



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2011-2012

ATTITUDES BIJ VERPLEEGKUNDIGEN MET BETREKKING TOT HET
GEBRUIK VAN PSYCHOFARMACA BIJ GERIATRISCHE PATIËNTEN:
ONTWIKKELING VAN EEN MEETSCHAAL

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde

Door Ruben Vanbosseghem

Promotor: Prof. dr. M. Petrovic

Co-promotor: Mevr. E. Steeman

Begeleider: Mevr. K. Versluys



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2011-2012

ATTITUDES BIJ VERPLEEGKUNDIGEN MET BETREKKING TOT HET
GEBRUIK VAN PSYCHOFARMACA BIJ GERIATRISCHE PATIËNTEN:
ONTWIKKELING VAN EEN MEETSCHAAL

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde

Door Ruben Vanbosseghem

Promotor: Prof. dr. M. Petrovic

Co-promotor: Mevr. E. Steeman

Begeleider: Mevr. K. Versluys

Abstract

Probleemstelling: Psychofarmaca behoren tot de meest voorgeschreven geneesmiddelenklassen bij ouderen en dit ondanks de matig bewezen effectiviteit, bekende nadelen van gebruik en het bestaan van niet-farmacologische richtlijnen bij het omgaan met patiënten met psychische en gedragsproblemen. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij het beslissings- en opvolgingsproces voor het toedienen van geneesmiddelen. Er is een kennistekort bij verpleegkundigen vastgesteld over psychofarmaca. Uit de literatuur blijkt dat er een verband is tussen kennis en attitudes.

Doel: De ontwikkeling en psychometrische validering van een Nederlandstalige attitudemeetschaal voor verpleegkundigen over psychofarmaca bij ouderen.

Methode: Het meetinstrument werd ontwikkeld op basis van een literatuuronderzoek. De inhoudsvaliditeit werd beoordeeld aan de hand van een Delphiprocedure. De psychometrische evaluatie werd uitgevoerd aan de hand van een factoranalyse en de beoordeling van de construct validiteit, stabiliteit en betrouwbaarheid van het instrument. Hiervoor werd beroep gedaan op een convenience sample van 202 verpleegkundigen en 212 studenten verpleegkunde.

Resultaten: Uit de factoranalyse werd een instrument opgemaakt, bestaande uit 16 items die onder te verdelen zijn in vier subschalen en in totaal 49,98% van de variantie verklaren. Deze subschalen omvatten de attitudes tegenover 'gerechtvaardigde indicaties', 'externe beïnvloeding', 'beheersing van de situatie' en 'potentiële risico's van psychofarmacagebruik'. Het instrument is stabiel (ICC: 0,71; $p < 0,001$) en heeft een interne consistentie van 0,74.

Conclusie: Het instrument meet de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van het toedienen van psychofarmaca bij ouderen op een effectieve manier. Verder onderzoek is nog nodig om resterende variantie te verklaren en het meetinstrument verder te optimaliseren.

Aantal woorden masterproef: 18.120 (exclusief bijlagen en bibliografie)

Inhoudstabel

1	Inleiding.....	1
2	Literatuuronderzoek	9
2.1	Onderzoeksvraag	9
2.2	Zoekstrategie	9
2.3	Resultaten	11
2.3.1	Conceptverheldering attitude	12
2.3.2	Bestaande schalen.....	13
2.3.3	Thema's en uitkomsten.....	14
2.4	Discussie.....	17
2.5	Conclusie	18
3	Methodologie.....	20
3.1	Design.....	20
3.1.1	Fase 1: Ontwikkeling van het instrument.....	20
3.1.2	Fase 2: Psychometrische evaluatie	23
3.2	Steekproef.....	27
3.2.1	Keuze van de instellingen.....	28
3.2.2	Keuze van de deelnemers	28
3.3	Ethisch overwegingen	30
3.4	Datacollectie	30
3.5	Data-analyse	31
4	Resultaten	34
4.1	Inhoudsvaliditeit.....	34
4.2	Steekproef.....	36
4.3	Psychometrische validatie	39

4.3.1	Factoranalyse.....	39
4.3.2	Known groups technique.....	43
4.3.3	Stabiliteit	47
4.3.4	Interne consistentie.....	48
4.4	Data-analyse	49
5	Discussie.....	51
5.1	Beperkingen.....	57
5.2	Aanbevelingen.....	58
6	Conclusie.....	61
7	Literatuurlijst	62
8	Bijlagen	68
9	Lijst van tabellen	

Woord vooraf

Deze masterproef is het resultaat van mijn opleiding tot Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde. Bij deze wil ik een woord van dank richten tot enkele personen voor hun inbreng bij de tot standkoming van deze masterproef.

Om te beginnen wil ik mijn promotor prof. dr. M. Petrovic, copromotor mevrouw E. Steeman en begeleider mevrouw K. Versluys bedanken voor hun deskundig advies en hun kritische feedback tijdens de ontwikkeling van deze masterproef.

Verder wil ik dr. T. Van Parys bedanken voor de hulp bij de vertalingen van het meetinstrument. Ook wil ik alle experts bedanken die deelgenomen hebben aan de Delphiprocedure voor hun aanbevelingen en kritische opmerkingen.

Daarnaast wil ik de directies van de deelnemende ziekenhuizen en hogescholen bedanken om toestemming te verlenen om hun verpleegkundigen en studenten te mogen bevragen. Dank ook aan de personen uit de verschillende instellingen voor hun geleverde inspanningen om de bevraging praktisch te helpen organiseren. Ook wil ik de participanten bedanken voor hun tijd en inzet bij het invullen van de vragenlijst.

Tevens wil ik ook Maarten Wauters bedanken voor de tips bij aanvang en tijdens de ontwikkeling van de masterproef. Verder wil ik mijn dank betuigen aan Pieter Vanbosseghem voor zijn feedback op het gebied van statistische testen en SPSS en voor het nalezen van mijn masterproef.

Tot slot wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun tijdens het uitvoeren van dit onderzoek.

Ruben Vanbosseghem

Augustus 2012

1 Inleiding

1.1 Vergrijzing van de bevolking

De Verenigde Naties meldden dat op 31 oktober 2011 er mondiaal een populatie van 7 miljard bereikt werd. Er is een continue bevolkingsgroei in de wereld. In 1999 bedroeg de wereldbevolking 6 miljard, in 1987 was dit nog 5 miljard. De Verenigde Naties schrijven de stijgende bevolkingsgroei toe aan een verlaagd sterftecijfer (Kollodge, 2011). Ook in België is er een stijgende populatie. Volgens de federale overheid bedroeg de Belgische bevolking in 2001 10.263.414 personen. Op 1 januari 2010 was dit aantal gestegen tot 10.839.905, waarvan 1.860.159 personen ouder waren dan 65 jaar, in vergelijking met 1.729.735 in 2001. Er is dus een stijging van de Belgische bevolking merkbaar en daarbinnen een stijging van het aantal ouderen¹ (Belgian Government, 2010).

1.2 Meer gezondheidsproblemen bij ouderen

In de gezondheidsenquête van 2008 verklaarde 43,5% van 65-plussers in België ontevreden te zijn over hun gezondheidstoestand, terwijl dit standpunt bij de algemene bevolking 23% bedraagt. Bij de personen ouder dan 85 jaar bedraagt dit al 50% (Demarest, Drieskens, Gisle, Van der Heyden & Tafforeau, 2008). Uit deze gegevens blijkt dat de waargenomen eigen gezondheid daalt op oudere leeftijd. Dit is het gevolg van het ervaren van meerdere gezondheidsproblemen ten gevolge van de leeftijdstoename.

Uit de literatuur blijkt dat het aantal chronische aandoeningen toeneemt, ook bij ouderen. Verder blijkt eveneens dat het aantal mentale aandoeningen stijgt, zowel bij de algemene bevolking als bij ouderen. Eén van deze aandoeningen bij 65-plussers is dementie. Er is bij ouderen een hoge prevalentie van dementie die vaak gepaard gaat met gedrags- en psychologische symptomen (BPSD), zoals onder andere depressie, angst, psychotisch gedrag en slaapstoornissen (Azermai, Elseviers, Petrovic, Van Bortel & Vander Stichele, 2011). Demotte (2005) geeft aan dat de prevalentie van dementie volgens het RIZIV in België geschat wordt op 9% van personen ouder dan 65 jaar. De prevalentie stijgt verder met de leeftijd en bedraagt boven de 80 jaar ongeveer 30%.

¹ De term ouderen dient geïnterpreteerd te worden als 65-plussers.

Twee derden van de 65-plussers met dementie zouden vrouwen zijn. De incidentie wordt bij ouderen in België geschat op 9.500 vrouwen en 4.900 mannen. Door het effect van veroudering en de hogere levensverwachting zou het huidig aantal tegen 2030 kunnen verdubbelen (Demotte, 2005).

Uit het rapport van Demarest et al. (2008) van de gezondheidsenquête uit 2008 blijkt dat 24% van de oudere bevolking psychisch onwelbevinden ervaart. Net als bij dementie blijkt dat vrouwen (28%) hiervoor meer kwetsbaar zijn dan mannen (19%). Verder tonen de resultaten van de gezondheidsenquête aan dat personen die ouder zijn dan 85 jaar meer onwelbevinden rapporteren dan personen tussen de 65 en 69 jaar (28% t.o.v. 19%). Van de geïnstitutionaliseerde ouderen ervaart 40% psychisch onwelbevinden, terwijl dit voor thuiswonende ouderen 23 tot 25% bedraagt. Volgens de gezondheidsenquête heeft 6% van de algemene bevolking en 8% van de oudere bevolking te kampen met angstproblemen. Dit komt twee keer meer voor bij vrouwen (10%) dan bij mannen (5%). Ook stellen Demarest et al. (2008) dat 21% van de algemene bevolking en 27% van de oudere bevolking slaapproblemen heeft. Ook dit is bij vrouwen (31%) hoger dan bij mannen (23%) (Demarest et al., 2008).

1.3 Polipathologie

Om deze bovenvermelde problemen aan te pakken doen ouderen frequent beroep op een professionele hulpverlener. Uit de gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat personen ouder dan 65 jaar gemiddeld 9,3 keer per jaar een huisarts raadplegen, terwijl dit bij de algemene bevolking 4,5 keer is en bij 85-plussers 13 keer. Ouderen raadplegen gemiddeld 2,8 keer per jaar een specialist, voor de algemene bevolking is dit 2,1 keer per jaar. Het werd aangetoond dat 85-plussers echter minder gebruik maken van een specialist, namelijk 1,7 keer per jaar. Van de bevraagde 65-plussers in België gaf in 2008 18% aan de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest te zijn in het ziekenhuis. Voor 85-plussers bedroeg dit 22%, terwijl dit voor de algemene bevolking 11% bedroeg. Verder blijkt dat 16% van de 65-plussers de afgelopen 12 maanden beroep gedaan heeft op de verzorging door een verpleegkundige, terwijl dit voor de algemene bevolking 6% en voor de 85-plussers 27% bedraagt (Demarest et al., 2008). Vaak treden meerdere problemen samen op en is er sprake van comorbiditeit. Zo gaf bijna 60% van de ouderen aan te lijden aan een chronische ziekte (Demarest et al., 2008). Uit de gezondheidsenquête van 2001 blijkt dat 58,5% van de personen tussen 65 en 74 jaar

twee of meer chronische aandoeningen of ziekten rapporteerden de afgelopen 12 maanden. Voor 75-plussers bedroeg dit percentage 66% (Demarest et al., 2001). Polipathologie is bijgevolg een frequent optredend probleem bij ouderen. Dit houdt in dat de persoon meerdere problemen heeft en dit op somatisch, psychisch en/of sociaal vlak (Eulderink, Heeren, Knook & Ligthart, 2004). Ziektebeelden presenteren zich bij ouderen vaak op een andere manier dan bij jonge volwassenen, waardoor de observatie van symptomen moeilijker wordt voor de arts en de verpleegkundige. De aanwezigheid van verschillende ziektebeelden en symptomen leidt volgens Demotte (2005) tot een inname van verschillende geneesmiddelen met polifarmacie tot gevolg.

1.4 Polifarmacie

Er is volgens Fulton en Allen (2005) geen eenduidige conceptuele definitie van polifarmacie. Bepaalde studies spreken van polifarmacie als een persoon minstens twee geneesmiddelen per dag inneemt gedurende 240 dagen of meer, andere studies vermelden geen tijdspanne en gebruiken de term indien minstens twee, drie, vier of vijf verschillende geneesmiddelen per dag ingenomen worden. Volgens Veehof, Haaijer-Ruskamp en Meybloom-De Jong (2001) kan polifarmacie omschreven worden als het gelijktijdig gebruik van meerdere geneesmiddelen. Indien een persoon twee tot drie geneesmiddelen dient te nemen, is er sprake van lichte polifarmacie. Bij inname van vier tot vijf geneesmiddelen kan de polifarmacie matig genoemd worden en bij meer dan vijf geneesmiddelen is er een uitgebreide polifarmacie. Uit de gezondheidsenquête (2008) blijkt dat 33% van de ouderen dagelijks 5 of meer geneesmiddelen inneemt. Voor ouderen in een instelling is dit zelfs 51% (Demarest et al., 2008). Polifarmacie zorgt volgens Baandrup, Allerup, Nordentoft, Lublin & Glenthøj (2010) voor hogere kosten, gevaar voor medicatiefouten en een verhoogd risico op farmacokinetische en farmacodynamische interacties. Dit bemoeilijkt de observatie van symptomen, mogelijke nevenwerkingen en interacties van geneesmiddelen. Daarenboven moet er rekening gehouden worden met veranderingen in de farmacokinetiek en farmacodynamiek als gevolg van het verouderingsproces (Lindsey, 2009; Lasserre et al., 2010). Uit het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (2006) omtrent het geneesmiddelengebruik in Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, blijkt dat de geneesmiddelen die inwerken op het cardiovasculair stelsel het meest voorgeschreven worden bij geïnstitutionaliseerde ouderen in België,

gevolgd door medicatie als behandeling van het zenuwstelsel, het gastro-intestinaal stelsel en het luchtwegstelsel. Tot de geneesmiddelen die een invloed hebben op het zenuwstelsel, behoren voornamelijk antidepressiva en atypische antipsychotica.

1.5 Hoog gebruik van psychofarmaca

Hoewel er niet-medicamenteuze richtlijnen beschikbaar zijn voor het omgaan met gedragsproblemen bij dementie (bijv. Van Eijken, Peijnenburg & Achterberg, 2008 en NICE, 2006), wordt als eerste interventie vaak een psychofarmacon voorgeschreven bij deze symptomen. Het gebruik van psychofarmaca is echter niet zonder gevaar.

