binnen het ploegensysteem van vroeg-, laat- en dagdiensten werden geïncludeerd. Medewerkers met specifieke psychotherapeutische taken werden geëxcludeerd, evenals teamleden in dagdienst met specifieke functies zoals de psychologen, artsen, het afdelingshoofd en de criminologe. Medewerkers van facilitaire diensten en nachtmedewerkers werden evenzo geëxcludeerd omwille van de voornamelijk ondersteunde rol binnen de patiëntenzorg. Evenzo werd de populatie opgedeeld op basis van geslacht, opleiding, leeftijd en het aantal jaar werkervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Alle respondenten (n=13) vulden de vragenlijst in bij de nulmeting (100%). Deze steekproef omvatte 7 vrouwen (53,8%) en 6 mannen (46,2%).

Tabel 1: Geslacht respondenten (n = 13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vrouw	7	53,8	53,8	53,8
	Man	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

De opleiding van de respondenten omvatte 2 verschillende disciplines, namelijk zorgkundigen en verpleegkundigen. Er waren 11 verpleegkundigen (84,6%) en 2 zorgkundigen (15,4%) onder de respondenten (n = 13).

Tabel 2: Opleiding respondenten (n = 13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zorgkundige	2	15,4	15,4	15,4
	Verpleegkundige	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

De gemiddelde leeftijd was 33 jaar. De maximumleeftijd was 50 jaar en de minimumleeftijd 23 jaar.

Tabel 3: Leeftijd respondenten (n =13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23,00	2	15,4	15,4	15,4
	25,00	2	15,4	15,4	30,8
	26,00	1	7,7	7,7	38,5
	27,00	1	7,7	7,7	46,2
	29,00	1	7,7	7,7	53,8
	32,00	1	7,7	7,7	61,5
	40,00	1	7,7	7,7	69,2
	41,00	1	7,7	7,7	76,9
	45,00	2	15,4	15,4	92,3
	50,00	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Het aantal jaren werkervaring was een minimum van 1 jaar en een maximum van 25 jaar. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring was 9,8 jaar.

Tabel 4: Aantal jaren werkervaring respondenten (n =13)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	2	15,4	15,4	15,4
1,50	1	7,7	7,7	23,1
2,00	2	15,4	15,4	38,5
7,00	1	7,7	7,7	46,2
9,00	1	7,7	7,7	53,8
10,00	2	15,4	15,4	69,2
16,00	1	7,7	7,7	76,9
20,00	1	7,7	7,7	84,6
23,00	1	7,7	7,7	92,3
25,00	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Bij de resultaten werd de vergelijking op basis van leeftijd uitgevoerd tussen de leeftijdscategorieën, namelijk respondenten jonger dan 30 jaar en ouder dan 30 jaar. Evenzo werd een onderscheid gemaakt op vlak van werkervaring met de grens gevestigd tussen beide categorieën op 10 jaar werkervaring. Er was een drop-out van één respondent. Dit is te wijten aan het feit dat er een medewerker ontslag nam tijdens de interventieperiode.

Tijdens de postmeting werden 12 respondenten (n = 12) bevraagd, waarvan 10 verpleegkundigen en 2 zorgkundigen. Deze steekproef omvatte 6 vrouwen en 6 mannen. Er waren 2 zorgkundigen en 10 verpleegkundigen. En de populatie omvatte 6 respondenten jonger dan 30 jaar en 6 ouder dan 30 jaar, evenzo waren er 8 respondenten met minder dan 10 jaren werkervaring en 4 respondenten met meer dan 30 jaar ervaring in de geestelijke gezondheidszorg.

19.2 Het praktijkinstrument

Het praktijkinstrument omvatte een gevalideerd meetinstrument dat gebruikt werd als enquête (bijlage 1) in functie van een nul- en effectmeting, respectievelijk de pre- en postmeting voor en na de interventie. Dit praktijkinstrument is een vertaalde versie van een gevalideerde schaal, namelijk de zelfreflectie en -inzichtschaal (bijlage 2) of de oorspronkelijke Self Reflection and Insight Scale (bijlage 3). Deze werd uitvoerig besproken in paragraaf 17. De keuze voor dit meetinstrument werd gestaafd door de hoge betrouwbaarheid en de link met resultaten van het meetinstrument vanuit onderzoek in de professionele praktijk (Carr & Johnson, 2013).

Het is een multidimensionale 5-punt Likertschaal op basis van 20 stellingen over zelfreflectie gelinkt aan drie te meten inzichtsdomeinen. Deze domeinen meten de mate van herkenning van de nood aan zelfreflectie, het proces van engagement tot zelfreflectie en de aanwezigheid van inzicht. De combinatie van het domein zelfinzicht en engagement tot zelfreflectie geven een indicatie voor de globale kritische zelfreflectie bij de respondent. De som van beide domeinen bepalen de waarde voor de globale kritische zelfreflectie.

Deze stellingen worden gescoord op basis van vijf antwoordcategorieën, dit gaande van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. De laagste score 1 komt overeen met helemaal oneens en de hoogste score 5 respectievelijk met helemaal eens. Sommige stellingen worden met negatie geformuleerd om automatisch antwoordgedrag te vermijden.

Deze vragenlijst werd niet technisch officieel vertaald, dus de vertaling kan zorgen voor interpretatieve wijzigingen binnen de formulering van de stellingen. Bovendien werd de vertaalde schaal aangevuld met vragen met betrekking tot demografische data. Er werd gepeild naar het geslacht, de leeftijd, het aantal jaren werkervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg en de gevolgde opleiding. In functie van de vergelijking van de resultaten van de pre- en postmeting werd de geboortedatum van de moeder bevraagd.

Alle respondenten werden op de hoogte gebracht van de inhoud van het onderzoek, het proces en het vrijblijvend karakter. De toestemming tot verwerking van de verworven data werd ondertekend via het informed consent (bijlage 4).

19.3 Het proces

Het proces van het praktijkgedeelte van deze bachelorproef omvatte 4 fasen. Vooreerst werden de respondenten schriftelijk en mondeling geïnformeerd in de voorbereidingsfase. Vervolgens werd in de tweede fase een nulmeting of premeting gedaan. De derde fase betrof het toepassen van de interventie op basis van de aanbevelingen uit de literatuur. Ten slotte werd in fase 4 een effectmeting of postmeting uitgevoerd na de interventie. Het doorlopen van dit gefaseerd proces bedroeg een duurtijd van 3 maanden, gestart op 01/02/2017 met de voorbereidings sessie en geëindigd op 01/05/2017 met de dataverwerking van de postmeting.

19.3.1. Fase 1: voorbereidingsfase

Voorafgaand aan het praktijkgedeelte werden alle sociotherapeuten op de hoogte gebracht van het verloop van het proces. Dit vond plaats op 01/02/2017 op basis van een mondelinge presentatie met digitale ondersteuning via een presentatie (bijlage 5). Deze voorbereidende sessie was geen louter informatieve maar evenzo een interactieve educatie met mogelijkheid tot vraagstelling.

Uitgaand van de gevonden aspecten met betrekking tot zelfreflectie vanuit de literatuur werd gebruik gemaakt van de beschreven aanbevelingen. Gezien het gebrek aan éénduidigheid over de definitie van zelfreflectie, de specifieke doelstellingen binnen het team en de geschikte methodiek, werden alle sociotherapeuten eerst geïnformeerd over deze aspecten. Deze elementen werden voorafgaand vastgelegd conform de richtlijnen vanuit de literatuur, samengevat in paragraaf 18. De gekozen definitie, methodiek en doelstellingen voor deze interventie worden beschreven.

Definitie van zelfreflectie

De definitie van zelfreflectie werd gekozen op basis van de meest frequent voorkomende definitie in de literatuur en in functie van de toepasbaarheid binnen de patiëntenzorg, de sociaalemotionele coping en als input voor feedback en coöperatie. De gekozen definitie voor zelfreflectie is het geheel van intellectuele en affectieve activiteiten om eigen ervaringen en kennisverwerving te ontdekken, nieuwe inzichten en bewustzijn te verkrijgen, een verbinding te maken van de theorie met de praktijk, als ondersteuning bij stressvolle situaties in functie van sociaalemotionele coping en als essentieel instrument voor het competent professioneel functioneren in het licht van de continu veranderende gezondheidszorg.

Doelstellingen

De specifieke doelstellingen van zelfreflectie werden opgesteld vanuit de praktijk en eigen expertise, gelinkt aan zowel de individuele als groepsdynamische aspecten beschreven in de literatuur. Deze doelstellingen zijn het verwerven van zelfinzicht en inzicht in het professioneel handelen, ontwikkeling van metacognitie, 'sharing', het tot uiting brengen van de emotionele belasting, preventie van burn-out, continuïteit van de zorg door zelfreflectie in interactie en levenslang leren.

Methodiek

De methodiek van Korthagen werd de gekozen methodiek, gezien deze de meest gekende was binnen de populatie. De cyclus van Korthagen werd toegelicht en het werkdocument met de richtvragen werd verspreid. Dit werkdocument (bijlage 6) werd samengevat tot 1 A4-document, dit conform de richtlijnen.

Vervolgens werden alle sociotherapeuten (n=13) op 22/02/2017 schriftelijk geïnformeerd via een informed consent. Een aanvraag bij het ethisch comité werd niet noodzakelijk geacht gezien de populatie zich beperkte tot medewerkers.

19.3.2. Fase 2: Premeting en dataverzameling

De vragenlijsten werden verdeeld en een uiterste indiendatum op 15/03/2017 werd vastgelegd. Deze eerste dataverzameling omvatte de nulmeting en bood de mogelijkheid resultaten op basis van demografische gegevens te onderzoeken. De steekproef bedroeg 13 respondenten (n=13), betreffende 11 verpleegkundigen en 2 zorgkundigen, zoals beschreven in paragraaf 19.1. Dit betrof 7 vrouwen en 6 mannen, 7 respondenten jonger dan en 6 respondenten ouder dan 30 jaar waarvan 7 respondenten met minder dan 10 jaar en 6 respondenten met meer dan 10 jaar werkervaring.

19.3.3. Fase 3: Interventie

Vanaf 15/03/2017 werd elke sociotherapeut minimaal driemaal uitgenodigd om een schriftelijke zelfreflectie voor te bereiden aan de hand van het werkdocument en dit in een groep van minimaal 2 sociotherapeuten te bespreken. Er vonden ongeveer 25 interventies plaats gedurende de periode van anderhalve maand, geëindigd op 01/05/2017. De betrof ongeveer 10 individuele reflectiemomenten en 15 reflectiemomenten in groep. Sommige sociotherapeuten kozen ervoor om individueel schriftelijk te reflecteren, anderen kozen voor de combinatie van schriftelijke reflectie gevolgd door een bespreking in interactie met andere sociotherapeuten. De mondelinge zelfreflectie diende minimaal éénmaal uitgevoerd te worden door elke sociotherapeut, hier is niet iedereen in geslaagd. Potentiële verklaringen hiervoor worden beschreven in de het onderdeel 'discussie'.

De sociotherapeuten werden uitgenodigd via mail of kunnen zelf een zelfreflectiesessie organiseren, hierbij werd de gekozen gebeurtenis beschreven en de aanwezige sociotherapeuten bij de gebeurtenis uitgenodigd. Specifieke controle over het aantal uitgevoerde sessies was niet mogelijk, gezien dit niet steeds werd genoteerd of aangekondigd.