Volgens Demarest et al. (2008) zijn psychofarmaca de tweede meest voorgeschreven geneesmiddelengroep, na cardiovasculaire medicatie. Ook bij ouderen behoren ze tot de meest voorgeschreven geneesmiddelenklassen. Ze beïnvloeden de mentale functie, het gedrag en de werkelijkheidsbeleving (Voyer & Martin, 2003; Byrne, Deane & Coombs, 2005; Lindsey, 2009). Psychofarmaca zijn conform de ATC-klassen² onder te verdelen in antipsychotica en benzodiazepines waaronder anxiolytica, hypnotica en sedativa (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, 2011). Volgens Lasserre et al. (2010) gebruikt 13,2% van de algemene bevolking in België psychofarmaca. In Frankrijk bedraagt dit 25%, Spanje 15,5%, Italië 13,7%, Nederland 7,4%, Duitsland 5,9%, en in het Verenigd Koninkrijk 3,5%. De oorzaak van deze verschillen per land zijn nog niet verklaard. Een mogelijke verklaring is het verschil in de organisatie van de zorg.

Zoals eerder aangegeven, blijkt uit de gezondheidsenquête van 2008 dat ouderen meer gezondheidsproblemen ervaren en hiervoor ook meer hulp zoeken in vergelijking met de algemene bevolking. Verder blijkt uit de gezondheidsenquête dat 26% van de ouderen de afgelopen twee weken slaapmedicatie (hypnotica) ingenomen heeft, terwijl dit voor de algemene bevolking 10% bedroeg. Demarest et al. (2008) stelden ook vast dat het gebruik van dergelijke slaapmiddelen stijgt met de leeftijd. Van de 85-plussers neemt namelijk 39% hypnotica, terwijl dit voor de personen tussen 65 en 69 jaar 18% is. Van alle geïnstitutionaliseerde personen neemt 43% slaapmedicatie. Er is eenzelfde verschijnsel merkbaar bij de inname van anxiolytica (kalmeermiddelen). Twaalf procent

² Geneesmiddelen worden door de WHO (2010) ingedeeld in groepen aan de hand van de ATC-classificatie. ATC staat voor 'Anatomical Therapeutic Chemical'.

van de 65-plussers uit de enquête nam de afgelopen twee weken een anxiolyticum. Bij de algemene bevolking was dit 7,5%. Binnen de groep van de 65-plussers neemt het gebruik van dergelijke anxiolytica eveneens toe met de leeftijd. Er werd gerapporteerd dat 7% van de ouderen tussen de 65 en 69 jaar en 15% van de 85-plussers dergelijke geneesmiddelen gebruiken. Bij ouderen geldt dat vrouwen (15%) volgens de enquête twee keer meer anxiolytica gebruiken dan mannen (7,5%). Van de geïnstitutionaliseerde patiënten neemt 24% dit geneesmiddel, voor personen die thuis wonen bedraagt dit 10 tot 13%. (Demarest et al., 2008) Hieruit blijkt dat ouderen meer psychotrope geneesmiddelen innemen dan andere leeftijdscategorieën. Voyer en Martin (2003) bevestigen dit en stellen dat ouderen zeven tot 18 keer meer kans hebben op het gebruik van dergelijke medicatie dan volwassenen van middelbare leeftijd. Een mogelijke verklaring is volgens hen dat ouderen meer ernstige psychologische problemen ervaren dan volwassenen van middelbare leeftijd. Deze manifestaties van psychisch leed komen vaker voor bij ouderen als gevolg van het verouderingsproces en door omgevingsveranderingen, zoals het overlijden van de partner, een familielid of vriend, hospitalisatie, opname in een woonzorgcentrum, etc. Ouderen ervaren hierdoor meer verlieservaringen, wat resulteert in meer verdriet, angst, depressieve stemmingen, slapeloosheid en vermindering van de eetlust. Deze problemen kunnen bijdragen tot het consulteren van een professionele hulpverlener en kan resulteren in het innemen van psychotrope geneesmiddelen (Voyer & Martin, 2003). Voorbeelden van niet-farmacologische interventies zijn het gebruik van muziek bij een geagiteerde patiënt, een activiteitenprogramma, snoezelen, etc (Van Eijken et al., 2008).

1.6 Gevaren en problemen bij hoog gebruik van psychofarmaca

Psychofarmaca dienen echter met enige voorzichtigheid voorgeschreven en toegediend te worden. Volgens Hughes (2008) zijn de gevaren van het gebruik van psychofarmaca vaak groter dan de voordelen, omdat ze het psychologisch en fysiek welzijn van de oudere kunnen aantasten met als gevolg een cognitieve achteruitgang en een verhoogd valrisico met geassocieerde verwondingen. Hierdoor worden volgens Lindsey (2009) personen ouder dan 70 jaar 3,5 keer meer gehospitaliseerd door bijwerkingen die geassocieerd zijn met psychotrope medicatie. Het risico voor dergelijke reacties stijgt met het aantal geneesmiddelen die gebruikt worden en met de leeftijd. Ondanks deze kennis blijft de consumptie van psychofarmaca hoog en blijft polifarmacie een

probleem binnen de geriatrische zorg (Lindsey, 2009). Volgens Voyer en Martin (2003) lijkt het echter dat te veel ouderen psychotrope geneesmiddelen toegediend krijgen terwijl er geen significant mentaal gezondheidsprobleem is vastgesteld.

Uit de studie van Šter en Gorup (2011) blijkt dat niet iedereen evenveel kans heeft om psychotrope medicatie voorgeschreven te krijgen. De geneesmiddelen werden namelijk meer voorgeschreven in volgende gevallen: bij vrouwen, bij dementie, bij depressie, en bij permanente rusteloosheid waarvoor een constante bewaking noodzakelijk is ten gevolge van onhandelbare gedragssymptomen. Ouderen die in grotere instellingen verblijven, behandeld worden door een mannelijke hulpverlener en ouderen die reeds frequent psychofarmaca voorgeschreven kregen, hebben meer kans dat in hun huidige situatie psychotrope geneesmiddelen worden voorgeschreven. Een vrouwelijke patiënte zal bijvoorbeeld 1,46 keer meer kans hebben om psychotrope medicatie voorgeschreven te krijgen dan een mannelijke zorgvrager. Patiënten die behandeld worden door een mannelijke arts zouden volgens deze studie 1,8 keer meer kans hebben op een behandeling met psychotrope medicatie.

1.7 Verpleegkundige rol bij voorschrijven van medicatie

Volgens Anthierens, Grypdonck, De Pauw & Christiaens (2009) is het voorschrijven van geneesmiddelen een proces en niet louter een beslissing van de arts. Hierbij is een belangrijke taak weggelegd voor verpleegkundigen met betrekking tot het medicatiemanagement. De verpleegkundige is namelijk verantwoordelijk voor het klaarmaken, controleren en toedienen van geneesmiddelen. Daarnaast is het ook de taak van de verpleegkundige om waakzaam te zijn voor gecontra-indiceerde medicatie, om bijwerkingen te observeren en te rapporteren, patiënten bepaalde handelingen aan te leren, de effectiviteit van de behandeling te monitoren en om voortdurend de eigen kennis bij te schaven. De verpleegkundige speelt dus een belangrijke rol om bepaalde geneesmiddelen al dan niet toe te dienen of te stoppen (Anthierens et al., 2009). Omdat verpleegkundigen zich in een positie bevinden waarin ze de geobserveerde psychologische problemen en symptomen van een patiënt kunnen rapporteren aan een arts, worden ze gezien als de *gatekeepers* voor het aanwenden van psychotrope geneesmiddelen (Voyer & Martin, 2003). Volgens Ito, Koyama en Higuchi (2005) vragen verpleegkundigen een verandering in de behandeling aan de arts omdat de symptomen van de patiënt verslechteren of niet verbeteren.

1.8 Kennistekort bij verpleegkundige

Het is volgens Lindsey (2009) belangrijk dat verpleegkundigen die zorg verlenen aan ouderen, onafhankelijk van de setting, kennis hebben van de medicatie en in staat zijn om gepast te handelen bij het optreden van neveneffecten. Uit de masterproef van Maarten Wauters uit het academiejaar 2010-2011 blijkt dat er een kennistekort is bij verpleegkundigen op de acute dienst geriatrie over psychofarmaca. Byrne et al. (2005) delen dezelfde conclusie en volgens hen toont de literatuur aan dat de kennis en attitudes van de verpleegkundige een belangrijke invloed hebben op de behandeling van de patiënt. Verder blijkt uit de literatuur dat negatieve attitudes en een kennistekort een obstakel vormen om een richtlijn uit te voeren. Volgens Ajzen en Madden (1986) wordt een attitude beïnvloed door de mate waarin een persoon gelooft dat het stellen van bepaald gedrag een positief effect zal hebben.

Hierdoor is het belangrijk om naast de kennis ook de attitudes bij verpleegkundigen te onderzoeken. Attitudes kunnen namelijk een invloed hebben op de symptoomrapportage en het al dan niet voorschrijven van een farmacologische behandeling door de arts (Patel, De Zoysa, Baker & David, 2005).

1.9 Doel van de masterproef

Het doel van deze masterproef is om een valide en betrouwbaar meetinstrument te ontwikkelen om de attitudes bij verpleegkundigen over psychofarmaca na te gaan. Om dit te realiseren, zijn er verschillende stappen te onderscheiden.

De eerste stap is een literatuurstudie waarbij de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van psychofarmaca worden nagegaan en bestaande meetinstrumenten geëxploreerd worden. Het doel van deze literatuurstudie is om een selectie te bekomen van de belangrijkste elementen die in een meetinstrument aan bod moeten komen om de attitudes van verpleegkundigen met betrekking tot psychofarmaca te onderzoeken.

Een tweede stap in dit onderzoek is het ontwikkelen van een meetinstrument aan de hand van de geselecteerde elementen uit de literatuurstudie en na overleg met experts in een Delphiprocedure. De methodologie van de psychometrische evaluatie van het instrument zijn hierbij beschreven. Hierbij zal de construct validiteit nagegaan worden door het uitvoeren van de known-groups techniek en door de interne consistentie te bepalen. De betrouwbaarheid van het instrument zal getest worden aan de hand van het test-hertestprincipe. Indien het instrument voldoende betrouwbaar en valide blijkt,

wordt samen met de beschrijving van de resultaten van de psychometrische evaluatie al een eerste beschrijving gegeven van de attitudes van de verpleegkundigen ten aanzien van de toediening van psychofarmaca bij ouderen. De waarde van het meetinstrument en de bevindingen van het onderzoek zullen bediscussieerd worden waarna een conclusie volgt.

2 Literatuuronderzoek

2.1 Onderzoeksvraag

Om een beeld te krijgen welke attitudes in de literatuur bekend zijn van verpleegkundigen met betrekking tot psychofarmaca bij geriatrische patiënten werd volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Welke attitudes van verpleegkundigen hebben een invloed op de zorg die ze leveren met betrekking tot psychofarmacatoediening bij geriatrische patiënten?

2.2 Zoekstrategie

Wetenschappelijke artikels werden gezocht in 3 databanken: PubMed, Web of Science en Cinahl. Enkel Nederlandstalige, Engelstalige en Franstalige artikels die gepubliceerd werden vanaf 2001 tot 2011 kwamen in aanmerking voor inclusie, op voorwaarde dat de fulltext beschikbaar was. Enkel artikels die voldeden aan de vooropgestelde inclusiecriteria werden geselecteerd, zo moesten de artikels gaan over psychofarmaca. Artikels waarin de attitudes van verpleegkundigen, en bij uitbreiding artsen, beschreven werden, konden eveneens geïncludeerd worden. Studies die handelden over de attitudes van patiënten werden geëxcludeerd.

De gevonden artikels zijn het resultaat van een combinatie van verschillende zoektermen. Om tot de zoekfilter te komen, werd eerst een lijst opgesteld met tekstwoorden en MeSH-termen. De zoektermen worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Zoektermen

Onderwerp	Tekstwoord	MeSH-termen
Verpleegkundige Attitude	Nursing personnel Staff attitude	Nurses Attitude, attitude of health personnel
Psychofarmaca	Psychopharmaceuticals, psychoactive agents, psychoactive drugs	Psychopharmacology, psychotropic drugs
Antipsychotica	Antipsychotics, tranquilizers, neuroleptics	Antipsychotic agents
Benzodiazepines	Anxiolytics, hypnotics, sedatives	Benzodiazepines, anti- anxiety agents, hypnotics and sedatives
Ouderen	Elderly, geriatric	Aged, Geriatric nursing

Deze zoektermen werden gecombineerd aan de hand van de boolean-operators ‘AND’ en ‘OR’ en leidde tot de uiteindelijke zoekfilter die aangepast werd per databank. Enkel bij PubMed werd gebruik gemaakt van de vooropgestelde MeSH-termen waardoor volgende zoekfilter bekomen werd:

(“Nurses” [Mesh] OR nursing personnel) AND (“Attitude” [Mesh] OR “Attitude of Health Personnel” [Mesh] OR staff attitude) AND (“Psychopharmacology” [Mesh] OR “Psychotropic drugs” [Mesh] OR Psychopharmaceuticals OR psychoactive agents OR psychoactive drugs OR “Antipsychotic agents” [Mesh] OR antipsychotics OR tranquilizers OR neuroleptics OR “Benzodiazepines” [Mesh] OR “Anti-anxiety agents” [Mesh] OR anxiolytics OR “hypnotics and sedatives” [Mesh] OR hypnotics OR sedatives) AND (“aged” [Mesh] OR “Geriatric nursing” [Mesh] OR geriatric OR elderly)

Voor Cinahl en Web of Science werd de zoekfilter aangepast omdat er geen MeSH-termen gebruikt worden.