19.3.4. Fase 4: Postmeting en dataverzameling

Ten slotte werd de enquête voor de tweede maal verspreid op 22/04/2017 in functie van de effectmeting. De dataverzameling heeft plaatsgevonden op 01/05/2017. Er werden 12 respondenten bevestigd.

Data-analyse

Data werden verwerkt via het programma SPSS. Onbeantwoorde vragen kregen een identieke codering zodat deze niet in rekening gebracht werden bij de berekening van de totaalscores. Via beschrijvende statistiek werden de scores van de respondenten voor elk item gerapporteerd. Dit gebeurde voor elke categorie, namelijk het engagement om aan zelfreflectie te doen, de nood aan zelfreflectie en zelfinzicht. Eveneens werd een totaalscore bepaald voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie als som van de scores voor het engagement om aan zelfreflectie te doen en het zelfinzicht. Op basis van de geboortedatum van de moeder was een vergelijkend onderzoek mogelijk ten aanzien van de premeting. Eveneens kon het effect met betrekking tot de demografische gegevens onderzocht worden. Er werd een vergelijkende studie uitgevoerd op basis van het geslacht, beide leeftijdscategorieën en beide categorieën met betrekking tot werkervaring aangaande de globale kritische zelfreflectie. De keuze voor dit onderdeel globale kritische zelfreflectie werd gemaakt vanuit de probleemstelling op deze afdeling, vanuit de ervaren psychosociale stress op deze afdeling gelinkt aan agressie-incidenten is de nood aan zelfreflectie minder relevant om te analyseren. Vanuit de wetenschappelijke literatuur wordt reeds aangetoond dat zelfreflectie ondersteunend is voor socialemotionele coping (Kerasidou & Horn, 2016). Er werd geen vergelijkende studie uitgevoerd op basis van opleiding gezien alle respondenten dezelfde functieomschrijving hebben als sociotherapeut en het percentage verpleegkundigen 85% bedraagt.

20 Resultaten

20.1 Premeting

20.1.1 Scores per onderdeel volgens de vertaalde Zelfreflectie- en inzichtschaal

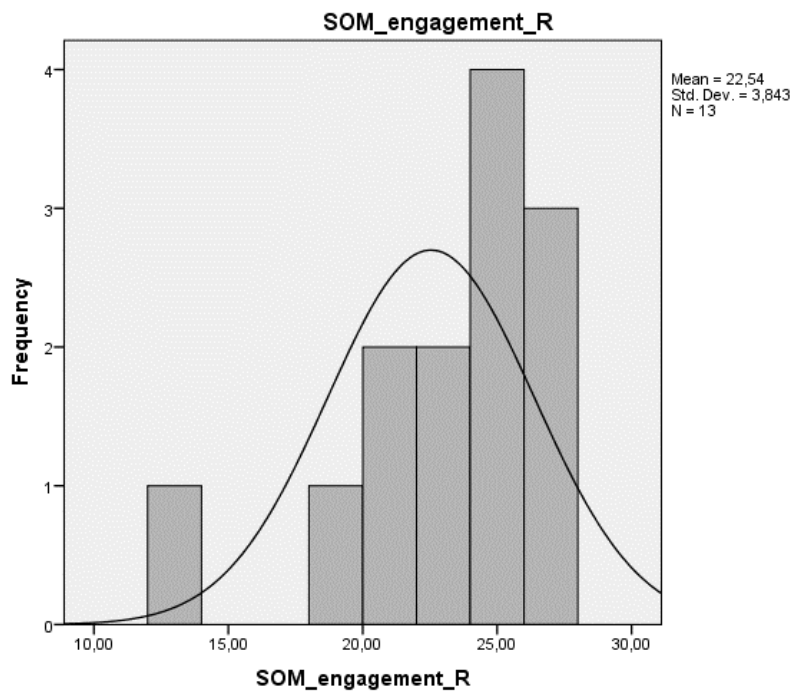
Resultaten premeting: engagement om aan zelfreflectie te doen

De totaalscore van alle items voor het onderdeel engagement om aan zelfreflectie te doen bedroeg een minimum van 13 en een maximum van 27 op 30. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 22,5 op 30. (n = 13)

Tabel 5: Totaalscores premeting engagement om aan zelfreflectie te doen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13,00	1	7,7	7,7
	18,00	1	7,7	15,4
	20,00	1	7,7	23,1
	21,00	1	7,7	30,8
	22,00	1	7,7	38,5
	23,00	1	7,7	46,2
	24,00	3	23,1	69,2
	25,00	1	7,7	76,9
	26,00	2	15,4	92,3
	27,00	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Grafiek 2: Histogram totaalscores premeting engagement om aan zelfreflectie te doen



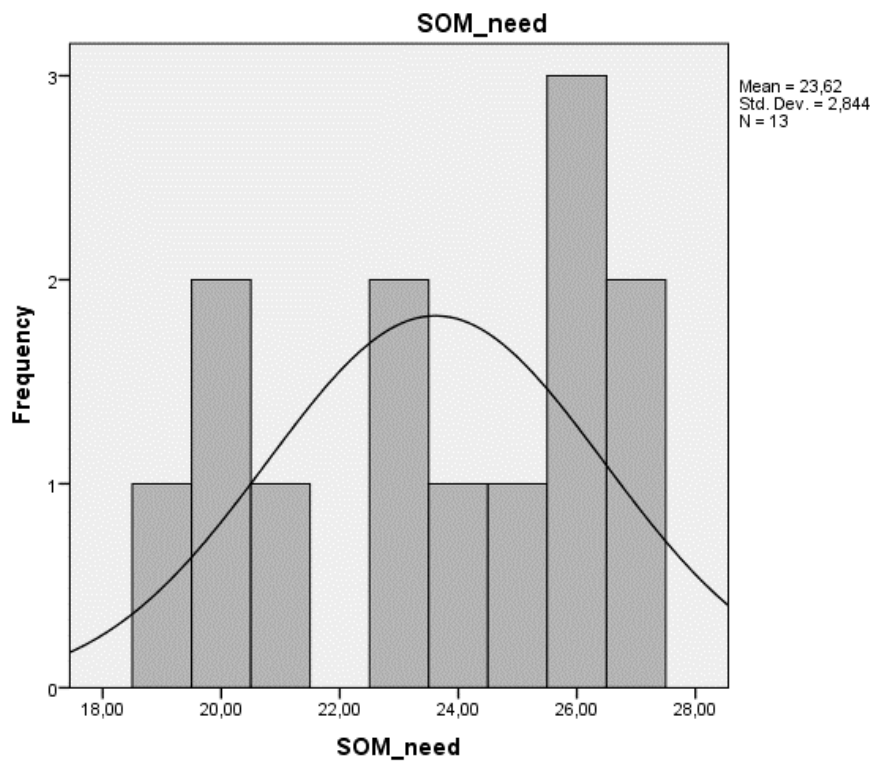
Resultaten premeting: nood aan zelfreflectie

De totaalscore van alle items voor het onderdeel nood aan zelfreflectie bedroeg een minimum van 19 en een maximum van 27 op 30. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 23,6 op 30. (n = 13)

Tabel 6: Totaalscores premeting nood aan zelfreflectie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19,00	1	7,7	7,7	7,7
20,00	2	15,4	15,4	23,1
21,00	1	7,7	7,7	30,8
23,00	2	15,4	15,4	46,2
24,00	1	7,7	7,7	53,8
25,00	1	7,7	7,7	61,5
26,00	3	23,1	23,1	84,6
27,00	2	15,4	15,4	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Grafiek 3: Histogram premeting totaalscores nood aan zelfreflectie



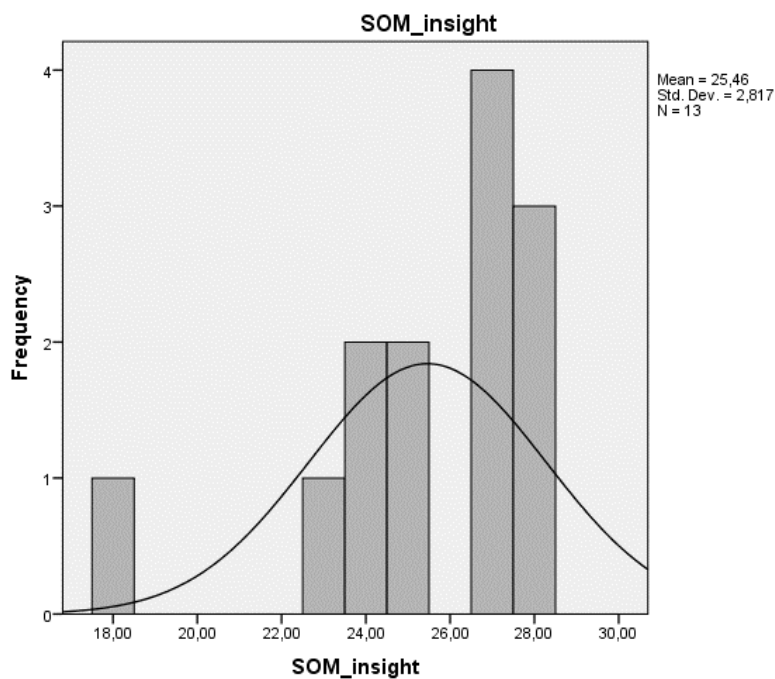
Resultaten premeting: zelfinzicht

De totaalscore van alle items voor het onderdeel zelfinzicht bedroeg een minimum van 18 en een maximum van 28 op 30. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 25,5 op 30. (n = 13)

Tabel 7: Totaalscores premeting zelfinzicht

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18,00	1	7,7	7,7	7,7
23,00	1	7,7	7,7	15,4
24,00	2	15,4	15,4	30,8
25,00	2	15,4	15,4	46,2
27,00	4	30,8	30,8	76,9
28,00	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Grafiek 4: Histogram totaalscores premeting zelfinzicht



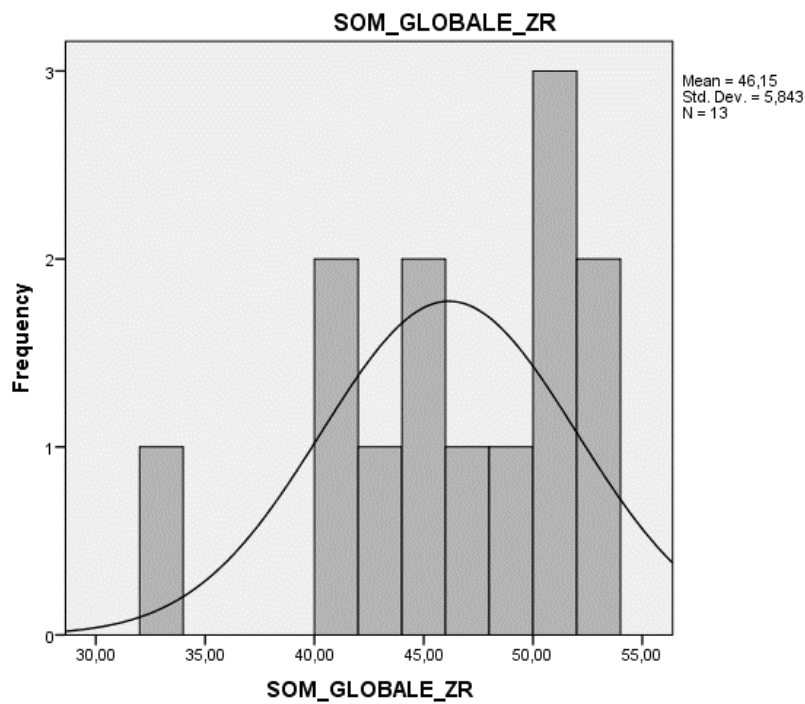
Resultaten premeting: globale kritische zelfreflectie

De som van het onderdeel engagement om aan zelfreflectie te doen en zelfinzicht omvatte de score voor de globale kritische zelfreflectie. Het minimum bedroeg 33 en het maximum 53 op 60. De gemiddelde score was 46,1 op 60. (n = 13)

Tabel 8: Totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	33,00	1	7,7	7,7	7,7
	41,00	2	15,4	15,4	23,1
	43,00	1	7,7	7,7	30,8
	44,00	2	15,4	15,4	46,2
	47,00	1	7,7	7,7	53,8
	49,00	1	7,7	7,7	61,5
	50,00	1	7,7	7,7	69,2
	51,00	2	15,4	15,4	84,6
	53,00	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Grafiek 5: Histogram totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie



20.1.2 Vergelijkend onderzoek op basis van demografische gegevens

Het onderdeel globale kritische zelfreflectie wordt gebruikt als variabele voor het vergelijkend onderzoek op basis van geslacht, leeftijd en aantal jaren werkervaring.