(Nurses OR nursing personnel) AND (Attitude OR Attitude of Health Personnel OR staff attitude) AND (Psychopharmacology OR Psychotropic drugs OR Psychopharmaceuticals OR psychoactive agents OR psychoactive drugs OR Antipsychotic agents OR antipsychotics OR tranquilizers OR neuroleptics OR Benzodiazepines OR Anti-anxiety agents OR anxiolytics OR hypnotics and sedatives OR hypnotics OR sedatives)

De verschillende zoektermen en databanken leverden in totaal 118 zoekresultaten op. Deze werden in een eerste fase beoordeeld op hun relevantie op basis van titel en abstract. Artikels waarvan de fulltext niet beschikbaar was, werden geëxcludeerd evenals studies die niet voldeden aan de vooropgestelde inclusiecriteria. Zo werden artikels over palliatieve sedatie, intensieve zorgen, rookstop, alcohol- en druggebruik weerhouden. Hierdoor kwamen nog 26 artikels in aanmerking voor inclusie. Na verdere verdieping in de artikels werden 17 artikels geëxcludeerd omwille van een gebrek aan relevantie. Artikels die de attitudes van patiënten of de werktevredenheid van hulpverleners onderzoeken werden hierbij geëxcludeerd. De zoekfilter leverde bijgevolg negen relevante zoekresultaten op die in aanmerking kwamen voor inclusie. Via de

sneeuwbalmethode werden nog zes artikels gevonden. Bij deze artikels werd de methodologische kwaliteit van de cross-sectionele en kwalitatieve studies beoordeeld aan de hand van 13 criteria van Walburn et al. (2001). Elk aanwezig criterium werd beoordeeld met '+', bij afwezigheid van het criterium werd een '-' gescoord. Op basis van deze beoordeling werd getracht om mogelijks aanwezige bias bloot te leggen. De gevonden artikels werden door een reviewer beoordeeld op 13 criteria, zoals gerapporteerd in bijlage 1. Per artikel werd het totaal percentage berekend om een beeld te krijgen van de mate waarin de artikels voldoen aan de criteria. Deze percentages varieerden tussen 46,15% en 76,92%. Walburn et al. (2001) definieerden echter geen cut-off waarde om te beoordelen vanaf welk percentage een artikel mag geïncludeerd worden. Omdat vanuit de resultaten en statements van de bestaande meetinstrumenten nieuwe items zullen worden opgesteld, werd beslist om geen artikels te excluseren op basis van de beoordeling aan de hand van de 13 criteria. Het doel van de beoordeling van de geïncludeerde artikels is om hun sterktes en beperkingen weer te geven, waar rekening mee kan gehouden worden tijdens het interpreteren van de resultaten. Indien blijkt dat bepaalde resultaten of items niet relevant zijn voor de ontwikkeling van een nieuw meetinstrument, zal dit duidelijk worden tijdens de Delphi-procedure. De gehanteerde zoekstrategie en resultaten worden weergegeven aan de hand van een flowchart in bijlage 2.

2.3 Resultaten

In de wetenschappelijke literatuur is weinig onderzoek gevoerd naar de attitudes van verpleegkundigen met betrekking tot het gebruik van psychofarmaca bij ouderen. De meeste onderzoeken zijn ofwel niet specifiek gericht op een geriatrische setting of handelen niet enkel over de attitudes van verpleegkundigen, maar ook over de attitudes van huisartsen en/of psychiaters. Omdat de resultaten van verpleegkundigen die werkzaam zijn in een geriatrische setting beperkt zijn, worden ook de resultaten van de vragenlijsten bij artsen en psychiaters in rekening genomen.

Om een schaal te kunnen ontwikkelen, moet volgens Clark en Watson (1995) het construct dat onderzocht wordt, theoretisch beschreven worden met behulp van relevante literatuur. Daarnaast dient in de literatuur ook nagegaan te worden of er al schalen bestaan omtrent het onderwerp en de methodologie voor de opbouw van een schaal.

2.3.1 Conceptverheldering attitude

Om kwaliteitsvolle zorg te kunnen verlenen en om evidence based richtlijnen succesvol te kunnen implementeren, is het volgens het Department of Health (2006, in Robson en Haddad, 2011) belangrijk om de kennis, attitudes en vaardigheden van verpleegkundigen te verbeteren. Attitudes van hulpverleners lijken namelijk een invloed te hebben op hun handelen, hun gedrag en hun bereidwilligheid om nieuwe richtlijnen in de zorg uit te voeren. Volgens de Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1988 in Robson en Haddad, 2011) is gedrag het gevolg van gedragsintenties. Aan de basis van deze intenties liggen attitudes, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole (Robson en Haddad, 2011).

Attitudes worden omschreven als het gevolg van evaluaties die een persoon maakt van een bepaalde stimulus of fenomeen, zoals een situatie, een idee, een activiteit of een andere persoon (Department of Health, 2006 in Robson en Haddad, 2011; Beatty, 2000; Carlson, 1992; Emerson, 1992; Nelson; Ochsner; Sanders, 1993; Small; White-Taylor, 1992 in Altmann, 2008). Attitude is een psychologisch construct. Het is bipolair en kan bijgevolg een positief of negatief karakter hebben. (Jerdan, 1993; Nelson, 1983; Ochsner, 1996; Roche, 1990; Small, 1995 in Altmann, 2008).

Altmann (2008) onderzocht verschillende definities van attitudes en stelt dat een attitude gekenmerkt wordt door drie belangrijke karakteristieken. Ten eerste is een attitude een bewuste of onbewuste geestelijke toestand, ten tweede een waarde, geloof of gevoel en tot slot leidt attitude tot gedrag. Deze drie karakteristieken passen in de drie componenten die beschreven werden door het Department of Health (2006, in Robson en Haddad, 2011) waar aangegeven werd dat het concept attitude op te delen is in drie componenten. Ten eerste bestaat een attitude uit een cognitieve component. Deze cognities bevatten gedachten, opinies en overtuigingen. Ten tweede is er een affectief element dat geassocieerd wordt met gevoelsmatige aspect van Altmann (2008). Tot slot bezit een attitude een gedragsmatig element. Deze drie componenten zijn persoonlijke evaluatieve samenvattingen waaruit attitudes voortkomen en zorgen ervoor dat een persoon vatbaar is voor bepaalde responsen (Department of Health, 2006 in Robson en Haddad, 2011).

Om attitudes te meten moeten alle drie de componenten in rekening gebracht worden (Altmann, 2008). Verschillende auteurs beweren dat attitudes niet op een directe wijze

kunnen gemeten worden, omdat ze latent zijn en bijgevolg niet direct observeerbaar zijn. De informatie kan volgens hen enkel afgeleid worden uit handelingen en woorden die onthuld worden in openlijke reacties (Dawson, 1992; Henerson, Morris & Fitz-Gibbon, 1987; Albarracin, Johnson & Zanna, 2005, in Altmann, 2008). Hierdoor leveren observationele studies geen adequate informatie met betrekking tot de attitudes van verpleegkundigen. Volgens Polit & Beck (2010) heeft een kwantitatieve benadering een economisch voordeel tegen opzichte van een kwalitatieve benadering. Het gebruik van een attitudemeetschaal zorgt voor minder kosten en neemt minder tijd in beslag dan interviews. Er kunnen bijgevolg meer personen bevraagd worden op een kortere tijd. Verder is er meer anonimiteit en is er minder bias door de onderzoeker. Daarnaast heeft een kwantitatieve gestructureerde benadering het voordeel dat de onderzoeker de vragen op voorhand kan vastleggen. Op die manier kan ervoor gezorgd worden er gegevens bekomen worden voor alle thema's die men wenst te onderzoeken (Polit & Beck, 2010).

2.3.2 Bestaande schalen

In de literatuur worden attitudes vooral gemeten aan de hand van een attitudemeetschaal of een vragenlijst. In de geïncludeerde artikels kwamen verschillende meetinstrumenten aan bod, zoals de 'Rating of Attitude to Medication Scale', de 'Perceptions of Restraint Use Questionnaire', 'Beliefs about Medicines Questionnaire' en een 44-item vragenlijst ontwikkeld door Patel et al. (2005). Hieronder wordt van elke schaal een beschrijving gegeven, aangevuld met informatie over de betrouwbaarheid en validiteit.

Rasaratnam et al. (2004) onderzochten in hun studie de invloed van de attitudes van hulpverleners met betrekking tot medicatietoediening bij personen met intellectuele beperkingen. Ze deden dit aan de hand van de 'Rating of Attitude to Medication Scale' (RAMS) met als doel om enerzijds informatie te verzamelen over de positieve of negatieve attitudes van hulpverleners tegenover geneesmiddelen en anderzijds om de rol van de arts in het medicatieregime te bepalen. De RAMS is een instrument opgebouwd uit 11 items en dient per patiënt ingevuld te worden. In het eerste deel worden naast de administratieve en demografische gegevens van de patiënt, zoals naam, leeftijd, geslacht en diagnose specifieke vragen beantwoord met betrekking tot de hoofdredenen waarom de patiënt geneesmiddelen toegediend krijgt. Dit gebeurt aan de hand van een 5-punt Likertschaal, waarbij een score 1 gelijk is aan helemaal niet akkoord is en een score 5 helemaal akkoord betekent. In het tweede deel worden vragen beantwoord om de

hoofdredeenen te exploreren in situaties waarbij met tegenzin geneesmiddelen toegediend worden. De ontwikkeling van deze schaal is gebaseerd op twee bestaande schalen, namelijk de 'Rating of Medication Influences' van Weiden en Rapkin uit 1994 en de 'Drug Attitude Inventory' van George uit 1993. Beide schalen zijn volgens Rasaratnam et al. (2004) betrouwbaar en valide. De RAMS heeft een Cronbach's alpha van 0,80.

Een tweede meetinstrument is de 'Perceptions of Restraint Use Questionnaire' (PRUQ). Deze schaal werd oorspronkelijk ontwikkeld door Strumph en Evans in 1988. Het doel van dit instrument is om enerzijds aan de hand van 17 vragen te onderzoeken wat de redenen zijn van verpleegkundigen om het gedrag van ouderen te remmen. Daarnaast is het ook een doel om niet-farmacologische maatregelen te identificeren. De Cronbach's alpha was bij Strumph en Evans 0,80. De PRUQ werd aangepast en opnieuw gevalideerd door Thurmond (1999) voor het gebruik van tranquilizers. Het instrument bestaat eveneens uit 17 vragen die beantwoord worden aan de hand van een 5-punt Likertschaal. De Cronbach's alpha is 0,95. Thurmond (1999) concludeert dat de PRUQ een effectief en valide instrument is om de attitudes van verpleegkundigen te meten met betrekking tot psychofarmaca. Er wordt namelijk verondersteld dat de kans dat de verpleegkundige gebruik maakt van een psychofarmacon groter is naargelang de mate dat de verpleegkundige van oordeel is dat een bepaalde reden belangrijk is voor het beheer van psychofarmaca. De PRUQ werd gebruikt in de studie van Kwasny et al. (2004).

Ten derde onderzochten Patel et al. (2005) in hun studies de attitudes, overtuigingen en kennis van verpleegkundigen. De resultaten werden vergeleken met de data die in een eerder onderzoek bekomen werden van psychiaters. Om deze attitudes en overtuigingen te meten werd in 2003 een 44-item vragenlijst opgesteld. De Cronbach's alpha varieerde tussen de 0,36 en 0,51. Er werden zwakke Pearson's correlaties gevonden tussen de subschalen die peilden naar patient-centered attitudes en naar niet patient-centered attitudes ($r: 0,65$ en $0,73$; $p < 0,05$). (Patel et al., 2003; Patel et al., 2005)

2.3.3 Thema's en uitkomsten

Ondanks de matige evidence omtrent de effectiviteit van psychofarmaca en het bestaan van niet-farmacologische interventies is de consumptie van deze geneesmiddelen hoog. Er heerst bij 79% van de huisartsen een opvatting dat personen met een mentale ziekte

enkel ondersteund kunnen worden door geneesmiddelen (Helbling et al., 2006). Ook blijkt dat 70% van de huisartsen geen alternatieve therapie voorstellen aan patiënten die psychotrope geneesmiddelen innemen (Lasserre et al., 2010). Het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen heeft dus de voorkeur op niet-farmacologische interventies, ondanks de bestaande niet-farmacologische richtlijnen voor het omgaan met gedragsproblemen bij dementie. Verder blijkt dat de richtlijn van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) van 2006 stelt dat het toedienen van antipsychotica enkel mag overwogen worden in geval van ernstige agitatie met een risico op letsels aan zichzelf of anderen. Daarenboven is een grondige opvolging en tijdige afbouw van de medicatie noodzakelijk.

Zoals eerder aangegeven zijn er veel gevaren en nadelen verbonden aan het gebruik van psychofarmaca. Toch blijkt uit verschillende studies dat door hulpverleners de voordelen van de geneesmiddelen belangrijker geacht worden dan de geassocieerde risico's en nadelen. Dit blijkt uit de studie van Helbling et al. (2006) en ook de resultaten van de studie van Patel et al. (2005) bevestigen deze stelling. Deze laatste studie rapporteerde namelijk dat 84,2% van de respondenten vindt dat de voordelen van depotmedicatie belangrijker zijn dan de nadelen.

Na raadpleging van de literatuur wordt ook duidelijk wat de indicaties en drijfveren zijn voor hulpverleners om psychofarmaca voor te schrijven en toe te dienen. Voor veel verpleegkundigen is veiligheid een belangrijke reden om geneesmiddelen toe te dienen. Dit blijkt uit de studie van Usher et al. (2009) waarin 32% van de verpleegkundigen aangaf dat ze psychofarmaca zouden toedienen bij bezorgdheid voor de veiligheid van de patiënt en/of voor de veiligheid van de omgeving. Ook zien verpleegkundigen volgens Kwasny et al. (2004) psychotrope geneesmiddelen als een belangrijke beschermingsmaatregel om de veiligheid te verhogen. Op die manier willen verpleegkundigen zichzelf, andere hulpverleners en andere patiënten beschermen tegen fysiek geweld. Daarnaast worden psychofarmaca toegediend om te voorkomen dat een patiënt beschadigingen aanricht ten opzichte van zijn eigen persoon of situatie. Verpleegkundigen willen zo voorkomen dat de oudere verzorgingsmateriaal bij zichzelf verwijdert of losmaakt, zoals intraveneuze lijnen, katheters, wondhechtingen, sondes en verbanden. Verder is het doel van de verpleegkundigen om door de toediening van geneesmiddelen valaccidenten te voorkomen en om een overactief persoon met

dementie rust en stilte te geven, te voorkomen dat de patiënt andere patiënten lastig valt, dwaalt of spullen neemt van andere patiënten (Kwasny et al., 2004).

De beslissing om psychofarmaca toe te dienen kan beïnvloed worden door de patiënt en de omgeving. Belangrijke aspecten zijn de toestand van de patiënt, veiligheid en bestaffingsproblemen.