Vergelijkend onderzoek op basis van geslacht

Door middel van beschrijvend onderzoek met betrekking tot het geslacht (n =13) bleek de gemiddelde score voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie bij vrouwen (n = 7) 49,1429 op 60 te bedragen. Het minimum was 44 en het maximum 53 op 60. Dit wordt aangetoond in tabel 9. Bij de mannen (n =6) bedroeg dit een gemiddelde score van 42,6667, een minimum van 33 en een maximum van 51 op 60. Dit wordt weergegeven in tabel 10.

Tabel 9: Vergelijkend onderzoek totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie bij vrouwen

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	7	44,00	53,00	49,1429	3,80476
Valid N (listwise)	7				

Tabel 10: Vergelijkend onderzoek totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie bij mannen

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	6	33,00	51,00	42,6667	6,12100
Valid N (listwise)	6				

Vergelijkend onderzoek op basis van leeftijd

Op basis van leeftijd werd de steekproef (n = 13) ingedeeld in 2 categorieën, namelijk categorie 1 met respondenten jonger dan 30 jaar (n = 7) en categorie 2 respondenten ouder dan 30 jaar (n = 6). In tabel 11 wordt voor categorie 1 de gemiddelde score voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie weergegeven, deze bedroeg 48,8571 op 60. Het minimum was 43 en het maximum 53 op 60. Tabel 12 geeft de scores weer voor categorie 2, de gemiddelde score bedroeg 43 met een minimum van 33 en een maximum van 50 op 60.

Tabel 11: Vergelijkend onderzoek totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie bij respondenten jonger dan 30 jaar (categorie 1)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	7	43,00	53,00	48,8571	4,18045
Valid N (listwise)	7				

Tabel 12: Vergelijkend onderzoek totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie bij respondenten ouder dan 30 jaar (categorie 1)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	6	33,00	50,00	43,0000	6,22896
Valid N (listwise)	6				

Vergelijkend onderzoek op basis van het aantal jaren werkervaring

Op basis van het aantal jaren werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg werden de respondenten (n = 13) ingedeeld in 2 categorieën, namelijk categorie 1 van respondenten met minder dan 10 jaar (n = 9) en categorie 2 met meer dan 10 jaar werkervaring (n = 4). In tabel 13 wordt voor categorie 1 de gemiddelde score voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie weergegeven, deze bedroeg 49 op 60. Het minimum was 43 en het maximum 53 op 60. Tabel 14 geeft de scores weer voor categorie 2, de gemiddelde score bedroeg 39,75 met een minimum van 33 en een maximum van 44 op 60.

Tabel 13: Vergelijkend onderzoek totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie bij respondenten met minder dan 10 jaar werkervaring (categorie 1)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	9	43,00	53,00	49,0000	3,64005
Valid N (listwise)	9				

Tabel 14: Vergelijkend onderzoek totaalscores premeting globale kritische zelfreflectie bij respondenten met meer dan 10 jaar werkervaring (categorie 2)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	4	33,00	44,00	39,7500	4,71699
Valid N (listwise)	4				

20.2 Postmeting

20.2.1 Scores per onderdeel volgens de vertaalde Zelfreflectie- en inzichtschaal

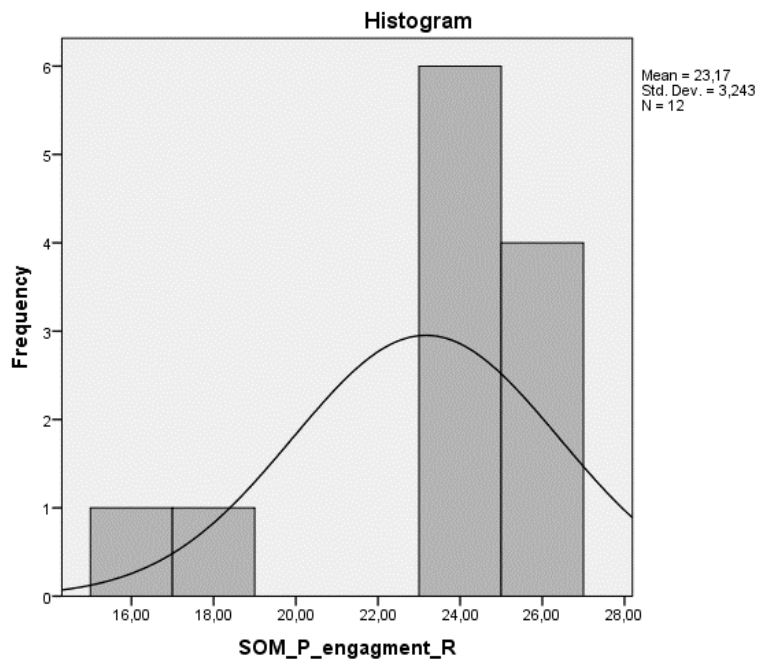
Resultaten postmeting: engagement om aan zelfreflectie te doen

De totaalscore van alle items voor het onderdeel engagement om aan zelfreflectie te doen bedroeg een minimum van 16 en een maximum van 26 op 30. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 23,17 op 30. (n = 12)

Tabel 15: Totaalscores postmeting engagement om aan zelfreflectie te doen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16,00	1	6,3	8,3	8,3
	17,00	1	6,3	8,3	16,7
	23,00	1	6,3	8,3	25,0
	24,00	5	31,3	41,7	66,7
	25,00	2	12,5	16,7	83,3
	26,00	2	12,5	16,7	100,0
	Total	12	75,0	100,0	
Missing	System	4	25,0		
Total		16	100,0		

Grafiek 6: Histogram totaalscores postmeting engagement om aan zelfreflectie te doen



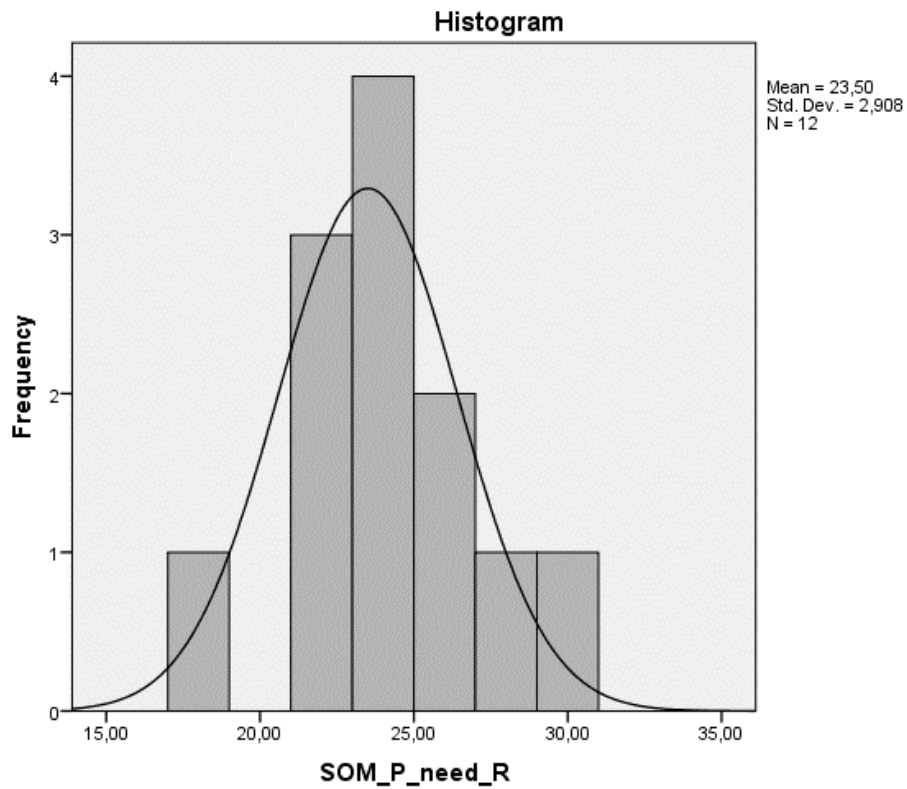
Resultaten postmeting: nood aan zelfreflectie

De totaalscore van alle items voor het onderdeel nood aan zelfreflectie bedroeg een minimum van 18 en een maximum van 29 op 30. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 23,5 op 30. (n = 12)

Tabel 16: Totaalscores postmeting nood aan zelfreflectie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18,00	1	6,3	8,3	8,3
	21,00	2	12,5	16,7	25,0
	22,00	1	6,3	8,3	33,3
	23,00	2	12,5	16,7	50,0
	24,00	2	12,5	16,7	66,7
	25,00	2	12,5	16,7	83,3
	27,00	1	6,3	8,3	91,7
	29,00	1	6,3	8,3	100,0
	Total		12	75,0	100,0
Missing	System	4	25,0		
Total		16	100,0		

Grafiek 7: Histogram totaalscores postmeting nood aan zelfreflectie



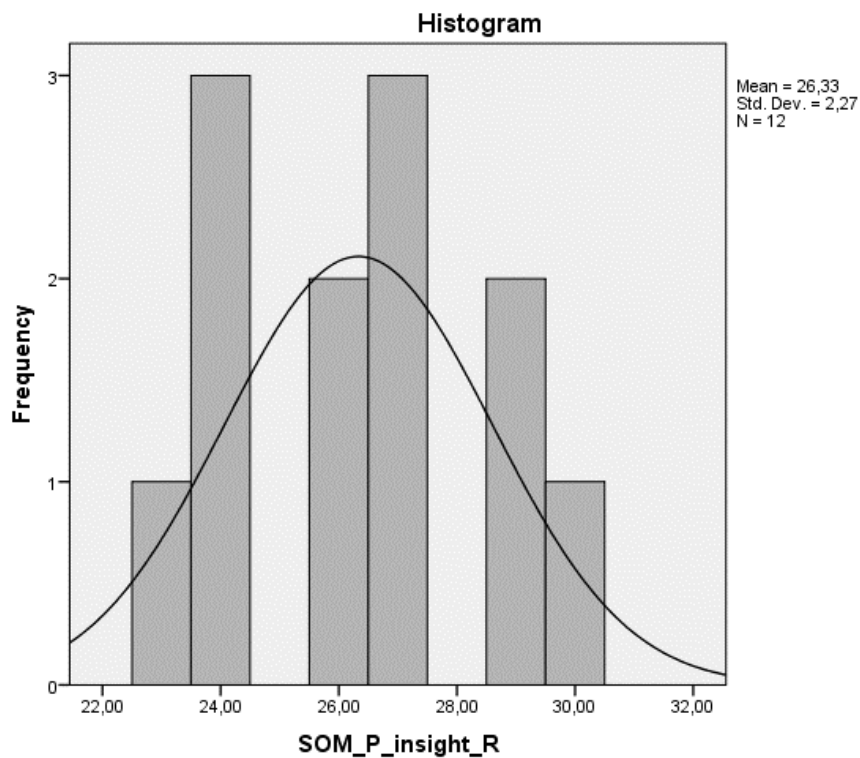
Resultaten postmeting: zelfinzicht

De totaalscore van alle items voor het onderdeel nood aan zelfreflectie bedroeg een minimum van 23 en een maximum van 30 op 30. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 26,33 op 30. (n = 12)

Tabel 17: Totaalscores postmeting zelfinzicht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23,00	1	6,3	8,3	8,3
	24,00	3	18,8	25,0	33,3
	26,00	2	12,5	16,7	50,0
	27,00	3	18,8	25,0	75,0
	29,00	2	12,5	16,7	91,7
	30,00	1	6,3	8,3	100,0
	Total	12	75,0	100,0	
Missing	System	4	25,0		
Total		16	100,0		

Grafiek 8: Histogram totaalscores postmeting zelfinzicht



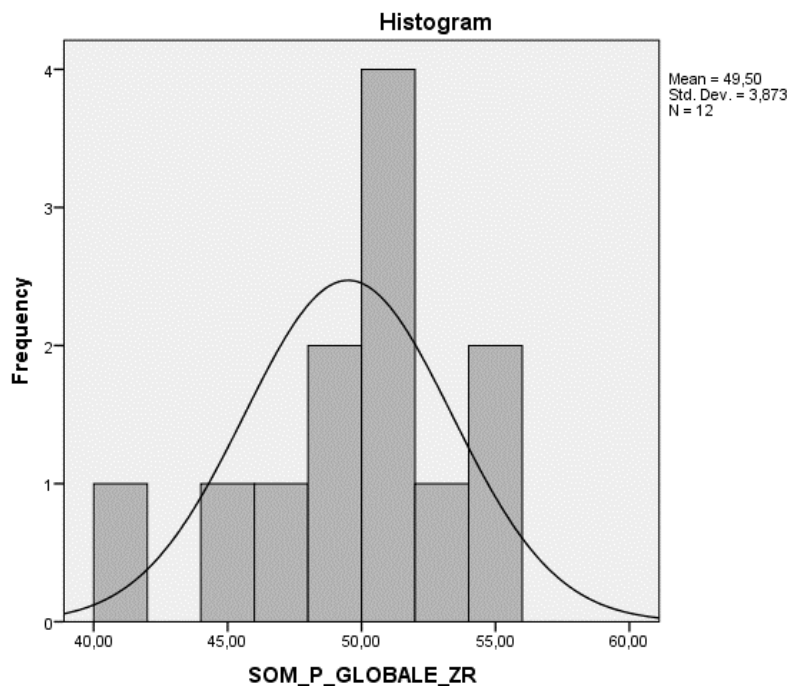
Resultaten postmeting: globale kritische zelfreflectie

De totaalscore van alle items voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie bedroeg een minimum van 41 en een maximum van 55 op 60. De gemiddelde score voor dit onderdeel was 49,5 op 60. (n = 12)

Tabel 18: Totaalscores postmeting globale kritische zelfreflectie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	41,00	1	6,3	8,3	8,3
	45,00	1	6,3	8,3	16,7
	47,00	1	6,3	8,3	25,0
	48,00	1	6,3	8,3	33,3
	49,00	1	6,3	8,3	41,7
	50,00	1	6,3	8,3	50,0
	51,00	3	18,8	25,0	75,0
	52,00	1	6,3	8,3	83,3
	54,00	1	6,3	8,3	91,7
	55,00	1	6,3	8,3	100,0
	Total	12	75,0	100,0	
Missing	System	4	25,0		
	Total	16	100,0		

Grafiek 9: Histogram totaalscores postmeting globale kritische zelfreflectie



20.2.2 Beschrijvend en vergelijkend onderzoek tussen de resultaten van de pre- en postmeting

Het onderdeel globale kritische zelfreflectie wordt gebruikt als variabele voor het vergelijkend onderzoek op basis van geslacht, leeftijd en aantal jaren werkervaring. De keuze voor dit onderdeel werd toegelicht in paragraaf 19.3.4. De resultaten voor globale kritische zelfreflectie bij de pre- en postmeting worden volgens deze variabelen vergeleken.

Beschrijvend onderzoek pre- en postmeting: algemeen

De totaalscores voor de globale kritische zelfreflectie beschrijven bij de premeting (n = 13) een minimum van 33 en een maximum van 53 op 60, respectievelijk bij de postmeting (n = 12) 41 en 55 op 60. De gemiddelde score bedroeg bij de premeting 46,1 en bij de postmeting 49,5 op 60.

Tabel 19: Beschrijvend onderzoek totaalscores pre- en postmeting globale kritische zelfreflectie

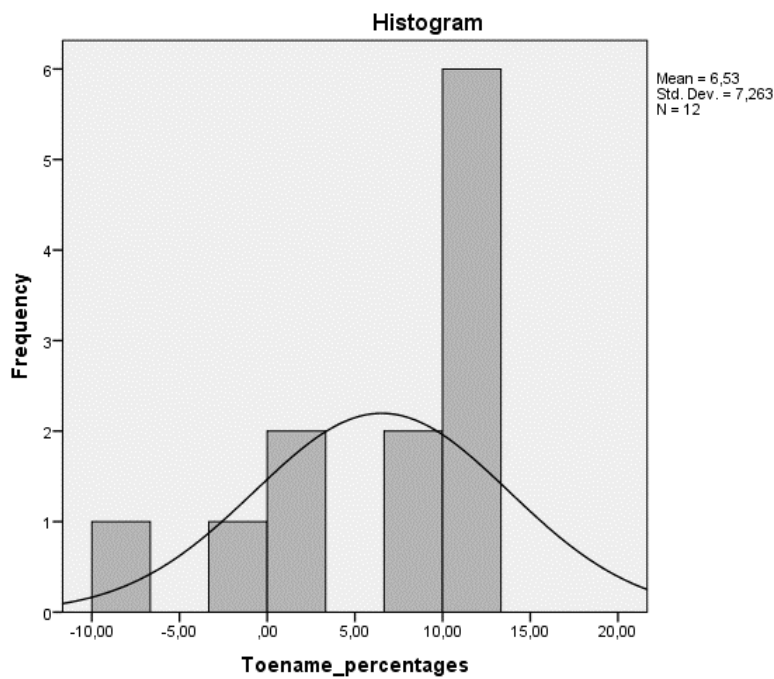
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SOM_GLOBALE_ZR	13	33,00	53,00	46,1538	5,84303
SOM_P_GLOBALE_ZR	12	41,00	55,00	49,5000	3,87298
Valid N (listwise)	12				

De evolutie tussen de totaalscores (n = 12) voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie bij de postmeting ten opzichte van de premeting bedraagt een gemiddelde stijging van 6,5%. Het minimum betreft een daling van 8,33% (-5) en het maximum omschrijft een stijging van 13,33% (+8). Het gemiddelde bedraagt +6,5%.

Tabel 20: Procentuele evolutie totaalscores globale kritische zelfreflectie premeting t.o.v. postmeting

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-8,33	1	7,7	8,3	8,3
	-3,33	1	7,7	8,3	16,7
	,00	1	7,7	8,3	25,0
	1,67	1	7,7	8,3	33,3
	8,33	2	15,4	16,7	50,0
	10,00	2	15,4	16,7	66,7
	11,67	1	7,7	8,3	75,0
	13,33	3	23,1	25,0	100,0
	Total	12	92,3	100,0	
Missing	System	1	7,7		
Total		13	100,0		

Grafiek 10: Procentuele evolutie totaalscores globale kritische zelfreflectie premeting t.o.v. postmeting



Vergelijkend onderzoek pre- en postmeting op basis van geslacht

De evolutie voor de totaalscores (n = 12) voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie betreft voor vrouwen (n = 6) een gemiddelde waarde van +5% en voor mannen (n = 6) +8%.

Tabel 21: Vergelijkend onderzoek procentuele evolutie op basis van geslacht

	Geslacht	N	Mean	Std. Deviation
Evolutie percentages	Vrouw	6	5,0000	7,67391
	Man	6	8,0556	7,18151

Vergelijkend onderzoek pre- en postmeting op basis van leeftijd

De evolutie voor de totaalscores (n = 12) voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie betreft voor respondenten jonger dan 30 jaar (n = 6) een gemiddelde waarde van +2% en ouder dan 30 jaar (n = 6) +10%.

Tabel 22: Vergelijkend onderzoek procentuele evolutie op basis van leeftijd

	Leeftijd	N	Mean	Std. Deviation
Evolutie percentages	Jonger dan 30 jaar	6	2,2222	8,14225
	Ouder dan 30 jaar	6	10,8333	2,29734

Vergelijkend onderzoek pre- en postmeting op basis van het aantal jaren werkervaring

De evolutie voor de totaalscores (n = 12) voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie betreft voor respondenten met minder dan 10 jaar werkervaring (n = 8) een gemiddelde waarde van +3,75% en meer dan 10 jaar werkervaring (n = 4) +12%.

Tabel 2: Vergelijkend onderzoek procentuele evolutie op basis van aantal jaren werkervaring

	Aantal jaren werkervaring	N	Mean	Std. Deviation
Evolutie percentages	Minder dan 10 jaar werkervaring	8	3,7500	7,44024
	Meer dan 10 jaar werkervaring	4	12,0833	1,59571

21 Discussie

21.1 Interpretatie resultaten

De resultaten van dit onderzoek kunnen geïnterpreteerd worden in functie van deze specifieke intensieve psychiatrische zorgafdeling. De resultaten zijn niet significant in de zin dat dit generaliseerbaar zou zijn voor andere afdelingen, verpleegkundigen of instellingen. Dit fenomeen doet zich voor gezien de beperkte steekproef en de kleinschaligheid van het onderzoek. Deze resultaten leiden echter wel tot een aantal aanbevelingen in functie van een actieplan voor deze afdeling.

21.1.1 Premeting

Uit de resultaten van de premeting zijn er noemenswaardige verschillen op basis van geslacht, leeftijd en het aantal jaren werkervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg. De verschillen op basis van opleiding, respectievelijk tussen de respondenten met de opleiding tot verpleegkundige en de zorgkundige, werden niet weergegeven bij de resultaten gezien het aantal zorgkundigen (n = 2) slechts een klein deel van de steekproef (n = 13) omvat (15%).

Op basis van geslacht kan geconcludeerd worden dat respondenten van het vrouwelijk geslacht (n = 7) op deze afdeling een gemiddeld hogere score behalen voor de globale kritische zelfreflectie ten opzichte van de respondenten van het mannelijke geslacht (n = 6). Dit betreft een verschil van 10,8%.

Evenzo blijken de respondenten (n = 7) jonger dan 30 jaar en de respondenten met minder dan 10 jaar werkervaring (n = 9) een gemiddeld hogere score te behalen voor de globale kritische zelfreflectie, respectievelijk ten opzichte van de respondenten ouder dan 30 jaar (n = 6) en de respondenten met meer dan 10 jaar werkervaring (n = 4). Dit betreft een verschil van 14,4% op basis van leeftijd en 9,8% op basis van aantal jaren werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg.