Uit de studie van Usher et al. (2009) blijkt dat psychotrope geneesmiddelen sneller voorgeschreven worden bij personen die tekenen vertonen van agitatie (42%), agressie (42%) of psychose (26%). Ook volgens de studie van Kwasny et al. (2004) is agitatie een belangrijke indicatie om dergelijke medicatie toe te dienen. Geffen et al. (2002) rapporteren dat 74% van de verpleegkundigen agitatie een geschikte reden vindt om antipsychotica en benzodiazepines toe te dienen, 78% vindt benzodiazepines geschikt. Volgens 93% van de bevroegde verpleegkundigen moeten antipsychotica toegediend worden bij hallucinaties en/of delusies. Opmerkelijk hierbij is dat slechts 45% van de artsen deze mening deelt. Bij slaapproblemen heeft 91% van de artsen een voorkeur voor benzodiazepines, terwijl slechts 58% van de verpleegkundigen hiermee akkoord gaat. Daarnaast vindt 95% van de verpleegkundigen angst een reden om benzodiazepines toe te dienen. Geffen et al. (2002) concluderen dat verpleegkundigen eerder antipsychotica verkiezen en artsen benzodiazepines.

Naast de beschreven patiënteninvloeden kan het beslissingsproces ook beïnvloed worden door de omgeving. De beslissing om psychofarmaca toe te dienen kan volgens Geffen et al. (2002) beïnvloed worden door de mentale status van de andere patiënten en de bestaffing van het verpleegkundig personeel. De aanwezigheid van meerdere patiënten met psychotische symptomen of agitatie kan de omgeving verstoren met een hoger psychofarmacagebruik als gevolg.

Onderbemanning van het verpleegkundig personeel, leidt volgens Geffen et al. (2002) tot een hoger voorschrijfgedrag. Usher et al. (2009) geven aan dat bij bepaalde onstabiele bestaffingsprofielen meer geneesmiddelen voorgeschreven worden. Tot deze profielen behoren minder ervaren personeel, hoge personeelsturnover, het inzetten van niet-regulier personeel en personeel dat de patiënten of de afdeling niet kent. Ervaren en vast personeel kan volgens de onderzoekers beter anticiperen en agressie van patiënten beter vermijden, met als gevolg dat er minder geneesmiddelen voorgeschreven en toegediend worden. Ook volgens Claes et al. (2010) is er een verband tussen het gebruik

van psychofarmaca en onderbestaffing. Ze rapporteren dat een verbetering van de bestaffing kan leiden tot een daling van 40% inzake het voorschrijven van antipsychotica. Naast het aantal beschikbare verpleegkundigen is volgens hen ook hun opleidingsniveau van belang. Claes et al. (2010) stellen dat training en opleiding van de verpleegkundige inzake omgaan met geagiteerde dementerende personen het gebruik van antipsychotica kan verminderen. Kwasny et al. (2004) vermelden eveneens het belang van een adequate personeelsbestaffing. Volgens hen worden tranquilizers toegediend omdat er onvoldoende personeel is om de patiënten te bewaken. Baker et al. (2007) verklaren dat verpleegkundigen ‘as needed medication’ eerder toedienen als eerste oplossing in plaats van als laatste redmiddel en dit ten gevolge van inadequate bestaffing, beperkte vaardigheden, beperkte klinische ervaring en een te hoge tijdsdruk. Uit de studie van Patel et al. (2003) blijkt dat 23% van de verpleegkundigen aangeeft geen tijd te hebben om op een adequate manier de patiënten te monitoren. Slechts 19% gaf aan regelmatig de neveneffecten van de toegediende medicatie te bevragen (Patel et al., 2003). Verder gaan 54% van de artsen en 61% van de verpleegkundigen op een objectieve of subjectieve manier na of het gewenste effect van de toegediende dosis bekomen is. Een vijfde van de artsen en verpleegkundigen gaf aan maar één van de twee manieren te gebruiken (Geffen et al., 2002).

In acht van de tien gevallen waar nevenwerkingen optreden, kiest de huisarts er voor om de behandeling nog twee tot drie weken verder te zetten. (Helbling et al., 2006) En dit terwijl er procedures bestaan om medicatie te stoppen. Volgens Lasserre et al. (2010) gaf 8% aan hier niet van op de hoogte te zijn en vindt meer dan de helft (58%) van de huisartsen dat het stoppen van de geneesmiddelen meer nadelen heeft dan de bijwerkingen bij verdere inname.

2.4 Discussie

Uit de resultaten en gebruikte meetinstrumenten van de geïncludeerde studies blijkt dat de attitudes van verpleegkundigen ten opzichte van psychofarmaca gemeten worden vanuit verschillende topics, zoals de mate van effectiviteit, veiligheid en werkgerelateerde factoren.

Tot op heden is er echter weinig onderzoek geleverd naar de attitudes van verpleegkundigen met betrekking tot het gebruik van psychofarmaca bij geriatrische patiënten.

Algemeen kan gesteld worden dat de meeste gevonden meetinstrumenten op inhoudelijk vlak twee grote beperkingen hebben. Enerzijds zijn ze niet allemaal specifiek gericht op de geriatrische setting en anderzijds werden in de studies niet louter verpleegkundigen bevraagd, maar ook artsen en psychiaters. In de studie van Rasaratnam et al. (2004) werd de RAMS ontwikkeld om de attitudes van de eerstelijns hulpverleners tegenover medicatie bij patiënten met cognitieve beperkingen te onderzoeken. In de studie van Kwasny et al. (2004) richt de PRUQ zich op het identificeren van de redenen om tranquilizers toe te dienen. Hierbij ligt de focus vooral op veiligheid. Vele items werden opgesteld om te beoordelen of de verpleegkundige tranquilizers toedient om te voorkomen dat de patiënt verzorgingsmateriaal bij zichzelf verwijderd of beschadigt. De informatie die verzameld wordt aan de hand van dit instrument blijft vooral beperkt tot het thema over veiligheid.

Patel et al. (2005) gebruikten in hun studie een zelf ontworpen vragenlijst. Hierin werd niet enkel naar de attitudes gepeild, maar ook naar de kennis van de respondenten. De vragenlijst is niet specifiek gericht op ouderen en werd ingevuld door psychiaters. Ondanks deze beperkingen, bevat het instrument wel enkele relevante items waarin onder andere gepeild werd naar stigmatisering, de verhouding van de voordelen tegenover de nadelen van de geneesmiddelen en de mate waarin de respondent het belangrijk vindt dat de medicatie tijdig gestopt wordt. De studie van Helbling et al. (2006) peilde naar de attitudes en opvattingen van huisartsen en de algemene bevolking met betrekking tot antipsychotica en nevenwerkingen. Net als bij Patel et al. (2005) werden hier enkele relevante stellingen gebruikt die de verhouding van de voordelen tegenover de nadelen van de geneesmiddelen onderzoeken.

Op vlak van de psychometrische evaluatie werd voor de vragenlijst van Patel et al. (2005) een lage Cronbach's alpha gevonden.

2.5 Conclusie

Uit deze studies blijkt dat hulpverleners zelden een alternatieve therapie voorstellen aan patiënten die psychofarmaca toegediend krijgen. Een tweede probleem is dat de behandeling van psychofarmaca wordt voortgezet ondanks de aanwezigheid van nevenwerkingen. Een heersende opvatting hierbij is dat de voordelen van de geneesmiddelen groter zijn dan de nadelen. De beslissing om psychofarmaca voor te schrijven en toe te dienen wordt volgens de literatuur enerzijds beïnvloed door de

individuele patiënt. Dit wil zeggen dat patiënten die agiterend, agressief en psychotisch gedrag vertonen meer kans maken om psychofarmaca te krijgen. Anderzijds spelen omgevingsinvloeden een rol bij het beslissingsproces. Zo kunnen bestaffingsproblemen van het verpleegkundig personeel en de mentale status van andere patiënten zorgen voor een hogere consumptie van psychofarmaca. Uit de literatuur blijkt dat ook veiligheid en kennis ook een invloed hebben op het voorschrijfgedrag. Er zijn dus verschillende factoren die de attitudes en het gedrag van de verpleegkundige kunnen beïnvloeden bij het voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen.

3 Methodologie

3.1 Design

Zoals eerder omschreven is het doel van deze masterproef om een valide en betrouwbaar meetinstrument te ontwikkelen om de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van psychofarmaca bij ouderen te onderzoeken. Om deze doelstelling te bereiken werd een prospectieve psychometrische validatiestudie opgezet waarbij de inhoudsvaliditeit, construct validiteit en betrouwbaarheid wordt beoordeeld.

3.1.1 Fase 1: Ontwikkeling van het instrument

Uit de verheldering van het concept attitude in voorgaande literatuurstudie blijkt dat dit een psychologisch construct is. Volgens Streiner en Norman (2003, in Vanderwee, Delbaere, Steeman & Grypdonck, 2011) is een dimensionele conceptualisatie aangewezen om een psychologisch construct te meten. Attitudes kunnen gescoord worden tussen twee extremen, en zijn bijgevolg bipolair.

Het instrument is opgebouwd uit verschillende items die beoordeeld dienen te worden aan de hand van een vijf-punt Likert-type schaal. Dergelijk multiple choice format moet volgens Comrey (1988, in Clark & Watson, 1995) leiden tot betrouwbare antwoorden en stabiele resultaten. De keuze om een vijf-punt Likert-type schaal te hanteren, werd ondersteund door de geraadpleegde experts van de Delphiprocedure. Er werd gekozen voor volgende definiëring van de keuzemogelijkheden: 1: Helemaal niet akkoord, 2: Eerder niet akkoord, 3: Noch niet akkoord, noch akkoord, 4: Eerder akkoord en 5: Helemaal akkoord. Op die manier werd het middelpunt gedefinieerd.

Algemeen gezien bestaat de vragenlijst uit drie delen.

In het *eerste* deel worden de demografische gegevens van de respondenten bevraagd, zoals geslacht, geboortjaar, functie, gevolgde basisopleiding, vervolgopleidingen en bijscholingen, werkervaring, afdeling, aantal bijscholingen en de eigen ervaren kennis. In het *tweede* deel werd het instrument over de attitudes geplaatst. Deze items dienen beoordeeld te worden door de respondenten op een vijf-punt Likert-type schaal om na te gaan in welke mate de onderzoekspopulatie hier al dan niet mee akkoord gaat.

In het *derde* deel krijgen respondenten de kans om enkele opmerkingen te formuleren.

3.1.1.1 Ontwikkeling van items

Om het instrument adequaat te kunnen ontwikkelen, werd een item pool gecreëerd,

zoals aangeraden door Clark en Watson (1995). Deze item pool bestond uit items die geselecteerd werden uit voorgaande literatuurstudie, de besproken meetinstrumenten en eigen aanvullingen.

Op basis van voorgaande literatuurstudie werden 48 items geselecteerd uit bestaande meetinstrumenten. Deze items werden van het Engels naar het Nederlands vertaald door dr. T. Van Parys, doctor in de Taal- en Letterkunde. Om interpretatiefouten met betrekking tot het vakjargon te vermijden, werd meermaals overleg gepleegd met dr. Van Parys. Op die manier werd telkens gezocht naar de best mogelijke vertaling van de items. Een overzicht van de vertaalde items is toegevoegd in bijlage 3. Daarna werden de vertaalde items herwerkt en samengebracht tot nieuwe items op basis van de literatuur en gelijkheid van items. Items werden op een positieve of negatieve wijze geformuleerd met als doel om te voorkomen dat respondenten geneigd zijn om met alle items akkoord of niet akkoord te gaan. Verder werd bij het opstellen van de items rekening gehouden met de begripsverheldering van het concept attitude waaruit blijkt dat een attitude bestaat uit een cognitief, affectief en gedragsmatig aspect. Zo werd gezorgd dat er een variatie aanwezig was van items met een cognitieve, affectieve en gedragsmatige invalshoek.

3.1.1.2 Inhoudsvaliditeit

Om de inhoudsvaliditeit van een instrument te kunnen beoordelen, werd een Delphiprocedure uitgevoerd. Deze procedure wordt door Polit & Beck (2010) omschreven als een techniek om de beoordeling te verkrijgen van een expertpanel omtrent een “issue of concern”. De experts werden individueel en in twee ronden gecontacteerd met als doel om een consensus te bereiken over de relevantie en duidelijkheid van de items. De opgestelde items dienden door de experts beoordeeld te worden op hun relevantie en duidelijkheid aan de hand van een vier-punt Likertschaal (Lynn, 1986). Tussen de twee ronden werden de experts op de hoogte gebracht van de resultaten en opmerkingen van de voorgaande ronde, zoals aangeraden door Polit & Beck (2010).

Volgens Lynn (1986) dienen minstens vijf experts de items te beoordelen. In totaal werden 11 experts aangeschreven via e-mail. Uiteindelijk hebben zeven experts deelgenomen aan de Delphiprocedure. Zeven experts in de eerste ronde en zes in de tweede ronde. Omdat de procedure door een expert verkeerd geïnterpreteerd werd, zijn

de beoordelingen van deze expert geëxcludeerd. Volgens Powell (2003) is het succes van de Delphiprocedure afhankelijk van de expertise en de kwaliteit van de panelleden. Daarom werden experts aangeschreven met verschillende functies en expertises, zoals gerontopsychiaters, een huisarts, een farmacoloog, een apotheker, een doctor in de Medische Wetenschappen, een hoofdverpleegkundige, een geriatrisch en psychiatrisch verpleegkundige. Een lijst van de deelnemende experts en hun beroepsprofiel is toegevoegd in bijlage 4.

Aan de hand van de scores van de experts op de vier-punt Likert-type schaal werd de content validity index (CVI) per item berekend. Dit is een waarde tussen nul en één die weergeeft in welke mate de experts de beoordeelde items relevant vinden (Polit & Beck, 2010). Hoe hoger de CVI, hoe beter de validiteit.

In de eerste ronde werden de resultaten van zes experts geanalyseerd en van vijf experts in de tweede ronde. Zoals blijkt uit tabel 2 dient volgens Lynn (1986) bij de deelname van vijf experts een CVI van 1,00 bekomen te worden om een item als valide te kunnen beschouwen. Dit betekent dat alle vijf de experts het item als relevant en duidelijk dienen te beoordelen. Bij zes deelnemende experts is dit minimum 0,83. Dit betekent dat er minstens vijf van de zes experts het item als relevant en duidelijk moeten beoordelen. Er werden in totaal 31 items voorgelegd aan de experts.

Tabel 2 Content Validity Index (Lynn, 1986)

		Aantal experts die het item als valide beschouwen								
		2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aantal geraadpleegde experts	2	1,00								
	3	0,67	1,00							
	4	0,50	0,75	1,00						
	5	0,40	0,60	0,80	1,00					
	6	0,33	0,50	0,67	0,83	1,00				
	7	0,29	0,43	0,57	0,71	0,86	1,00			
	8	0,25	0,38	0,50	0,63	0,75	0,88	1,00		
	9	0,22	0,33	0,44	0,56	0,67	0,78	0,89	1,00	
	10	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,90	1,00

3.1.2 Fase 2: Psychometrische evaluatie

Om na te gaan of het ontwikkelde meetinstrument valide en betrouwbaar is, wordt een psychometrische evaluatie uitgevoerd. Deze validering verloopt in verschillende stappen. Om te beginnen wordt de inhoudsvaliditeit van de items uit het instrument beoordeeld. Daarnaast wordt de construct validiteit beoordeeld op basis van een factoranalyse en de known groups technique. Vervolgens wordt de betrouwbaarheid van het instrument onderzocht door evaluatie van de interne consistentie en de stabiliteit op basis van de intraclass correlatie coëfficiënt.