Globaal gezien kunnen de scores niet naar waarde beoordeeld worden gezien er geen referentiewaarde is, die beschrijft welke resultaten binnen de categorieën 'onvoldoend-voldoende-goed-zeer goed'. Indien de score louter wiskundig benaderd wordt in het kader van waardering kan aangegeven worden dat elke respondent hoger dan 50% scoort op alle onderdelen. Voor de globale kritische zelfreflectie bedroegen de resultaten van 3 respondenten tussen 50 en 70%, 4 respondenten tussen 71 en 80% en 6 respondenten tussen 81 en 90%.

21.1.2 Postmeting

Uit de resultaten van de postmeting blijkt een minimale, niet significante toename van de gemiddelde score voor het onderdeel engagement om aan zelfreflectie te doen (2,23%), nood aan zelfreflectie (0,63%) en zelfinzicht (2,67%) ten opzichte van de resultaten van de premeting.

Er wordt wel een significante, desondanks geen generaliseerbare, toename vastgesteld voor de gemiddelde score van de globale kritische zelfreflectie. Dit betreft een toename van 5,6%, een positieve evolutie. De toename is matig significant voor deze kleine steekproef. Er wordt een tendens vastgesteld.

Ten opzichte van de resultaten van de premeting is de positieve evolutie binnen de totaalscores voor het onderdeel globale kritische zelfreflectie voor de mannelijke respondenten (n = 6) met + 8% beduidend hoger dan de vrouwelijke respondenten (n = 6) met een stijging van slechts 5%.

Ook bij de respondenten ouder dan 30 jaar (n = 6) en de respondenten met meer dan 10 jaar werkervaring (n = 4) is er een stijging van respectievelijk 10,8% en 12%, dit ten opzichte van de stijging bij de respondenten jonger dan 30 jaar (n = 6) met een stijging van 2% en de respondenten met minder dan 10 jaar werkervaring (n = 8) met een stijging van 3,75%. Dit waren echter de drie categorieën binnen de steekproef die een beduidend lagere score behaalden bij de premeting. Dit kan mogelijks verklaard worden door een hoge mate van leerbaarheid bij respondenten van het mannelijk geslacht, ouder dan 30 jaar en met meer dan 10 jaar werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg.

Er kan gesuggereerd worden dat er een stijgende tendens is. Deze tendens kan de nulhypothese voor deze specifieke steekproef, de sociotherapeuten van deze afdeling, bevestigen. Op deze afdeling kan de toepassing van zelfreflectie bijdragen tot de ontwikkeling van zelfinzicht, de toename van globale kritische zelfreflectie en de optimalisering van het engagement om aan zelfreflectie te doen. Deze hypothese kan niet officieel bevestigd worden gezien de p-waarde niet opgenomen werd in deze bachelorproef en de steekproef te kleinschalig is om een uitspraak te doen over de gehele populatie.

21.1.3 Kritische bedenkingen

De geringe toename van de gemiddelde score voor globale kritische zelfreflectie kan enerzijds te wijten zijn aan de reeds hoge gemiddelde scores bij de premeting, anderzijds kan dit te wijten zijn aan de beperktheid van de toepassing van interventies gedurende de interventieperiode.

Tijdens de interventieperiode waren er een 25-tal reflectiesessies, ongeveer 1 reflectiesessie per 2 dagen of per 4 shiften. Zoals eerder vermeld is het concrete aantal uitgevoerde sessies moeilijk te achterhalen gezien deze niet altijd werden gerapporteerd aan de onderzoeker en vaak mondeling van aard waren. Desondanks is dit aantal gering, gezien er zich dagelijks situaties voordoen die als onderwerp voor zelfreflectie kunnen dienen. Dit kan mogelijks te wijten zijn aan tijdsgebrek zoals beschreven in de literatuur (Elvira et al., 2016 en Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016).

De hiaten binnen de theoretische aspecten van zelfreflectie werden reeds aangepakt binnen dit onderzoek, er werd gekozen voor een specifieke definitie, doelstellingen en een methodiek (Carr & Johnson, 2013 en Koole et al., 2011). Ook de wijze van zelfreflectie werd vastgelegd en de keuze voor een combinatie van mondelinge en schriftelijke zelfreflectie werd gemaakt (Burton, 2000). Er is verder onderzoek noodzakelijk om na te gaan of het theoretisch concept duidelijk en voldoende hanteerbaar is voor elke respondent.

Zoals beschreven in de literatuurstudie werden tijdens dit onderzoek gelijkaardige potentiële pijnpunten in de praktijk geconstateerd. Dit betreft het tijdsgebrek om aan zelfreflectie te doen (Elvira et al., 2016 en Vellinga & Van Melle-Baaijens, 2016). Gebrek aan kennis en inzicht (Koole et al., 2011) kan gelinkt worden aan het feit dat de respondenten ouder dan 30 jaar gemiddeld lager scoorden voor de globale kritische zelfreflectie. Dit kan verklaard worden vanuit de aard van de opleiding, waarbij 10 tot 20 jaar geleden minder nadruk gelegd werd op zelfreflectie als competentie van een verpleegkundige. Dit kan duiden op de nood aan vorming en herhaling van de uitvoering van zelfreflectie binnen de professionele praktijk (Kanthan & Senger, 2011), beschreven als faciliterende factor in de literatuurstudie.

Ook motivatie kan een mogelijk verbeterpunt zijn. Dit hangt mogelijk samen met de nood aan inzicht in het doel van zelfreflectie binnen de context (Koole et al., 2011). De afweging tussen voordelen en nadelen om hierin tijd te investeren kan een mogelijk punt zijn van twijfel om aan zelfreflectie te doen. Ook wordt top-down appreciatie in de literatuur omschreven als faciliterend en motiverend (Kanthan & Senger, 2011).

De geringe mate van reflectiesessies kan mogelijk hierdoor verklaard worden, dit gezien het vrijblijvende karakter van de uitvoering ervan. Ook hierbij is er nood aan verder onderzoek aangaande de belemmerende factoren in de toepassing van zelfreflectie op deze afdeling.

21.2 Bias

De resultaten voor dit onderzoek zijn niet generaliseerbaar gezien de steekproef geen dwarsdoorsnede is van de bevolking, meer bepaald van verpleegkundigen of sociotherapeuten in het algemeen. Dit houdt in dat uit deze studie geen algemene conclusies kunnen getrokken worden. Op microniveau kan deze kleine evolutie op vlak van zelfreflectie wel leiden tot een aantal besluiten. Dit houdt in dat regelmatige toepassing van zelfreflectie mogelijk een toename kan veroorzaken op vlak van het engagement om aan zelfreflectie te doen, zelfinzicht en globale kritische zelfreflectie. Er zijn echter een aantal beïnvloeden factoren of mogelijke vertekeningen, die in rekening dienen gebracht te worden om dergelijke conclusies te trekken.

Vooreerst bepaalde de keuze voor het gevalideerde maar vrij vertaalde meetinstrument het optreden van instrumentbias. Dit gezien concrete verwoordingen anders vertaald of geïnterpreteerd werden. Het gebruik van dergelijk instrument heeft invloed op de resultaten.

Ook het feit dat dit meetinstrument peilt naar de eigen eigenschappen en acties om aan zelfreflectie te doen, kan zorgen voor vertekening. Dit omwille van het gegeven dat deze elementen binnen de geestelijke gezondheidszorg en het competentieprofiel van verpleegkundigen omschreven worden als een noodzakelijke competentie. Dit houdt in dat respondenten kunnen antwoorden volgens de verwachtingen binnen de werkcontext. Er dient rekening houden te worden met de mogelijkheid dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven, social desirability bias. Dit kan verklaren waarom de resultaten uit de premeting dermate hoog waren. Overigens kan dit verklaard worden door het feit dat respondenten de neiging hebben om akkoord te gaan met alle stellingen. Wanneer respondenten vragen niet begrijpen, kunnen zij bijgevolg elke stelling positief beantwoorden. Dit wordt omschreven als acquiescence bias.

Ten slotte was het van belang als onderzoeker te allen tijde een neutrale houding te bewaren. Gezien de keuze voor het onderwerp voor dit onderzoek vanuit eigen interesse is het aangewezen rekening te houden met confirmation of expectation bias. Dit houdt in dat de focus werd gelegd op de louter wetenschappelijk vastgestelde elementen en alertheid aangewend werd bij de neiging om onderzoeken voor waar aan te nemen, die eigen opvattingen bevestigen.

22 Actieplan

De PDCA-cyclus van Deming wordt gehanteerd om het actieplan als systematisch en cyclisch proces weer te geven (Rubrech & De Lange, 2010). Deze cyclus is gefaseerd en omvat vier fasen die in volgorde doorlopen worden, namelijk de plan-, do-, check- en act-fase. Hierbij wordt de laatste fase gevolgd door de eerste fase, enzovoort. Tijdens dit onderzoek werd de PDCA-cyclus reeds eenmaal doorlopen. Vooreerst werd de huidige situatie met verbeterpunten geïnventariseerd via de literatuurstudie en voormeting, er werd een interventie gepland met gepaste doelstellingen, via de nameting werd nagegaan welke aanpassingen noodzakelijk waren en om de bestaande wijzigingen te actualiseren werden nieuwe verbeterpunten geïnventariseerd. Deze acties leiden tot het doorlopen van een volgende cyclus van het actieplan.

22.1 Plan

Uit dit onderzoek bleek dat de implementatie van zelfreflectie door sociotherapeuten in de professionele praktijk, zoals beschreven in de literatuurstudie, enkele faciliterende acties vereist. Uit het onderzoek bleek dat er slechts een geringe stijging is van het engagement om aan zelfreflectie te doen, de nood aan zelfreflectie, zelfinzicht en globale kritische zelfreflectie na een interventieperiode met vrijblijvende uitvoering van zelfreflectiesessies. Het beperkte aantal uitgevoerde interventies van zelfreflectie kon mogelijks te wijten zijn aan enkele belemmerende factoren. Concreet worden drie verbeterpunten vastgesteld.

Verbeterpunten

Dit betreft het gebrek aan tijd om aan zelfreflectie te doen (Elvira et al.,2016 en Vellinga & Van Melle-Baajens,2016).

Evenzo kon een tekort aan kennis en inzicht met betrekking tot zelfreflectie als verbeterpunt vastgesteld worden (Koole et al.,2011). Hierbij kan ingezet worden op de kennisverwerving en vorming van verpleegkundigen en sociotherapeuten, specifiek gericht op de generatie ouder dan 30 jaar. Uit dit onderzoek blijkt een hoge mate van leerbaarheid bij deze doelgroep. Bij alle respondenten werd bovendien een gemiddelde stijging van 5% vastgesteld. Dit element kadert binnen de trend van levenslang leren (Kool et al, 2011).

Vervolgens werd motivatie vanuit wetenschappelijke literatuur aangevoerd als faciliterende factor (Koole et al, 2011). Hierbij is er nood aan inzicht in het doel van zelfreflectie binnen de huidige werkcontext. Bovendien dient er gestreefd te worden naar appreciatie vanuit het management om regelmatige toepassing van zelfreflectie te implementeren (Kanthan & Senger, 2011). Dit kan mogelijks ook input geven voor intervisie en zo bijdragen tot het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg (Engerer et al., 2016). De factor motivatie speelt een belangrijke rol bij de implementatie van zelfreflectiesessies met vrijblijvend karakter (Gummesson & Nordmark,2012). Deze lijkt wel deels aanwezig te zijn, gezien de relatief hoge score voor het onderdeel engagement om aan zelfreflectie te doen.