3.1.2.1 Factoranalyse

De factoranalyse is een statistische procedure om de construct validiteit na te gaan. Het doel is om in een instrument clusters van gerelateerde items te identificeren. Dit gebeurt aan de hand van de principale componenten analyse (PCA) (Polit & Beck, 2010). Zo kan onderzocht worden of er verschillende componenten, ook subschalen genoemd, onderscheiden kunnen worden. Uit deze analyse blijkt eveneens of er bepaalde items geëxcludeerd dienen te worden. Dit gebeurt op basis van de berekening van de correlaties tussen de verschillende items. Van het volledige instrument en de verschillende subschalen kan vervolgens bepaald worden hoeveel procent van de variantie van het onderzochte concept ze verklaren (Van Maele, Buysse & Coorevits, 2010).

Vooraleer de indeling in componenten wordt gemaakt, wordt aan de hand van de Barlett-test of Sphericity nagegaan of de correlatiematrix geen identiteitsmatrix is. Indien dit wel het geval is, betekent dit dat er geen correlaties zijn tussen de verschillende items en is er geen indicatie om een factoranalyse uit te voeren. Op basis van de Kaiser-Meyer-Olkinmaat (KMO) wordt bepaald of er achterliggende factoren aanwezig zijn. Er wordt gesteld dat de cut-offwaarde 0,70 is (Van Maele et al., 2010). Indien een hogere waarde bekomen wordt, betekent dit dat er achterliggende factoren aanwezig zijn en dat het uitvoeren van een factoranalyse aangewezen is. Omdat de KMO-maat slechts een indicatie geeft voor het uitvoeren van een factoranalyse, dienen de verschillende items individueel bekeken te worden. Dit gebeurt door het bepalen van de Measure of Sampling Adequacy-waarden (MSA) in de anti-image correlatiematrix. Hierbij wordt nagegaan of alle items weldegelijk op de factor laden. Items met een MSA-waarde lager dan 0,70 worden geëxcludeerd.

Vervolgens wordt met behulp van de Rotated Component Matrix nagegaan welke items samen het uiteindelijke meetinstrument en de subschalen vormen. De verschillende subschalen kunnen op basis van theorie benoemd worden. De hoeveelheid van de verklaarde variantie van het instrument en de subschalen wordt bepaald aan de hand van de Total Variance Explainedtabel. Zo kan nagegaan worden in welke mate het instrument de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van de toediening van psychofarmaca bij ouderen verklaart.

3.1.2.2 *Known groups technique*

De known groups technique is een benadering om de construct validiteit van een instrument te beoordelen. Er wordt onderzocht of het instrument het te onderzoeken construct op een valide wijze meet. Hierbij worden de resultaten vergeleken van groepen waarbij vanuit een theoretisch denkkader een verschil wordt verwacht (Polit & Beck, 2010). Om deze verschillen te kunnen onderzoeken, werden vooraf hypothesen opgesteld, zoals weergegeven in tabel 3. Zo worden groepen waarbij een positievere attitude verwacht wordt, vergeleken met groepen waarbij een negatievere attitude bij verwacht wordt. Dit verschil wordt verwacht op basis van theoretische kennis en werkervaring. Op deze manier worden de resultaten van de hoofdverpleegkundigen vergeleken met de resultaten van de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde. Hierbij wordt verwacht dat hoofdverpleegkundigen positievere attitudes vertonen dan verpleegkundigen en studenten verpleegkunde. Tevens wordt verwacht dat verpleegkundigen hogere scores behalen dan studenten verpleegkunde. Er werden bijkomende groepen opgesteld op basis van de basisopleiding, vervolgopleidingen en afstudeerrichting van de respondenten. Hierbij wordt verwacht dat een bacheloropleiding leidt tot gunstigere attitudes dan een HBO5-opleiding, een vervolgopleiding gepaard gaat met betere attitudes en personen die de afstudeerrichting geriatrische verpleegkunde volgen, betere scores behalen dan personen uit de afstudeerrichting ziekenhuisverpleegkunde.

Indien uit de Q-Q plots, de histogrammen en de Kolmogorov-Smirnov test van verschillende variabelen blijkt dat de scores normaal verdeeld zijn, worden deze gemiddelde scores van de verschillende groepen vergeleken aan de hand van parametrische T-testen. Bijgevolg kan aan de hand van het steekproefgemiddelde en de standaarddeviatie nagegaan worden of het verschil significant is (De Moor & Van Maele, 2008).

Tabel 3 Hypotheses known groups technique

Groep met verwachte positievere attitudes	vs.	Groep met verwachte negatievere attitudes
Hoofdverpleegkundigen	vs.	Verpleegkundigen
Hoofdverpleegkundigen	vs.	Studenten
Verpleegkundigen	vs.	Studenten
Verpleegkundigen bacheloropleiding	vs.	Verpleegkundigen HBO5-opleiding
Studenten bacheloropleiding	vs.	Studenten HBO5-opleiding
Verpleegkundigen geriatrische verpleegkunde	vs.	Verpleegkundigen ziekenhuis verpleegkunde
Studenten geriatrische verpleegkunde	vs.	Studenten ziekenhuisverpleegkunde
Verpleegkundigen met vervolgopleiding referentie verpleegkundige geriatrie	vs.	Verpleegkundigen zonder vervolgopleiding tot referentie verpleegkundige geriatrie
Verpleegkundigen met vervolgopleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie	vs.	Verpleegkundigen met vervolgopleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie

3.1.2.3 Stabiliteit

De stabiliteit van een instrument kan omschreven worden als de mate waarin er een overeenkomst is tussen de resultaten van dezelfde test die door dezelfde groep personen op twee verschillende tijdstippen wordt ingevuld (Polit en Beck, 2010). Een stabiel instrument meet dus dezelfde resultaten op verschillende tijdstippen. Een stabiel resultaat draagt bij tot de betrouwbaarheid van het instrument.

Om dit te kunnen onderzoeken worden de resultaten van de respondenten die de vragenlijst twee keer invullen gecodeerd geanalyseerd. Aan de hand van een persoonlijke code is het mogelijk om de resultaten van de eerste meting te koppelen aan de resultaten van de tweede meting. Deze code bestaat uit zes cijfers en wordt gevormd door de laatste drie cijfers van het mobiele telefoonnummer van de participant te

combineren met de twee cijfers van de geboortemaand en het laatste cijfer van het huisnummer van de participant. Door deze code kon de anonimiteit van de participanten gegarandeerd worden.

De items van het instrument worden bij het opstellen van de tweede test opnieuw gerandomiseerd zodat deze in een andere volgorde worden voorgelegd aan de participanten in vergelijking met de eerste test. Het doel van deze maatregel is om te vermijden dat de respondenten door herinnering van hun antwoorden op de eerste test dezelfde antwoorden geven op de tweede test. Door het tijdsinterval tussen de twee testen te beperken tot een week, werd de mogelijkheid dat de attitudes van de participanten veranderen door het verstrijken van de tijd verlaagd.

De beoordeling van deze test-hertest gebeurt aan de hand van de berekening van de intraclass correlatie coëfficiënt (ICC). Volgens Van Maele et al. (2010) bestaat er niet echt een consensus over de waarde die een ICC zou moeten hebben vooraleer er sprake is van een goede betrouwbaarheid. Volgens Fleiss (1986, in Van Maele et al. 2010) is een instrument met een ICC hoger dan 0,75 excellent, een ICC tussen 0,40 en 0,75 middelmatig tot goed en een ICC kleiner dan 0,40 slecht. Indien er een hoge ICC bereikt wordt, betekent dit dat de resultaten op beide tests voldoende gelijk zijn en bijgevolg als stabiel kunnen bestempeld worden. Hoe dichter de ICC bij 1 ligt, hoe groter de stabiliteit en betrouwbaarheid (Van Maele et al.2010).

In totaal hebben 93 respondenten de vragenlijst twee keer ingevuld. Zoals blijkt uit tabel 4 werden hiervan 84 personen geïnccludeerd om de stabiliteit te onderzoeken, waarvan 45 verpleegkundigen, 36 studenten en 3 hoofdverpleegkundigen. De resultaten van 9 personen werden geëxcludeerd omdat de resultaten van de eerste test niet gelinkt konden worden aan de resultaten van de tweede test door een gebrek aan overeenkomst in de code. Verpleegkundigen van het UZ Gent, het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze, het AZ Nikolaas en het AZ Alma hebben toegestemd om de test twee keer in te vullen. Ook de Katholieke Hogeschool Sint-Lieven en het KATHO hebben hun medewerking verleend om de vragenlijst een tweede keer te laten invullen door hun studenten. Het tijdsinterval tussen het invullen van de twee tests bedroeg ongeveer een week.

Tabel 4 Aantal respondenten per instelling – test hertest

Instelling	Aantal respondenten
UZ Gent	19 (22,6%)
AZ Sint-Vincentius Deinze	10 (11,9%)
KaHoSL	24 (28,6%)
KATHO	12 (14,3%)
AZ Nikolaas	14 (16,7%)
AZ Alma	5 (6%)
Totaal	84

3.1.2.4 Interne consistentie

De interne consistentie geeft weer in welke mate verschillende items van een instrument dezelfde variabele meten. Het is namelijk een schatting van de correlatie tussen verschillende items. Dit wordt onderzocht aan de hand van de berekening van de Cronbach's alpha. Door de bepaling van deze waarde is het mogelijk om de homogeniteit tussen de verschillende items van het totale instrument en de verschillende subschalen te beoordelen. De Cronbach's alpha geeft weer in welke mate er uitspraken gedaan kunnen worden over individuele verschillen (Cronbach, 1951). Deze waarde varieert tussen de nul en één en dient minstens 0,70 te zijn vooraleer er sprake is van een intern consistente schaal. Indien hieraan voldaan wordt, betekent dit dat de items van de schaal eenzelfde concept meten. Hoe hoger de interne consistentie, hoe nauwkeuriger en betrouwbaarder de meting (Polit & Beck, 2010). De Cronbach's alpha wordt in dit onderzoek berekend voor het volledig instrument en de verschillende subschalen.

3.2 Steekproef

De steekproefgrootte werd bepaald aan de hand van Polit & Beck (2007, in Beeckman et al. (2010)), waarin gesteld wordt dat er minimum 10 respondenten per item nodig zijn om een factoranalyse te kunnen ondersteunen. Daar het initiële instrument bestaat uit 20 items waren bijgevolg minimum 200 respondenten nodig. De steekproef gebeurde aan de hand van een convenience sample, waarbij participanten gekozen worden op basis van hun beschikbaarheid (Polit & Beck, 2010). Uiteindelijk hebben 469 personen de vragenlijst ingevuld, waarvan 39 personen werden geëxcludeerd omdat de vragenlijst in onvoldoende mate werd ingevuld. Het uitvalspercentage bedroeg bijgevolg 8,32% In

totaal werden de gegevens van 430 personen geïnccludeerd voor de analyses, waarvan 202 verpleegkundigen, 212 studenten verpleegkunde, 16 hoofdverpleegkundigen.

3.2.1 Keuze van de instellingen

Deze niet-toevalssteekproef werd uitgevoerd binnen de populatie van verpleegkundigen op geriatrie afdelingen in Vlaamse ziekenhuizen en bij studenten verpleegkunde in Vlaamse hogescholen. Er werden in totaal 28 ziekenhuizen en 10 hogescholen uitgenodigd om deel te nemen aan deze studie. Dit gebeurde aan de hand van een schriftelijke uitnodiging via e-mail. Het uitnodigingsdocument werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent. Uiteindelijk hebben negen ziekenhuizen en vier hogescholen deelgenomen aan de schriftelijke bevraging. Twee ziekenhuizen en vier hogescholen hebben bevestigd de digitale versie doorgestuurd te hebben naar hun verantwoordelijke om die te delen met de personen die in aanmerking komen om deel te nemen aan dit onderzoek. De deelnemende instellingen en het aantal respondenten per instelling is voor ziekenhuizen weergegeven in tabel 5 en voor hogescholen in tabel 6.

3.2.2 Keuze van de deelnemers

3.2.2.1 Verpleegkundigen

Enkel verpleegkundigen van een geriatrie zorgsetting kwamen in aanmerking om de vragenlijst in te vullen. Deze personen dienen in het bezit te zijn van een diploma als professionele bachelor in de verpleegkunde³ of een diploma gediplomeerd verpleegkundige. Zowel verpleegkundigen die met een vast contract werken als verpleegkundigen die via de mobiele equipe of op interimbasis tewerkgesteld worden op de geriatrie afdeling kwamen in aanmerking om deel te nemen aan dit onderzoek.

³ Of gegraduateerd verpleegkundige.

Tabel 5 Aantal respondenten per ziekenhuis

Ziekenhuis	Aantal respondenten
UZ Gent	28 (13,9%)
Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze	18 (8,9%)
Sint-Augustinus Veurne	11 (5,4%)
AZ Lokeren	5 (2,5%)
AZ Groeninge	31 (15,3%)
AZ Jan Palfijn Gent	11 (5,4%)
AZ Sint-Lucas Gent	37 (18,3%)
AZ Nikolaas	28 (13,9%)
Sint-Rembertziekenhuis Torhout	17 (8,4%)
AZ Alma	7 (3,5%)
Online	9 (4,5%)
Totaal	202

3.2.2.2 Studenten

Er werd gekozen om zowel studenten uit de bacheloropleiding in de verpleegkunde als studenten uit de opleiding HBO5-verpleegkunde te includeren in deze studie, op voorwaarde dat deze personen bezig zijn met het laatste jaar of de vijfde module van hun opleiding. Enkel studenten van de afstudeerrichtingen ziekenhuisverpleegkunde en geriatrische verpleegkunde kwamen in aanmerking om deel te nemen aan deze bevraging.

Tabel 6 Aantal respondenten per hogeschool

Hogeschool	Aantal respondenten
KaHoSL Aalst	61 (28,8%)
KHBO Brugge	48 (22,6%)
KATHO Roeselare	18 (8,5%)
Aleydis Tielt	38 (17,9%)
Online	47 (22,2%)
Totaal	212

3.3 Ethisch overwegingen

Voor deze masterproef werd goedkeuring gekregen van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent, met dossiernummer 2012/181 en Belgisch registratienummer B670201213782. Deze goedkeuring werd meegedeeld aan alle deelnemende ziekenhuizen en hogescholen. In de deelnemende ziekenhuizen werd, indien nodig, de studie en bijhorende documenten eveneens ter goedkeuring voorgelegd aan het desbetreffende Ethisch Comité. Voor de bevraging in het UZ Gent werd een goedkeuring bekomen door de vakgroeporganisaties. Alle participanten hebben een informed consent ontvangen met informatie over het onderzoek. Deze personen dienden hun goedkeuring inzake hun vrijwillige deelname te bevestigen door het bijgevoegde toestemmingsformulier te ondertekenen.

3.4 Datacollectie

Nadat de verschillende instellingen hun deelname aan het onderzoek hebben bevestigd en het centraal Ethisch Comité van het UZ Gent hiervan op de hoogte gebracht werd, vond in de periode van mei tot en met juli 2012 de datacollectie plaats. Er werden met de contactpersonen van de instellingen praktische afspraken gemaakt om de bevraging te organiseren. Algemeen gezien werden twee methodes gebruikt. Bij de eerste methode werden de respondenten in groep geïnformeerd en vulden deze personen de vragenlijst onmiddellijk in. De ingevulde vragenlijsten werden meteen terug verzameld. Bij de tweede methode werd uitleg gegeven aan de lokale onderzoeker⁴ en indien mogelijk aan enkele respondenten, waarna de lokale onderzoeker de verdere taken met betrekking tot de datacollectie op zich neemt, zoals het informeren van de respondenten, het verspreiden en verzamelen van de vragenlijsten. Deze laatste methode werd vooral toegepast in ziekenhuizen.

De vragenlijst werd hoofdzakelijk verspreid in een papieren versie. Om meer respondenten te bereiken werd ook een digitale versie van de vragenlijst opgesteld. De participanten kregen de opdracht om de vragenlijst zelfstandig en naar hun eigen handelen, denken en gevoel in te vullen. Er werd benadrukt dat op die manier de huidige attitudes onderzocht worden en niet wat de attitudes van de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde zijn in een ideale situatie. Op die manier werd gepoogd om

⁴ De lokale onderzoekers waren dienstverantwoordelijken, leidinggevend en opleidingsverantwoordelijken.

sociaal wenselijke antwoorden te beperken. De papieren versie van de vragenlijsten werd afhankelijk van de instelling verspreid door de onderzoeker of door lokale onderzoekers, zoals dienstverantwoordelijken in ziekenhuizen en opleidingsverantwoordelijken in hogescholen.

Voor het verspreiden van de vragenlijst werd een piloottest uitgevoerd bij vijf verpleegkundigen. Het doel was om op deze manier na te gaan of de formulering van de items begrijpbaar was en om na te gaan hoeveel tijd het invullen van de vragenlijst in beslag neemt. De participanten werden gevraagd om hierover feedback te geven en om eventuele andere opmerkingen te formuleren. Uit deze piloottest bleek dat de participanten in het algemeen geen problemen hebben bij het invullen van de vragenlijst. Er werden geen noemenswaardige problemen gerapporteerd over de bevroegde items.

Omdat ook de stabiliteit van het instrument onderzocht wordt in deze masterproef werden de deelnemende ziekenhuizen en hogescholen gevraagd om de participanten de test twee maal te laten invullen op een verschillend tijdstip in het kader van het test-hertest principe. Deelname aan deze tweede test was voor de instellingen echter geen voorwaarde om deel te nemen aan de eerste bevraging. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. De confidentialiteit van de participanten werd benadrukt in het informed consent en op de vragenlijst.

3.5 Data-analyse

De verkregen data werden geïmporteerd en geanalyseerd in SPSS[®] 20.0 (SPSS[®] Inc., Chicago, IL, USA). De beschrijvende statistiek werd beoordeeld aan de hand van het gemiddelde, de standaarddeviatie en de normaalverdeling. Indien er sprake was van een normaalverdeling, werd de vergelijkende statistiek uitgevoerd aan de hand van parametrische testen. Voor alle analyses werd het betrouwbaarheidsinterval vastgelegd op 95%. Dit betekent dat het significantieniveau (P) kleiner dient te zijn dan 0,05.

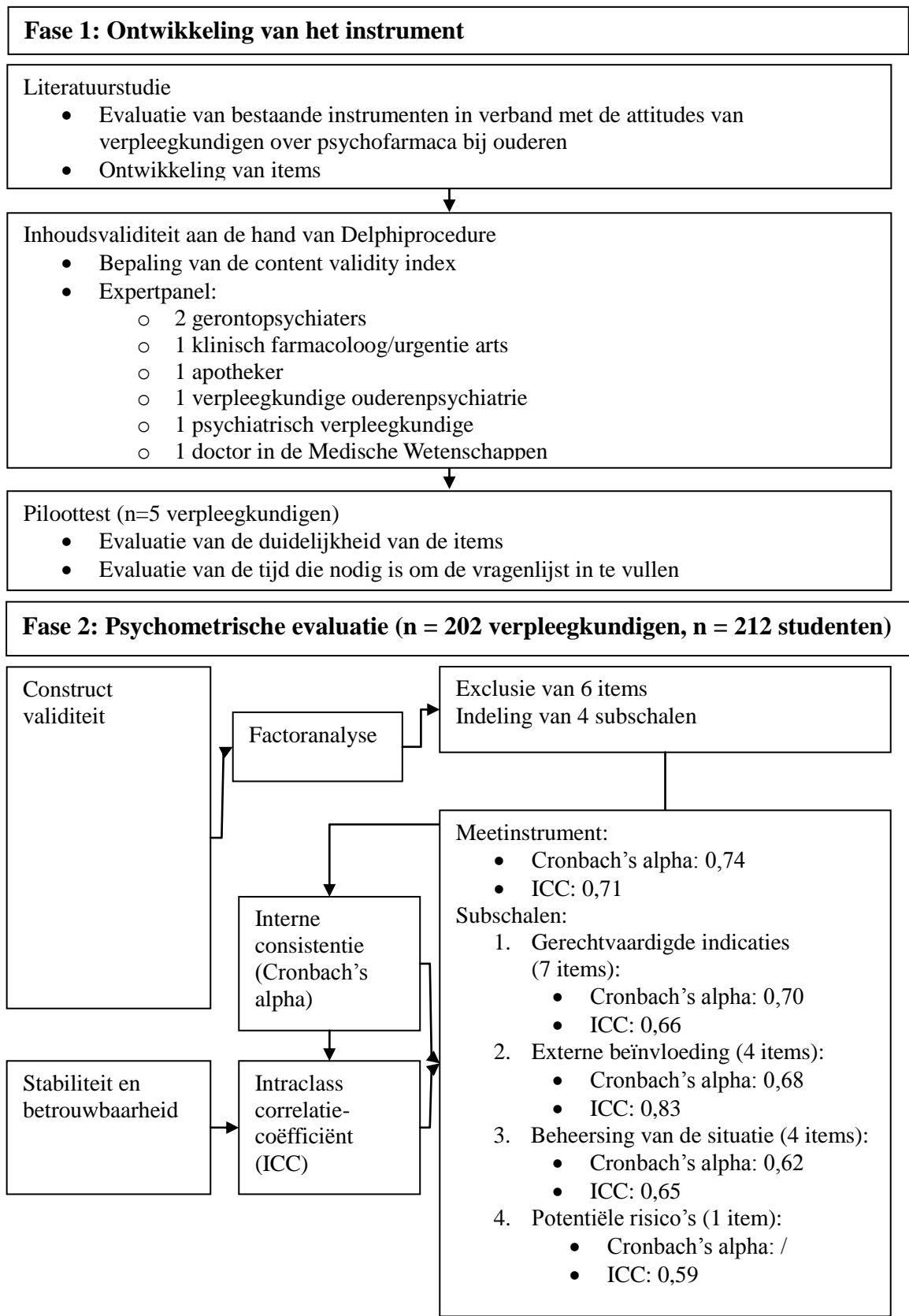
Om vertekende effecten van missing data te vermijden werden respondenten die de vragenlijst onvoldoende invulden geëxcludeerd. Tot deze groep behoren respondenten die in de vragenlijst enkel de demografische gegevens en/of minder dan de helft van de items van het instrument hebben ingevuld.

Voor de analyses in SPSS werden de items gehercodeerd, met uitzondering van volgende items:

- Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca onmiddellijk gestopt moet worden indien er bijwerkingen van de toegediende psychofarmaca geobserveerd worden
- Ik ben van mening dat een verpleegkundige met veel werkervaring minder snel geneigd zal zijn om een psychofarmacon toe te dienen aan een geriatrische patiënt met psychische en gedragsproblemen.
- Ik voel me schuldig als ik een psychofarmacon toedien aan een geriatrische patiënt met psychische gedragsproblemen.
- Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen.

Door deze hercodering werd ervoor gezorgd dat een hoge score op het instrument gelijk is aan een positieve attitude. Hoe hoger de score op het instrument, hoe beter de attitudes en hoe minder deze attitude leidt tot het toedienen van psychofarmaca. Bovenstaande items werden niet gehercodeerd omwille van hun formulering. Een hoge score op deze items betekent reeds een positieve attitude.

De verzamelde data worden gebruikt om het instrument psychometrisch te evalueren. Zoals eerder beschreven zal dit gebeuren aan de hand van het uitvoeren van een factoranalyse, het testen van de construct validiteit, stabiliteit en betrouwbaarheid van het instrument. Indien blijkt dat het instrument valide en betrouwbaar is, kunnen scores van de verpleegkundigen beschreven worden om een antwoord op de onderzoeksvraag van deze masterproef te geven.



Figuur 1 Schematische voorstelling van het onderzoeksproces

4 Resultaten

4.1 Inhoudsvaliditeit

Door de beoordeling van het expertpanel kon voor elk item de CVI berekend worden inzake duidelijkheid en relevantie. Na de eerste ronde werd een consensus verkregen over 10 van de 31 items, dit zowel op vlak van duidelijkheid als relevantie. De overige 21 items werden aangepast op basis van de feedback en opmerkingen van de experts om vervolgens opnieuw voorgelegd te worden ter beoordeling. Uit deze beoordeelde items werd een selectie gemaakt voor het opstellen van het meetinstrument. De selectie van de verschillende items gebeurde op basis van verschillende parameters. Om te beginnen werd rekening gehouden met de CVI. Items met een te lage CVI werden geëxcludeerd, met uitzondering van drie items. Ten tweede werd tijdens de selectie rekening gehouden met het concept attitude. Het doel was om op deze manier een variatie van items te includeren met een cognitieve, affectieve en gedragsmatige formulering. Tot slot werd uit gelijkaardige items een keuze gemaakt voor één formulering aan de hand van bovenstaande parameters. Hierdoor werd in overleg met de promotoren van deze masterproef beslist om items vier, vijf en 19 toch te includeren in het instrument. De items die niet opgenomen werden in het instrument voor de psychometrische validatie zijn toegevoegd in bijlage 5. De attitudemeetschaal die voorgelegd werd aan de respondenten na de Delphiprocedure is terug te vinden in bijlage 6.

Volgens het expertpanel is een vijf-punt Likert-type schaal het meest relevant om de resultaten te meten. Vijf van de zeven deelnemende experts hebben hun voorkeur gegeven voor dit type schaal.

Tabel 7 Content Validity Index per geselecteerd item

	Item	Relevantie					Duidelijkheid				
		1	2	3	4	CVI	1	2	3	4	CVI
1	Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca voor een gerichte diagnose, in een juiste dosis en voor een juiste duur op korte termijn niet schadelijk is voor de patiënt.	-	-	3	2	1	-	-	3	2	1
2	Ik ben van mening dat farmacologische interventies effectiever zijn dan niet-farmacologische interventies bij ouderen met psychische en gedragsproblemen.	-	-	-	5	1	-	-	1	4	1
3	Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca onmiddellijk gestopt moet worden indien er bijwerkingen van de toegediende psychofarmaca geobserveerd worden.	-	-	2	4	1	-	-	2	4	1
4	Ik zal een voorgeschreven psychofarmacon sneller toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agitatie in het kader van delier of psychische en gedragsstoornissen.	-	-	1	4	1	-	1	1	3	0,80
5	Ik zal een voorgeschreven psychofarmacon sneller toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agressie in het kader van psychische en gedragsstoornissen.	-	-	1	4	1	-	1	1	3	0,80
6	Ik dien psychofarmaca toe om een overactieve persoon met dementie mentale en fysieke rust te bieden.	-	-	1	4	1	-	-	1	4	1
7	Ik dien psychofarmaca toe om de geriatrische patiënt te beschermen tegen de gevolgen van zijn eigen gedrag.	-	-	1	4	1	-	-	1	4	1
8	Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om te voorkomen dat een persoon met dementie verzorgingsmateriaal verwijdert, zoals sondes, katheters en verbanden.	-	-	1	4	1	-	-	1	4	1
9	Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om andere patiënten te beschermen tegen fysiek geweld van die geriatrische patiënt.	-	-	2	3	1	-	-	1	4	1
10	Ik dien psychofarmaca toe om mezelf te beschermen tegen fysiek geweld van de geriatrische patiënt, zodat ik me veiliger voel.	-	-	5	1	1	-	-	4	2	1
11	Ik ben geneigd om sneller een psychofarmacon toe te dienen wanneer ik een hogere werkdruk ervaar.	-	-	-	5	1	-	-	5		1
12	Ik ben geneigd om bij personeelsonderbemannings sneller psychofarmaca toe te dienen.	-	-	2	4	1	-	1	2	3	0,83
13	Ik ervaar minder werkdruk als de patiënt psychofarmaca toegediend krijgt.	-	1	2	3	0,83	-	1	1	4	0,83
14	Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van andere verpleegkundigen.	-	-	1	5	1	-	1	2	3	0,83
15	Ik heb het gevoel dat wanneer ik een	-	1	5	-	1	-	1	2	3	0,83

	psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van de familie van de patiënt.										
16	Ik ben van mening dat er sneller psychofarmaca toegediend worden wanneer er niet-regulier personeel aanwezig is die de afdeling niet goed kent.	-	-	1	5	1	-	1	2	3	0,83
17	Ik heb het gevoel meer controle te hebben over de situatie als een geriatrische patiënt met psychische en gedragsproblemen psychofarmaca toegediend krijgt.	-	-	1	4	1	-	-	1	4	1
18	Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen.	-	-	2	3	1	-	-	1	4	1
19	Ik voel me schuldig als ik een psychofarmacon toedien aan een geriatrische patiënt met psychische gedragsproblemen.	-	1	1	3	0,80	-	-	-	5	1
20	Ik ben van mening dat een verpleegkundige met veel werkervaring minder snel geneigd zal zijn om een psychofarmacon toe te dienen aan een geriatrische patiënt met psychische en gedragsproblemen.	-	-	-	5	1	-	-	1	4	1

4.2 Steekproef

In tabel 8 worden de demografische gegevens van de respondenten beschreven. Zowel in de groep van de verpleegkundigen als van de studenten verpleegkunde zijn meer vrouwen dan mannen (respectievelijk 89,1% en 82,1% vrouwen tegenover respectievelijk 10,9% en 17,9% mannen). Ongeveer drie vierde van de bevroegde studenten verpleegkunde was jonger dan 26 jaar. Bij de verpleegkundigen was dit 18,3%. Ongeveer een vierde van de geïncludeerde verpleegkundigen is tussen de 26 en 35 jaar. Een gelijkaardig aantal werd bekomen voor de participanten tussen de 36 en 45 jaar en voor de participanten ouder dan 45 jaar.