Doelstellingen

Concreet wordt gestreefd naar een verhoogd niveau van de globale kritische zelfreflectie met 5 tot 10%, objectiveerbaar en meetbaar via de vertaalde meetschaal met betrekking tot zelfreflectie en -inzicht bij alle sociotherapeuten-verpleegkundigen na 6 maanden.

Ook wordt gestreefd naar een verhoging van het aantal uitgevoerde reflectiesessies door sociotherapeuten-verpleegkundigen, mondeling en/of schriftelijk, tot gemiddeld 1 reflectie per dag na 6 maanden. Dit kan door dagelijkse zelfreflectie mogelijk te maken en op te nemen als verpleegkundige taak binnen de uitvoering van zorg tijdens de shift. Enkele onderliggende doelstellingen hierbij worden geformuleerd. Er is minimaal 15 minuten tijd per shift voorzien om aan zelfreflectie te doen gedurende de komende 6 maanden met mogelijks verlenging van deze duurtijd en termijn. De specifieke verbetermaatregel houdt in dat er twee reflectiemomenten worden voorzien, één reflectiemoment per shift. Concreet kan dit aan het einde van de vroegdienst tussen 13u45 en 14u00 en in de laatdienst tussen 21u30 en 21u45, voorafgaand aan het overdrachtsmoment. Ook beschikken de sociotherapeuten-verpleegkundigen over voldoende kennis en vaardigheden om zelfstandig zelfreflectiesessies herhaaldelijk uit te voeren na 1 jaar.

Er dienen workshops of info-sessies georganiseerd worden waarbij toelichting gegeven wordt over de te hanteren methodiek en geoefend wordt in het maken van zelfreflectiesessies.

Ten slotte krijgen sociotherapeuten-verpleegkundigen minimaal 1 maal per jaar feedback van de hoofdverpleegkundige en collega's over hun deelname en initiatief met betrekking tot zelfreflectie. Dit kan praktisch georganiseerd worden binnen de jaarlijkse functioneringsgesprekken.

Kosten en baten

Om deze acties te implementeren moet stilgestaan worden bij de kosten en baten. Enerzijds is het financiële aspect een onderdeel van de kosten. De kosten voor de schriftelijke uitvoering houdt de aankoop in van balpennen, printpapier en inktpatronen. Het organiseren van workshops met betrekking tot zelfreflectie houdt ook kosten in, dit kan echter wel gedrukt worden wanneer een medewerker binnen de instelling deze workshops kan geven. Zo kan bijvoorbeeld een referentiepersoon aangesteld worden binnen de afdeling. Naast deze praktische kosten zijn er ook loonkosten, wanneer medewerkers een workshop volgen en tijd spenderen aan het reflecteren kost dit geld. Ook vraagt dit energie en inzet van sociotherapeuten-verpleegkundigen om het initiatief te nemen om aan zelfreflectie te doen. Naast geld en energie, wordt ook geïnvesteerd onder de vorm van tijd. Enerzijds tijd om tijdens de vaste werkuren te reflecteren of een workshop te volgen, anderzijds tijd van de hoofdverpleegkundige om 1 maal per jaar feedback te geven aan de medewerkers.

22.2 Do

Verandering brengt weerstand met zich mee. Desondanks de reflectiesessie niet verplichtend van karakter zijn, zoals aanbevolen vanuit de wetenschappelijke literatuur (Gummesson & Nordmark,2012). Dit zou volgens de literatuur zorgen voor een daling van de weerstand.

Wijze van implementatie

De implementatie van de verbetermaatregelen is gefaseerd. Er werd via dit onderzoek een aanzet gedaan tot zelfreflectie, dit betrof een eerste kennismaking. Vervolgens kan in de eerste fase ingezet worden op het verwezenlijken van een vast reflectiemoment van 15 minuten per shift. Nadien kan dit uitgebouwd worden naar een langere duurtijd. In de tweede fase ligt de focus op kennisverwerving en ontwikkeling van vaardigheden, hierbij worden workshops en een infosessie op afdelingsniveau georganiseerd. In verdere fasen kunnen vastgestelde verbeterpunten of aanpassingen doorgevoerd worden. Deze gefaseerde aanpak draagt bij tot het creëren van een draagvlak opdat er tijd zou zijn voor gewinning.

Ten opzichte van de gehele instelling kan dit actieplan op de afdeling voor intensieve psychiatrische zorg fungeren als pilootproject. Deze nieuwe maatregelen kunnen gedurende 1 jaar uitgeprobeerd worden en na optimalisatie door het vast stellen van verbeterpunten kan dit ook geïmplementeerd worden op andere afdelingen binnen de organisatie. Dit biedt het voordeel dat er geen drastische gevolgen zijn op organisatieniveau en kleinschalige bijsturing mogelijk is.

Weerstandsanalyse en draagvlak creëren

Ook dient er een draagvlak gecreëerd te worden op basis van een bottom-up benadering met ondersteuning top-down (Lew & Schmidt, 2011). Er kan een draagvlak gecreëerd te worden door middel van een specifiek communicatieplan. Concreet houdt dit in dat er een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden is. Er dient één centraal aanspreekpunt te zijn, een medewerker die het proces van implementatie bewaakt. Hierbij dient deze medewerker het bereiken van de doelstellingen te observeren en adequaat opvolgen op basis van een concreet actieplan. Ook fungeert deze persoon als een bereikbaar figuur voor vragen en bedenkingen. De financiële en ondersteunende aspecten om zelfreflectiesessies te implementeren kan formeel en top-down door de stafmedewerker zorg en beleid. De opvolging van de toepassing in het werkveld en het geven van feedback kan opgevolgd worden door de hoofdverpleegkundige.

Informeel kan dit centraal aanspreekpunt een sociotherapeut-verpleegkundige zijn die fungeert als referentiepersoon, waarbij deze persoon bottom-up feedback geeft over de haalbaarheid van deze interventie. Overigens dient deze referentiepersoon op de hoogte te zijn van mogelijke pijnpunten bij de implementatie.

Proactief handelen

Er dienen proactief hiaten in de praktische toepassing binnen de verpleegkundige praktijk vast gesteld worden. Ten slotte dient zowel formeel als informeel aandacht besteed worden aan het terugkoppelen van successen, zoals het benoemen van de toename van de mate van globale kritische zelfreflectie. Inzet en initiatiefname van sociotherapeuten-verpleegkundigen dienen benoemd en positief bekrachtigd te worden. De voortgang dient bewaakt te worden, niet enkel op de momenten waarbij resultaten gemeten worden maar ook tussentijds is het aangewezen medewerkers te ondersteunen binnen het verbeteringsproces. Dit kan geïnstalleerd worden door de hoofdverpleegkundige door het bevragen van het verloop van de sessies als agendapunt op te nemen tijdens de tweewekelijkse teamvergadering.

22.3 Check

Gedurende de eerste interventieperiode van 6 maanden zal de referentiepersoon de haalbaarheid van het inplannen van 15 minuten per shift om aan zelfreflectie te doen, opvolgen. Hierbij zullen sociotherapeuten-verpleegkundigen informeel bevraagd worden over de mogelijke belemmerende factoren. Dit naast de ondersteunde actie door de hoofdverpleegkundige in het tweewekelijks bevragen van het verloop van de sessies. Deze ondersteuning kan bijdragen tot het borgen van deze verbetermaatregelen.

Er dient 6 maanden na de invoering van verbetermaatregelen nagegaan te worden of doelstellingen al dan niet bereikt zijn. Concreet zal de referentiepersoon een meting organiseren aan de hand van vragenlijst op basis van de vertaalde meetschaal om na te gaan of de verhoging van de globale kritische zelfreflectie bereikt is. Ook zal de referentiepersoon een inventarisatielijst ontwikkelen waarbij het aantal reflectiesessies per shift of per dag worden geregistreerd. Na 6 maanden zal nagegaan worden of het gemiddelde van de uitvoering van 1 reflectiesessie per dag bereikt is.

Indien doelstellingen niet bereikt zijn, kan enerzijds formeel via vragenlijsten met open vragen nagegaan worden wat de specifieke belemmerende factoren zijn om aan zelfreflectie te doen, anderzijds kan dit informeel door de referentiepersoon via een open dialoog. Dit draagt bij tot het herevalueren van de verbetermaatregelen en het bijstellen ervan.

Na 1 jaar kan er mogelijks bij de opstart van e-learningmodules in functie van het proces van accreditatie nagegaan worden of de sociotherapeuten-verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om aan zelfreflectie te doen. Indien dit digitaal niet mogelijk is, kan dit via een vragenlijst op papier. Bij deze vragenlijst dient ook nagegaan te worden of elke sociotherapeut minimaal 1 maal feedback ontvangen heeft van de hoofdverpleegkundige met betrekking tot het eigen reflectief vermogen en de geleverde inspanningen.

22.4 Act

Ondersteuning

Ten slotte is het aangewezen tijdens het verbeteringsproces voldoende momenten te voorzien waarbij de sociotherapeuten-verpleegkundigen de kans hebben om ondersteund te worden. Dit kan via formele momenten tweemaal per maand tijdens de teamvergadering, zoals eerder vermeld. Hierbij dient een forum gecreëerd te worden waarbij sociotherapeuten-verpleegkundigen openlijk verbeterpunten en geleverde successen kunnen bespreken.

Idealiter kan dit een vast punt op de agenda worden tijdens teamvergadering. Op deze manier kunnen de verbetermaatregelen tijdig bijgestuurd worden. De open dialoog en het ondersteunend karakter zorgen voor een verlaging van de weerstand en verhogen de kans op borging. Borging houdt in dat er verankering ontstaat, de toepassing van zelfreflectie geraakt ingebakken in de afdelingswerking en voelt vertrouwd aan voor de sociotherapeuten. Door deze borging worden standaarddoelen bereikt en wordt de kwaliteit van de zorg naar een hoger level gebracht, met het bereikte doel als behaalde norm tot op dat moment.

Continuïteit

Het continue proces houdt ook in dat verbeterpunten opnieuw aangepakt kunnen worden en de evolutie van zelfreflectie tweemaal per jaar kan gemeten worden door middel van het gebruikte meetinstrument. Dit mag echter niet aanvoelen als controle en wordt best horizontaal en/of bottom-up aangepakt door de referentiepersoon. Deze controle mag niet als test aanvoelen, namelijk niet gelinkt aan de gedachte om te presteren. Het is echter wel van belang positieve ontwikkelingen en de geleverde inzet te benoemen en te bekrachtigen.

Borging

In functie van de verankering binnen de organisatie kan na 1 jaar bij aanhoudende positieve tendens dit pilootproject uitgebreid worden naar andere afdelingen. De verbetermaatregelen zijn dan reeds geëvalueerd en verbeterpunten aangepakt.

Multidisciplinaire aanpak

Ook het betrekken van andere disciplines kan bijdragen tot het optimaliseren van deze verbetermaatregelen, dit omdat elke input relevant kan zijn. Ten slotte is kwaliteit van zorg een gedeelde verantwoordelijkheid en vereist dit een multidisciplinaire benadering.

23 Conclusie

Vanuit een wetenschappelijk onderbouwde literatuurstudie werden richtlijnen voor de toepassing van zelfreflectie vastgesteld en geïmplementeerd binnen de werking van sociotherapeuten-verpleegkundigen. Uit kwantitatief onderzoek volgde dat bij deze steekproef regelmatige toepassing van zelfreflectie in de praktijk een stijgende tendens teweegbrengt voor de ontwikkeling van de vaardigheid zelfreflectie- en inzicht van sociotherapeuten-verpleegkundigen op deze psychiatrische zorgafdeling. Deze resultaten zijn niet generaliseerbaar, gezien de kleine steekproef die geen representatie is van de totale populatie. Dit onderzoek focuste zich voornamelijk op het beïnvloeden van de vaardigheid globale kritische zelfreflectie bij verpleegkundigen, dit is slechts één aspect waarop zelfreflectie invloed kan hebben. De vastgestelde verbeterpunten worden geïmplementeerd rekening houdend met de kosten en baten. De implementatie vereiste een multidisciplinaire aanpak.

Verder onderzoek wordt aanbevolen aangaande de specifieke belemmerende factoren bij de pragmatische toepassing van zelfreflectie op deze afdeling. Ook onderzoek naar de behoeften en verwachtingen van verpleegkundigen ten aanzien van een zelfreflectiemethodiek is aangewezen. Deze studies kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van specifieke richtlijnen, rekening houdend met wetenschappelijke evidentie en professionele expertise, voor de implementatie van zelfreflectie in het werkveld van verpleegkundigen. Op deze manier kan nagegaan worden in welke mate zelfreflectie in de praktijk bijdraagt tot levenslang leren en de zin of onzin van zelfontwikkeling binnen het competentieprofiel van verpleegkundigen onderzocht worden.

In afwachting van verder onderzoek kunnen de verbetermaatregelen mogelijks bijdragen tot het consolideren of optimaliseren van het bereikte niveau van ontwikkeling van globale kritische zelfreflectie op deze afdeling.

Bijlagen

Bijlage 1: De vragenlijst

Bijlage 2: De vertaalde zelfreflectie en -inzichtschaal

Bijlage 3: De oorspronkelijke Self-Reflection and Insight Scale

Bijlage 4: Informed consent

Bijlage 5: Hand-outs presentatie voorbereidingsfase

Bijlage 6: Werkdocument

Bijlage 1
De vragenlijst

Vragenlijst

U bent

- Man
- Vrouw

Uw opleiding is

- Zorgkundige
- Orthopedagoog of opvoeder
- Verpleegkundige
- Andere

Uw leeftijd is jaar

Uw aantal jaren werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg is jaar

De geboortedatum van mijn moeder is/...../.....

Stellingen

De volgende stellingen hebben betrekking tot zelfreflectie en zelfinzicht. Er zijn 5 antwoordmogelijkheden: helemaal oneens, oneens, niet eens/niet oneens, eens of helemaal eens. U stipt het bolletje met het voor u toepasselijke antwoord aan.

1. Ik analyseer niet vaak mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Ik ben niet echt geïnteresseerd in het analyseren van mijn handelen

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Ik ben me meestal bewust van mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ik ben vaak onzeker over de wijze waarop ik mij voel in bepaalde situaties

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Het is voor mij belangrijk om de dingen die ik doe te evalueren

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Ik heb meestal een zeer duidelijk idee over de reden waarom ik op een bepaalde manier handel

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Ik ben erg geïnteresseerd in het onderzoeken van mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Ik besteed zelden tijd aan zelfreflectie

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Ik ben mij vaak bewust van wat ik voel, maar ik weet hier vaak geen betekenis aan te geven

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Ik ga regelmatig mijn gevoelens na

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Mijn handelen houdt mij vaak bezig

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Het is belangrijk voor mij om te proberen begrijpen wat mijn gevoelens betekenen

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Ik denk niet vaak aan de reden waarom ik op een bepaalde manier handel

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Stilstaan bij mijn gedachten maakt mij verward

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Ik heb een uitgesproken nood om te begrijpen hoe mijn denkpatroon in elkaar zit

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Ik neem regelmatig de tijd om te reflecteren over mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Ik vind het vaak moeilijk om de betekenis van wat ik voel in te zien

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Het is belangrijk voor mij te begrijpen van waaruit mijn gedachten ontstaan

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Ik denk vaak na over de manier waarop ik mij bij bepaalde dingen voel

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Ik weet meestal waarom ik bepaalde gevoelens ervaar

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bijlage 2

De vertaalde zelfreflectie en -inzicht schaal

1. Ik analyseer niet vaak mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Ik ben niet echt geïnteresseerd in het analyseren van mijn handelen

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Ik ben me meestal bewust van mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ik ben vaak onzeker over de wijze waarop ik mij voel in bepaalde situaties

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Het is voor mij belangrijk om de dingen die ik doe te evalueren

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Ik heb meestal een zeer duidelijk idee over de reden waarom ik op een bepaalde manier handel

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Ik ben erg geïnteresseerd in het onderzoeken van mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Ik besteed zelden tijd aan zelfreflectie

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Ik ben mij vaak bewust van wat ik voel, maar ik weet hier vaak geen betekenis aan te geven

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Ik ga regelmatig mijn gevoelens na

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Mijn handelen houdt mij vaak bezig

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Het is belangrijk voor mij om te proberen begrijpen wat mijn gevoelens betekenen

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Ik denk niet vaak aan de reden waarom ik op een bepaalde manier handel

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Stilstaan bij mijn gedachten maakt mij verward

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Ik heb een uitgesproken nood om te begrijpen hoe mijn denkpatroon in elkaar zit

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Ik neem regelmatig de tijd om te reflecteren over mijn gedachtegang

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Ik vind het vaak moeilijk om de betekenis van wat ik voel in te zien

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Het is belangrijk voor mij te begrijpen van waaruit mijn gedachten ontstaan

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Ik denk vaak na over de manier waarop ik mij bij bepaalde dingen voel

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Ik weet meestal waarom ik bepaalde gevoelens ervaar

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens / Niet oneens	Eens	Helemaal eens
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bijlage 3

De oorspronkelijke Self-Reflection and Insight Scale

Appendix 1: The Self reflection and insight scale (SRIS)

Self reflection and insight questionnaire: subjects respond on a likert scale as follows: "Strongly agree, agree, neutral, disagree, strongly disagree"	
1	I don't often think about my thoughts ¹
2	I am not really interested in analyzing my behaviour ²
3	I am usually aware of my thoughts ³
4	I am often confused about the way that I really feel about things ³
5	It is important for me to evaluate the things that I do ²
6	I usually have a very clear idea about why I have behaved in a certain way ³
7	I am very interested in examining what I think about ⁴
8	I rarely spend time in self reflection ¹
9	I'm often aware that I am having a feeling, but I often don't quite know what it is ³
10	I frequently examine my feelings ¹
11	My behaviour often puzzles me ³
12	It is important to me to try to understand what my feelings mean ²
13	I don't really think about why I behave in the way that I do ¹
14	Thinking about my thoughts make me more confused ³
15	I have a definite need to understand the way my mind works ⁴
16	I frequently take time to reflect on my thoughts ¹
17	Often I find it difficult to make sense of the way I feel about things ³
18	It is important to me to be able to understand how my thoughts arise ²
19	I often think about the way I feel about things ¹
20	I usually know why I feel the way I do ³

Items 1,2,4,8,11,13,14 and 17 are reversed.

1. Component a) Engaging in self-reflection

2. Component b) Need for self-reflection

3. Component c) Insight

Bijlage 4
Informed Consent

Informed Consent

Beste,

Ik ben Feline Brantegem, studente in de opleiding Bachelor in de Verpleegkunde via een verkort traject aan de Hogeschool West-Vlaanderen te Brugge. In het kader van mijn bachelorproef doe ik onderzoek naar de mate van toepassing van zelfreflectie binnen een intensieve psychiatrische zorgafdeling. Er wordt gepeild naar de evolutie van de competentie tot zelfreflectie bij sociotherapeuten.

De antwoorden van de vragenlijst worden anoniem verzameld en kunnen gedeponereerd worden in de voorziene bus. Deelname aan dit onderzoek is vrijblijvend en tijdens het proces kan deelname op eigen initiatief steeds stopgezet worden. Graag wil ik u vragen deze informed consent in te vullen en aan mij terug te bezorgen, dit kan in mijn persoonlijk postvak. Indien u nog vragen heeft kan u me persoonlijk aanspreken of mij mailen op het volgende adres feline.brantegem@howest.be. Het invullen van de vragenlijst duurt maximaal 10 minuten. De informatie wordt verzameld en na 2 maanden wordt opnieuw dezelfde vragenlijst afgenomen. In functie van de vergelijking van deze twee afnames wordt de vraag gesteld de geboortedatum van uw moeder te noteren, dit zodat de anonimiteit gegarandeerd blijft maar gegevens op de twee verschillende tijdstippen wel vergeleken kunnen worden.

Aan de hand van deze brief, wil ik graag uw toestemming vragen om deel te nemen aan dit onderzoek, dit door middel van het invullen van de vragenlijst.

Ik, ondergetekende,....., verklaar hierbij dat ik, deelneem aan dit onderzoek binnen het kader van een bachelorproef. Ik verklaar me hierbij akkoord met volgende stellingen:

- **Ik heb uitleg gekregen over de aard van het onderzoek en de bovenstaande informatie werd door mij gelezen. Ook kreeg ik hierover voldoende mondelinge toelichting van de onderzoekster.**
- **Ik neem totaal vrijblijvend deel aan dit onderzoek.**
- **Ik heb de mogelijkheid informatie te vragen indien ik dat wens.**
- **Ik geef toestemming om de resultaten van de vragenlijst op een vertrouwelijke en anonieme wijze te verwerken en rapporteren**
- **Ik ben op de hoogte van het feit dat ik de deelname aan het onderzoek op elk moment kan stopzetten.**

Voor akkoord,

Handtekening deelnemer

.....

Gelezen en goedgekeurd op(datum).

Bijlage 5

Hand-outs presentatie voorbereidingsfase



**ZELFREFLECTIE:
VOLG JE DE ONTWIKKELINGEN OF
ONTWIKKEL JE JEZELF?**

Bachelorproof
Brantegom Foline
Student Howest Brugge
Bachelor verpleegkunde

WAT BETEKENT ZELFREFLECTIE VOOR JULLIE?



Zelf
50it

WAT IS HAAR SCHULD?
AHUM?

ZELFREFLECTIE

DOELSTELLING BACHELORPROEF

- In kaart brengen van richtlijnen en hiaten
- Theoretische methodiek
- Pragmatische toepassing
- Effect van regelmatige toepassing van zelfreflectie op de competentie zelfinzicht



WEERSTAND: ' ALS IK WIL REFLECTEREN DRAAG IK WEL EEN FLUOHESJE'

- Ervaringen



DEFINITIE ZELFREFLECTIE

- Intellectuele en affectieve activiteiten
- Om eigen ervaringen en kennisverwerving te ontdekken
- Nieuwe inzichten en bewustzijn te verkrijgen
- Verbinden van theorie met praktijk
- Ondersteunend bij stressvolle situaties
- Methodiek in functie van sociaalemotionele coping
- Essentieel instrument voor het competent professioneel functioneren
- In functie van de continu veranderde gezondheidszorg



DOELSTELLINGEN ZELFREFLECTIE

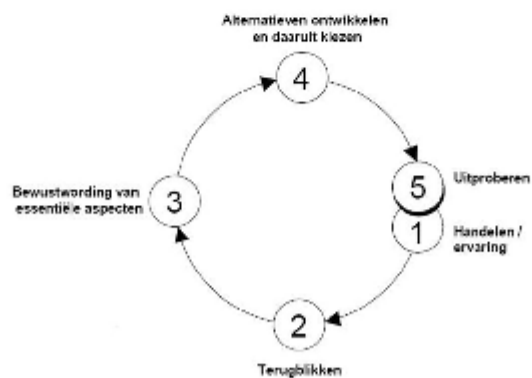
- Verwerven van zelfinzicht
- Verwerven van inzicht in het professioneel handelen
- Ontwikkeling van metacognitie
- 'Sharing': tot uiting brengen van de emotionele belasting
- Preventie burn-out
- Continuïteit van de zorg door zelfreflectie in interactie
- Levenslang leren



ONDERWERPEN VOOR ZELFREFLECTIE

- Stressvolle situatie
- Crisissituatie
- Complexe verpleegkundige handeling
- Interventies met betrekking tot het groepsfunctioneren
- Organisatie van de zorg
- Ervaring in het opnemen van coördinatorschap
- Handelingen waarvoor geen procedure is
- ...