Ruim drie vierde (77,4%) van de deelnemende studenten verpleegkunde volgt de opleiding tot bachelor in de verpleegkunde, tegenover ongeveer een vierde (22,6%) dat de HBO5-opleiding volgen. Iets minder dan een derde (32,2%) van alle bevroegde studenten volgt de afstudeerrichting geriatrische verpleegkunde. Net als bij de studenten verpleegkunde heeft de grootste groep verpleegkundigen de afstudeerrichting ziekenhuisverpleegkunde gevolgd, namelijk respectievelijk 67,9% en 66,8%. Ongeveer een vijfde (20,8%) van de verpleegkundigen heeft de opleiding geriatrische verpleegkunde genoten. Verder heeft 5% de opleiding psychiatrische verpleegkunde gevolgd, 1,5% pediatische verpleegkunde en 1% sociale verpleegkunde.

Bijna een vierde (22,3%) van de verpleegkundigen heeft de vervolgopleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie gevolgd en 17,3% de opleiding tot referentieverpleegkundige geriatrie. Verder gaf 5,9% van de verpleegkundigen aan nog een andere opleiding gevolgd te hebben, zoals de opleiding referentiepersoon dementie, opleiding palliatieve zorgen, lerarenopleiding of de opleiding tropische geneeskunde.

Van deze ondervraagde verpleegkundigen werkt 82,7% op de hospitalisatieafdeling acute geriatrie, 5,9% in het geriatisch dagziekenhuis, 3,5% in het interne liaison team geriatrie en 7,9% in een andere setting. De meerderheid van deze personen uit de laatste groep werkten in de mobiele equipe en kwamen hoofdzakelijk op afdelingen acute geriatrie en sp-diensten. Enkelen werkten ook via een interimcontract op een geriatrische afdeling.

Voorts heeft 13,4% van de bevroegde verpleegkundigen minder dan een jaar werkervaring op een geriatrische afdeling, terwijl iets minder dan een derde (32,2%) van de participerende verpleegkundigen één tot vijf jaar werkervaring heeft. Daarnaast heeft 21,3% van de verpleegkundigen zes tot tien jaar werkervaring en 33,2% meer dan tien jaar werkervaring in op een geriatrische afdeling.

Van alle ondervraagde verpleegkundigen heeft 36,1% een bijscholing gevolgd over psychofarmaca. Ook heeft 6,1% van de studenten dergelijke bijscholing gevolgd. Van de verpleegkundigen heeft 72,8% een bijscholing gevolgd over dementie. Voor studenten bedraagt dit 18,4%. Iets minder dan de helft van de verpleegkundigen heeft een bijscholing gevolgd over delier (46,5%) en over depressie bij ouderen (44,6%). Voor studenten bedroeg dit respectievelijk 8% en 9%. Daarnaast hebben 38,1% van de verpleegkundigen en 9% van de studenten verpleegkunde een bijscholing gevolgd over farmacologie bij ouderen. Van de verpleegkundigen gaf 5,4% aan nog andere bijscholingen gevolgd te hebben, zoals over fixatie, pijn bij ouderen, valpreventie, palliatieve zorg, slaapstoornissen en slikstoornissen. Bij studenten bedroeg dit 9%.

Tot slot blijkt dat ruim de helft van zowel de ondervraagde verpleegkundigen (52,0%) als studenten verpleegkunde (50,9%) vindt dat hun eigen kennis over psychofarmaca voldoende is, terwijl iets minder dan de helft vindt dat dit onvoldoende is. Slechts 3% van de verpleegkundigen en 1,4% van de studenten verpleegkunde vinden dat hun kennis meer dan voldoende is.

Tabel 8 Demografische gegevens

	Studenten (n=212)	Verpleegkundigen (n=202)
Geslacht		
Man	38 (17,9%)	22 (10,9%)
Vrouw	174 (82,1%)	180 (89,1%)
Leeftijd		
<26 jaar	153 (72,2%)	37 (18,3%)
26 – 35 jaar	38 (17,9%)	54 (26,7%)
36 – 45 jaar	14 (6,6%)	51 (25,2%)
>45 jaar	7 (3,3%)	57 (28,2%)
Onbekend		3 (1,5%)
Basisopleiding		
Bachelor in de verpleegkunde	164 (77,4%)	105 (52,0%)
HBO5-verpleegkunde	48 (22,6%)	94 (46,5%)
Andere		2 (1,0%) ⁵
Onbekend		1 (0,5%)
Afstudeerrichting		
Geriatrische verpleegkunde	68 (32,2%)	42 (20,8%)
Pediatrische verpleegkunde		3 (1,5%)
Psychiatrische verpleegkunde		10 (5,0%)
Sociale verpleegkunde		2 (1%)
Ziekenhuisverpleegkunde	144 (67,9%)	135 (66,8%)
Combinatie ⁶		3 (1,5%)
Onbekend		7 (3,5%)
Vervolgopleiding		
Referentieverpleegkundige geriatric (50 uur)		35 (17,3%)
Gespecialiseerd verpleegkundige geriatric (150 uur)		45 (22,3%)
BaNaBa Zorgmanagement		7 (3,5%)
Master in de VV/GVO/MB		7 (3,5%)
Andere ⁷		12 (5,9%)
Tewerkstelling		
Hospitalisatieafdeling geriatric		167 (82,7%)
Geriatric dagziekenhuis		12 (5,9%)
Interne liaison team geriatric		7 (3,5%)
Andere ⁸		16 (7,9%)
Werkervaring		
<1 jaar		27 (13,4%)

⁵ Deze personen hebben als basisopleiding de opleiding bachelor in de vroedkunde gevolgd, maar zijn tewerkgesteld in een geriatric zorgsetting.

⁶ Eén verpleegkundige heeft zowel de opleiding geriatric verpleegkunde als ziekenhuisverpleegkunde gevolgd. Twee verpleegkundigen hebben naast de opleiding geriatric verpleegkunde ook de opleiding pediatriche verpleegkunde gevolgd. Een verpleegkundige heeft de opleidingen pediatriche verpleegkunde en sociale verpleegkunde gevolgd.

⁷ Opleiding referentie dementiepersoon, tropische geneeskunde, palliatieve zorgen, lerarenopleiding

⁸ Deze personen zijn vooral tewerkgesteld in de mobiele equipe of werken met een interimcontract.

1 – 5 jaar		65 (32,2%)
6 – 10 jaar		43 (21,3%)
>10 jaar		67 (33,2%)
Gevolgde bijscholingen		
Psychofarmaca	13 (6,1%)	73 (36,1%)
Delier	17 (8,0%)	94 (46,5%)
Dementie	39 (18,4%)	147 (72,8%)
Depressie (bij ouderen)	19 (9,0%)	90 (44,6%)
Farmacologie bij ouderen	16 (7,5%)	77 (38,1%)
Andere ⁹	19 (9,0%)	11 (5,4%)
Ervaren eigen kennis		
Meer dan voldoende	3 (1,4%)	6 (3,0%)
Voldoende	108 (50,9%)	105 (52,0%)
Onvoldoende	96 (45,3%)	90 (44,6%)
Onbekend	5 (2,4%)	1 (0,4%)

4.3 Psychometrische validatie

4.3.1 Factoranalyse

De factoranalyse die uitgevoerd werd op de 20 items resulteerde in een instrument bestaande uit 16 items. Dit resultaat werd als volgt bekomen. Uit de Barlett-test of Sphericity blijkt dat de correlatiematrix geen identiteitsmatrix is. Deze test is significant (χ^2 : 1247,14 df=120, $P < 0,001$) (cfr. bijlage 7). De Kaiser-Meyer-Olkinmaat (KMO) is gunstig en bedraagt 0,80. Bijgevolg werd de factoranalyse uitgevoerd op de 20 items van het instrument. Vervolgens werden na bepaling van de MSA-waarde drie items geëxcludeerd. Deze items hadden een MSA-waarde van respectievelijk 0,491, 0,648, 0,672 en 0,689 zoals te zien in tabel 9. De waarde van de overige 16 items bedroeg meer dan de vereiste 0,70.

Uit de verdere analyse blijkt dat het instrument op te delen is in vier subschalen. Samen is het instrument verantwoordelijk voor 49,98% van de verklaarde variantie (cfr. tabel 10). Dit betekent dat 49,98% van het concept attitude bij verpleegkundigen tegenover de toediening van psychofarmaca verklaard kan worden door dit instrument. De eerste subschaal behaalt een verklaarde variantie van 15,40%, de tweede subschaal 14,24%, de derde subschaal 13,11% en de vierde subschaal 7,23%. Een overzicht van de items per subschaal is weergegeven in de tabellen 11 tot en met 14. Hieruit blijkt dat de factorlading voor alle items hoger is dan 0,40. Vervolgens worden de bekomen componenten gelabeld volgens de geïncludeerde items.

⁹ Fixatie, pijn bij ouderen, valpreventie, palliatieve zorg, slaapstoornissen, slikstoornissen

Tabel 9 Geëxcludeerde items na factoranalyse

Item	Reden van exclusie
Ik ben van mening dat een verpleegkundige met veel werkervaring minder snel geneigd zal zijn om een psychofarmacon toe te dienen aan een geriatrische patiënt met psychische en gedragsproblemen.	Te lage MSA-waarde: 0,491
Ik voel me schuldig als ik een psychofarmacon toedien aan een geriatrische patiënt met psychische gedragsproblemen.	Te lage MSA-waarde: 0,648
Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca onmiddellijk gestopt moet worden indien er bijwerkingen van de toegediende psychofarmaca geobserveerd worden.	Te lage MSA-waarde: 0,672
Ik ben van mening dat er sneller psychofarmaca toegediend worden wanneer er niet-regulier personeel aanwezig is die de afdeling niet goed kent.	Te lage MSA-waarde: 0,689

Tabel 10 Verklaarde variantie per component

Component	Verklaarde variantie
Totaal instrument	49,975%
Subschaal 1: Gerechtvaardigde indicaties	15,398%
Subschaal 2: Externe beïnvloeding	14,236%
Subschaal 3: Beheersing van de situatie	13,111%
Subschaal 4: Potentiële risico's	7,229%

4.3.1.1 Subschaal 1: Attitudes ten opzichte van gerechtvaardigde indicaties

De eerste component bestaat uit zeven items en bevat de attitudes met betrekking tot het kunnen rechtvaardigen in welke situaties een verpleegkundige psychofarmaca zal toedienen aan een geriatrische patiënt. Volgens de resultaten van de factoranalyse op basis van de factorladingen zal een verpleegkundige psychofarmaca toedienen aan een patiënt bij agressie of agitatie en dit op korte termijn met een juiste dosis en duur. Op deze manier wil de verpleegkundige de patiënt mentale en fysieke rust bieden en beschermen tegen de gevolgen van zijn eigen gedrag. De verpleegkundige wil eveneens zichzelf en de andere patiënten beschermen tegen fysiek geweld om het veiligheidsgevoel te verhogen.

Tabel 11 Subschaal 1: items en factorlading

	Item	Factorlading
1.1	Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca voor een gerichte diagnose, in een juiste dosis en voor een juiste duur op korte termijn niet schadelijk is voor de patiënt.	0,656
1.2	Ik zal een voorgeschreven psychofarmacon sneller toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agressie in het kader van psychische en gedragsstoornissen.	0,655
1.3	Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om andere patiënten te beschermen tegen fysiek geweld van die geriatrische patiënt.	0,635
1.4	Ik zal een voorgeschreven psychofarmacon sneller toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agitatie in het kader van delier of psychische en gedragsstoornissen.	0,576
1.5	Ik dien psychofarmaca toe om de geriatrische patiënt te beschermen tegen de gevolgen van zijn eigen gedrag.	0,566
1.6	Ik dien psychofarmaca toe om een overactieve persoon met dementie mentale en fysieke rust te bieden.	0,433
1.7	Ik dien psychofarmaca toe om mezelf te beschermen tegen fysiek geweld van de geriatrische patiënt, zodat ik me veiliger voel.	0,430

4.3.1.2 Subschaal 2: Attitudes ten opzichte van externe beïnvloeding

De tweede component wijst erop dat de toediening van psychofarmaca door verpleegkundigen beïnvloed wordt door de externe invloeden. Hierin kan op basis van de factorladingen gesteld worden dat de verpleegkundige deze geneesmiddelen toedient onder invloed van andere verpleegkundigen en door de familie van de patiënt. Ook wanneer een hogere werkdruk ervaren wordt en bij onderbemanning zal de verpleegkundige geneigd zijn om psychofarmaca toe te dienen aan de geriatrische patiënt.

Tabel 12 Subschaal 2: items en factorlading

	Item	Factorlading
2.1	Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van andere verpleegkundigen.	0,820
2.2	Ik ben geneigd om sneller een psychofarmacon toe te dienen wanneer ik een hogere werkdruk ervaar.	0,680
2.3	Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van de familie van de patiënt.	0,661
2.4	Ik ben geneigd om bij personeelsonderbemannings sneller psychofarmaca toe te dienen.	0,593

4.3.1.3 Subschaal 3: Attitudes ten opzichte van mogelijke beheersing van de situatie

De derde component wijst erop dat de verpleegkundige psychofarmaca toedient om meer controle te krijgen over de situatie. Een patiënt die geneigd is om zijn verzorgingsmateriaal te verwijderen, zoals onder andere sondes en katheters, kan er voor zorgen dat de verpleegkundige minder controle ervaart over de situatie. Het gaat namelijk om een handeling van de patiënt waarop de verpleegkundige zich niet automatisch op voorbereidt. Indien de patiënt dergelijk materiaal verwijdert, kan dit zorgen voor meer werkdruk bij de verpleegkundige. Binnen deze context kan ook aangenomen worden dat farmacologische interventies als effectiever aanzien worden dan niet-farmacologische interventies. Het kan erop wijzen dat verpleegkundigen niet-farmacologische interventies als meer tijdrovend en/of minder controle biedend percipiëren.