METHODIEK: CYCLUS VAN KORTHAGEN



DOELGROEP

- Alle sociotherapeuten
- Overdag te werk gesteld

VERLOOP

1. **Nulmeting:** mate van zelfreflectie en -inzicht vaststellen aan de hand van een enquête en meetinstrument
2. **Focusgroepen:** schriftelijke reflectie maken + mondelinge bespreking in groep
3. **Effectmeting:** mate van zelfreflectie en –inzicht vaststellen aan de hand van een enquête en meetinstrument na de toepassing van zelfreflectie

PLANNING

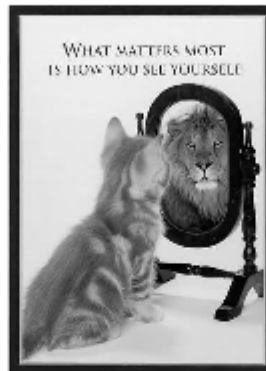
- Eind februari: nulmeting
- Begin maart: aanvang focusgroepen
- Begin april: effectmeting
- Half april: dataverzameling



VRAGEN



BEDANKT VOOR JULLIE AANDACHT



Carr, S.E. & Johnson, P.H. (2013). Does self reflection and insight correlate with academic performance in medical students? *BMC Medical Education*.

Germain, A., Nolan, K., Doyle, R., Mason, S., Gambles, M., Chen, H., et al. (2016). The use of reflective diaries in end of life training programmes: a study exploring the impact of self-reflection on the participants in a volunteer training programme. *BMC palliative care*.

Hegge, H., Slaets, J. & Cohen-Schotanus, J. (2012). Longitudinal training and assessing consultation competence, a role for self reflection on performance.

Kanthan, R. & Senger, B.J. (2011). An appraisal of students' awareness of "self-reflection" in a first-year pathology course of undergraduate medical/dental education. *BMC medical education*.

Kerasidou, A. & Horn, R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*.

Koole, S., Dorman, T., Aper, L., Scherpier, A., Valcke, M., Cohen-Schotanus, J., Derese, A., (2011).

Factors confounding the assessment of reflection: a critical review. *BMC medical education*.

Korthagen, F. & Vasalos, A. (2005). Levels in reflection: core reflection as a means to enhance professional growth. *Teachers and teaching: theory and practice*, 11 (1), 47-71.

Korthagen, F. & Vasalos, A. (2010). Going to the core: deeping reflection by connection the person tot het profession. Amsterdam: Amsterdam & Institute for Multi-level learning.

Bijlage 6
Werkdocument

Zelfreflectie: werkdocument

Fase 1: beschrijf de ervaring/situatie waarop je de reflectie zal toepassen.

Wat was de concrete situatie?

.....

Wat was mijn taak binnen deze situatie?

.....

Welke concrete acties heb ik in deze situatie ondernomen?

.....

Wat was het resultaat van deze acties?

.....

Fase 2: terugblikken: wat gebeurde er concreet?

Wat zag ik?

.....

Wat deed ik?

.....

.....

Wat dacht ik?

.....

Wat voelde ik?

.....

.....

Fase 3: bewustwording van essentiële aspecten

Wat betekent dat nu voor mij?

.....

.....

Wat is het probleem (of de positieve ontdekking)?

.....

.....

Wat heeft dat allemaal veroorzaakt? Waar heeft het mee te maken?

.....

Fase 4: alternatieven

Welke alternatieven zie ik (oplossingen of manieren om gebruik te maken van mijn ontdekking)?

.....

Fase 5: uitproberen

Wat wil ik bereiken? Waar wil ik op letten?

.....

Referentielijst

- Achterhof, A.S.M. (2014). *De relatie tussen zelfreflectie en stress [Scriptie]*. Open universiteit: Gezondheidspsychologie.
- Aukes, L.C. (2008). *Personal reflection in medical education*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Groningen: University Medical Center.
- Beresin, E.V., Balon, R., Coverdale, J.H., Louie, A.K., Kim, J.P. & Roberts, L.W. (2015). *Caring for patients take time: dr. Peabody says no!*. USA: Academic Psychiatry.
- Broeders van Liefde, (2012). Systematisch reflecteren over zorg: 'evidence-based practice' op basis van kennis, beleving en waarden. *Begeleidingscommissie Ethiek: geestelijke gezondheidszorg Broeders van Liefde*.
- Burton, A.J. (2000). Reflection: nursing's practice and education panacea? *Journal of advanced nursing*, 31, 1009-1017.
- Carr, S.E. & Johnson, P.H. (2013). *Does self reflection and insight correlate with academic performance in medical students?* BMC Medical Education.
- Delany, C. & Watkin, D. (2009). A study of critical reflection in health professional education: 'learning where others are coming from'. *Advances in health sciences education*, 14, 411-429.
- Elliot, I. & Coker, S. (2008) Independent self-construal, self-reflection and self-rumination: a path model for predicting happiness. *Australian Journal of Psychology*, volume 60 (3), 127-134.
- Elvira, Q., Beausaert, S., Segers, M., Imants, J. & Dankbaar, B. (2016). *Development and validation of a supportive learning environment for expertise development questionnaire (SLEED-Q)*.
- Engerer, C., Berberat, O.P., Dinkel, A., Rudolph, B., Sattel, H. & Wuensch, A. (2016). *Integrating 360° behavior-orientated feedback in communication skills training for medical undergraduates: concept, acceptance and students' self-ratings of communication competence*. BMC medical education.
- Fidelindo, A. & Timothy S. (2013) *Florence Nightingale: A pioneer of self-reflection*. Nursing. Doi: 10.1097/01.NURSE.0000428713.27120.d2
- Ganzer, C.A. & Zauderer, C. (2013). *Structured learning an self-reflection: strategies to decrease anxiety in the psychiatric mental health clinical nursing experience*. Nurse education perspectives.
- Germain, A., Nolan, K., Doyle, R., Mason, S., Gambles, M., Chen, H., et al. (2016). *The use of reflective diaries in end of life training programmes: a study exploring the impact of self-reflection on the participants in a volunteer training programme*. BMC palliative care.
- Grant, A.M., Franklin, J. & Langford, P. (2002). *The self-reflection and insight scale: a new measure of private self-consciousness*.
- Gummesson, C. & Nordmark, E. (2012). *Self-reflections in an online course – reflecting learning strategies?* Sweden: Department of health sciences and centre for teaching and learning, faculty of medicine, Lund university.
- Hegge, H., Slaets, J. & Cohen-Schotanus, J. (2012). *Longitudinal training and assessing consultation competence, a role for self reflection on performance*.

- Kanthan, R. & Senger, B.J. (2011). *An appraisal of students' awareness of "self-reflection" in a first-year pathology course of undergraduate medical/dental education*. BMC medical education.
- Kerasidou, A. & Horn, R. (2016). *Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care*. BMC Medical Ethics.
- Kolb, D.A., (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Care Western reverse University. Geraadpleegd via <http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf> op 22/01/2017.
- Koole, S., Dornan, T., Aper, L., Scherpbier, A., Valcke, M., Cohen-Schotanus, J., Derese, A., (2011). *Factors confounding the assessment of reflection: a critical review*. BMC medical education.
- Korthagen, F. & Vasalos, A. (2005). Levels in reflection: core reflection as a means to enhance professional growth. *Teachers and teaching: theory and practice*, 11 (1), 47-71.
- Korthagen, F. & Vasalos, A. (2010). *Going to the core: deeping reflection by connection the person tot het profession*. Amsterdam: Amsterdam & Institute for Multi-level learning.
- Kraal, W. & Van den Heuvel, S. (2009). *De STAR-methode*. Culemborg: Van Duuren.
- Kuijpers, M. & Meijers, F. (2009). *Studieloopbaanbegeleiding in het hbo: mogelijkheden en grenzen*. Den Haag: De Haagse Hogeschool, Lectoraten en onderzoek.
- Lanser, A. (2004). Interpretatie en integratie in supervisie. *Supervisie & Coaching*, 21, 106-118.
- Lederman, N.G. & Lederman, J.S. (2016) *Know thyself: is this possible?* USA: The association for science teacher education.
- Luken, T. (2010). Reflectie roept weerstand op en gaat velen boven de pet. *Handboek effectief opleiden*.
- Luken, T. (2011). Zin en onzin van reflectie. *Tijdschrift voor begeleidingskunde in Supervisie & Coaching*, jaargang 28 (nummer 4), 153-166.
- Lew, M. & Schmidt, H.G. (2011). *Self-reflection and academic performance: is there a relationship?*
- Lyke, J.A. (2009). *Insight, but not self-reflection, is related to subjective well-being*.
- Orbons, D. (2010) *Reflecteren bij opleidingen mbo verpleegkunde* [thesisverslag]. Utrecht: Universiteit Master in Onderwijskunde.
- Pelgrim, E., Kramer, A., Mokkink, H. & Van der Vleuten, C. (2012). *Quality of written narrative feedback and reflection in a modified mini-clinical evaluation exercise: an observational study*. BMC medical education.
- Roberts, C. & Stark, P. (2008) *Readiness for self-directed change in professional behaviours: factorial validation of the Self-reflection and Insight Scale*. Medical Education, jaargang 42, 1054-1063.
- Robrech, J & De Lange, S. (2010) *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Pearson education Benelux, 55-100.

- Shoo, A.M, Lawn, S., Rudnik, E. & Litt, J.C. (2015). *Teaching health science students foundation motivational interviewing skills: use of motivational interviewing treatment integrity and self-reflection to approach transformative learning*. BMC medical education.
- Strijbos, A., Fleuren, G. & Steinbush, L. (2001). Reflecteren kun je leren! *Onderwijs & Gezondheidszorg, oktober 2001 (7)*.
- Trapnell, P.D. & Campbell J.D. (1999). Private self-consciousness and the Five-Factor Model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social psychology, 76*, 284-304.
- Vellinga, A. & Van Melle-Baaijens, E.A.H. (2016). *Moreel beraad: tijd voor ethische reflectie in de dagelijkse praktijk van de ggz*. Tijdschrift voor psychiatrie (jaargang 58, maart 2016).
- Vlaemynck, S., Benoot, D., Soenens, L., Boterman, S., Van Belle, T., Gilden, K. & Petitjean, D. (2013). (Basis)houding van de psychiatisch verpleegkundige. Brugge: P.T.C. Rustenburg.
- Zhu, E. (1996). *Meaning negotiation, knowledge construction, and metoring in a distance learning course*. In: Proceedings of selected research and development presentations at the 1996 national convention of the association for educational communications and technology.