Tabel 13 Subschaal 3: items en factorlading

	Item	Factorlading
3.1	Ik ervaar minder werkdruk als de patiënt psychofarmaca toegediend krijgt.	0,695
3.2	Ik ben van mening dat farmacologische interventies effectiever zijn dan niet-farmacologische interventies bij ouderen met psychische en gedragsproblemen.	0,679
3.3	Ik heb het gevoel meer controle te hebben over de situatie als een geriatische patiënt met psychische en gedragsproblemen psychofarmaca toegediend krijgt.	0,613
3.4	Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om te voorkomen dat een persoon met dementie verzorgingsmateriaal verwijdert, zoals sondes, katheters en verbanden.	0,435

4.3.1.4 Subschaal 4: Attitudes ten opzichte van potentiële risico's van psychofarmacagebruik

De vierde component bestaat uit één item. Deze component zegt iets over de attitudes van verpleegkundigen met betrekking tot de mogelijke nadelen, risico's of gevaren van het gebruik van psychofarmaca voor de patiënt.

Tabel 14 Subschaal 4: items en factorlading

	Item	Factorlading
4.1	Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen.	0,837

4.3.2 Known groups technique

Voor het uitvoeren van de known groups technique gebeurde een controle van de normaalverdeling van de somscores van de verschillende groepen. Dit werd uitgevoerd aan de hand van een histogram, Q-Q plot en een Kolmogorov-Smirnov test. Hieruit blijkt dat de somscores van het instrument bij de volledige onderzoekspopulatie, de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde normaal verdeeld zijn. Voor de scores van de hoofdverpleegkundigen werd op basis van de Kolmogorov-Smirnov test geen normaalverdeling bekomen. Om de scores van normaal verdeelde groepen te vergelijken, werd een ongepaarde Student's T-test uitgevoerd. Variabelen die niet

normaal verdeeld zijn, werden beoordeeld aan de hand van een Mann-Whitney U-test. In tabel 15 zijn de resultaten van Mann-Whitney U-testen afgebeeld en in tabel 16 de resultaten van de T-testen.

De resultaten van deze known groups technique stellen dat de hypothesen in drie gevallen significant of borderline missed significant bevestigd worden.

Studenten uit de afstudeerrichting geriatrische verpleegkunde behalen significant hogere resultaten dan studenten uit de afstudeerrichting ziekenhuis verpleegkunde (respectievelijk 55,87/80 tegenover 50,94/80; $p < 0,001$). De vooropgestelde hypothese wordt bijgevolg bevestigd door deze test.

Studenten uit de bacheloropleiding (51,62/80) scoren significant lager dan studenten uit de opleiding HBO5 (55,58/80; $p: 0,001$). Dit resultaat bevestigt de hypothese dus niet. Daarin werd namelijk verwacht dat studenten uit de bacheloropleiding een hogere score zouden behalen dan studenten uit de HBO5-opleiding.

Het verschil tussen verpleegkundigen met een vervolgopleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie en verpleegkundigen zonder deze opleiding is borderline ($p: 0,060$). Verpleegkundigen die deze vervolgopleiding hebben gevolgd, behalen een hogere score (52,62/80) dan de verpleegkundigen die deze vervolgopleiding niet hebben genoten (50,85/80).

Verpleegkundigen behalen een lagere score (51,24/80) dan studenten (52,52/80). Deze waarde is echter 'borderline missed' significant. Indien het verschil geïnterpreteerd wordt, wordt de vooropgestelde hypothese niet bevestigd.

Het verschil tussen verpleegkundigen uit de bacheloropleiding en verpleegkundigen die een HBO5-opleiding hebben gevolgd is niet significant ($p: 0,544$).

Ook het verschil tussen verpleegkundigen uit de afstudeerrichting geriatrische verpleegkunde en verpleegkundigen uit de afstudeerrichting ziekenhuisverpleegkunde is niet significant ($p: 0,330$).

Tot slot is er ook geen significant verschil tussen verpleegkundigen met een vervolgopleiding tot referentie verpleegkundige geriatrie en verpleegkundigen die deze opleiding niet gevolgd hebben ($p: 0,412$).

Er is een significant verschil tussen de scores van hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen. Hoofdverpleegkundigen behalen hogere scores dan

verpleegkundigen. Omdat dit resultaat bekomen werd aan de hand van een niet-parametrische test kan niet bepaald worden hoe groot het verschil is. Tussen hoofdverpleegkundigen en studenten verpleegkunde is geen significant verschil.

Tabel 15 Known groups technique: Mann-Whitney U-test

Groepen	N	Gemiddelde rang	Som van de rangen	P
Hoofdverpleegkundigen (A)	16	139,81	2237,00	0,046
Verpleegkundigen (B)	202	107,10	21634,00	
Hoofdverpleegkundigen (A)	16	137,00	2192,00	0,157
Studenten (B)	212	112,80	23914,00	

Tabel 16 Known groups technique: T-test

Groepen	N	Gemiddelde (SD)	Significantie		
			t	df	P
Verpleegkundigen (A)	202	51,24 (7,337)	-1,737	412	0,083
Studenten (B)	212	52,52 (7,602)			
Verpleegkundigen bacheloropleiding (A)	105	51,55 (7,376)	0,608	197	0,544
Verpleegkundigen HBO5-opleiding (B)	94	50,91 (7,396)			
Studenten bacheloropleiding (A)	164	51,62 (7,056)	-3,246	210	0,001
Studenten HBO5-opleiding (B)	48	55,58 (8,624)			
Verpleegkundigen geriatrische verpleegkunde (A)	42	52,28 (6,971)	0,977	175	0,330
Verpleegkundigen ziekenhuis verpleegkunde (B)	135	50,978 (7,757)			
Studenten geriatrische verpleegkunde (A)	68	55,87 (7,942)	4,615	210	<0,001
Studenten ziekenhuis verpleegkunde (B)	144	50,94 (6,918)			
Verpleegkundigen met vervolgopleiding tot referentie verpleegkundige geriatrie (A)	35	50,31 (8,043)	-0,823	200	0,412
Verpleegkundigen zonder vervolgopleiding tot referentie verpleegkundige geriatrie (B)	167	51,44 (7,191)			
Verpleegkundigen met vervolgopleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie (A)	45	52,62 (4,643)	1,895	123,54	0,060
Verpleegkundigen zonder vervolgopleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie (B)	157	50,85 (7,910)			

A = groep met verwachte positievere attitudes (er wordt verwacht dat deze groep een hogere score zal behalen dan groep B)

B = groep met verwachte negatievere attitudes (er wordt verwacht dat deze groep een lagere score zal behalen dan groep A)

4.3.3 Stabiliteit

Uit de statistische analyse blijkt dat de ICC van de totale schaal voor gemiddelde metingen 0,71 ($p < 0,001$) bedraagt en 0,55 ($p < 0,001$) voor enkelvoudige metingen (cfr. tabel 17). Volgens Fleiss (1986) betekent dit dat er een excellente betrouwbaarheid bereikt werd indien in de toekomst de resultaten van de participanten in groep geanalyseerd worden. Als de resultaten in de toekomst per participant bekeken worden, bedraagt de ICC 0,55. Deze betrouwbaarheid is volgens Fleiss (1986) matig.

De betrouwbaarheidscijfers van de subschalen voor gemiddelde metingen variëren van 0,83 ($p < 0,001$) voor subschaal 2 'externe beïnvloeding' tot 0,59 ($p < 0,001$) voor subschaal 4 'potentiële risico's'. Dit betekent dat de antwoorden op subschaal 2 'externe invloeden' zeer stabiel zijn. De betrouwbaarheid op deze subschaal is dan ook excellent te noemen. De ICC van subschaal 1 'gerechtvaardigde indicaties' en subschaal 3 'beheersing van de situatie' liggen dicht bij elkaar, met respectievelijk 0,66 ($p < 0,001$) en 0,65 ($p < 0,001$). De betrouwbaarheid van antwoorden van de participanten op deze twee subschalen is bijgevolg goed. De ICC voor enkelvoudige metingen ligt voor elke subschaal lager dan de waarde voor gemiddelde metingen. Op subschaal 2 'externe beïnvloeding' werd de hoogste overeenkomst gevonden tussen de twee testen, met een ICC van 0,71 ($p < 0,001$). Deze waarde is goed. De stabiliteit van subschaal 1 'gerechtvaardigde indicaties' (0,49; $p < 0,001$), subschaal 3 'beheersing van de situatie' (0,48; $p < 0,001$) en subschaal 4 'potentiële risico's' gebruik' (0,42; $p < 0,001$) is matig.

Uit de resultaten van een T-test blijkt dat de gemiddelde scores van het totale instrument, de tweede subschaal 'externe beïnvloeding' en de derde subschaal 'beheersing van de situatie' significant verschillen in vergelijking met de hertest (tabel 18). De scores waarbij een significant verschil is, zijn lager op de tweede test dan op de eerste test. Dit betekent dat de attitudes bij de tweede test negatiever zijn dan op de eerste test. Op subschaal 1 'gerechtvaardigde indicaties' en subschaal 4 'potentiële risico's' is er geen significant verschil.

Tabel 17 Intraclass Correlatie Coëfficiënt

	Single measures	Average measures
Totale schaal	0,549 (p<0,001)	0,709 (p<0,001)
Subschaal 1: gerechtvaardigde indicaties	0,490 (p<0,001)	0,657 (p<0,001)
Subschaal 2: externe beïnvloeding	0,709 (p<0,001)	0,830 (p<0,001)
Subschaal 3: beheersing van de situatie	0,485 (p<0,001)	0,653 (p<0,001)
Subschaal 4: potentiële risico's	0,419 (p<0,001)	0,591 (p<0,001)

Tabel 18 Vergelijking gemiddelde scores test-hertest

	Gemiddelde (SD)		
	Test 1	Test 2	P
Totaal instrument	51,12 (7,676)	49,38 (9,100)	0,047
Subschaal 1 'gerechtvaardigde indicaties'	19,48 (3,688)	19,21 (4,160)	0,548
Subschaal 2 'externe beïnvloeding'	15,30 (3,001)	14,60 (3,526)	0,010
Subschaal 3 'beheersing van de situatie'	13,17 (2,870)	12,36 (3,168)	0,016
Subschaal 4 'potentiële risico's'	3,21 (1,152)	3,29 (1,048)	0,517

4.3.4 Interne consistentie

De Cronbach's alpha van het volledige instrument is 0,74. Het instrument is bijgevolg intern consistent. De interne consistentie van de eerste subschaal 'gerechtvaardigde indicaties' is afgerond 0,70. De andere subschalen behalen een Cronbach's alpha lager dan de vooropgestelde drempelwaarde. De tweede subschaal 'externe beïnvloeding' heeft een waarde van 0,68 en de derde subschaal 'beheersing van de situatie' 0,62. Omdat de vierde subschaal 'potentiële risico's' slechts één item bevat, is het niet mogelijk om de interne consistentie hiervan na te gaan.

Het verwijderen van item 2.4 'Ik ben geneigd om bij personeelsonderbemannings sneller psychofarmaca toe te dienen' zou op het totale instrument leiden tot een hogere Cronbach's alpha dan de huidige bekomen waarde. De interne consistentie zou in dit geval stijgen tot 0,745 (cfr. bijlage 8). Wanneer dit item verwijderd zou worden uit het

instrument, zou de interne consistentie van subschaal 2 ‘externe beïnvloeding’ verminderen. De Cronbach’s alpha zou namelijk dalen tot 0,670. Indien item 4.1 ‘Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen’ geëxcludeerd zou worden uit het instrument zou dit leiden tot een Cronbach’s alpha van 0,771. Exclusie van dit item zou betekenen dat de vierde subschaal ‘potentiële risico’s’ wegvalt. Uit de berekening van de Cronbach’s alpha waarden van de verschillende subschalen blijkt dat exclusie van een van de items niet zou leiden tot een verhoging van de interne consistentie van de subschaal.

Tabel 19 Cronbach's alpha per subschaal

Schaal	Cronbach's alpha
Totale schaal	0,742
Subschaal 1: gerechtvaardigde indicaties	0,698
Subschaal 2: externe beïnvloeding	0,678
Subschaal 3: beheersing van de situatie	0,620
Subschaal 4: potentiële risico's	Niet te bepalen

4.4 Data-analyse

De gemiddelde score van verpleegkundigen op het totale instrument is positief (51,24/80; SD=7,337). Op de eerste subschaal ‘gerechtvaardigde indicaties’ behalen verpleegkundigen een gemiddelde score van 19,00 (SD=4,154). Dit ligt rond het middelpunt. Uit de frequentietabellen van de items die tot deze eerste subschaal behoren blijkt dat iets minder dan de helft (47,0%) van de verpleegkundigen sneller een psychofarmacon zal toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agitatie en 56,7% bij tekenen van agressie. Meer dan een zesde (63,5%) van de verpleegkundigen gaf aan een psychofarmacon toe te dienen om een geriatrische patiënt te beschermen tegen de gevolgen van zijn eigen gedrag en 47,8% om de patiënt mentale en fysieke rust te bieden. Ook dient 39,7% van de verpleegkundigen een voorgeschreven psychofarmacon toe om andere patiënten te beschermen tegen fysiek geweld van de geriatrische patiënt. Ongeveer een vijfde (21,0%) van de verpleegkundigen gaf aan zichzelf te willen beschermen door een patiënt een psychofarmacon toe te dienen.

De gemiddelde score van de tweede subschaal ‘externe beïnvloeding’ bedraagt 16,17/20

(SD=2,618). Hieruit blijkt dat de attitudes tegen externe invloeden positief zijn. Dit wil zeggen dat verpleegkundigen vinden dat externe invloeden slechts een beperkte rol spelen in de beslissing om psychofarmaca toe te dienen. Van alle deelnemende verpleegkundigen dient 7,5% een psychofarmacon toe onder druk van andere verpleegkundigen, terwijl 4,0% dit doet onder druk van de familie van de patiënt. Verder blijkt dat 6,4% van de verpleegkundigen sneller geneigd is om een psychofarmacon toe te dienen bij personeelsonderbemannig. Een tiende gaf aan sneller een psychofarmacon toe te dienen bij een hogere ervaren werkdruk.

Op de derde subschaal 'beheersing van de situatie' werd een gemiddelde behaald van 13,22 (SD=2,898). Ook deze score ligt dicht bij het gemiddelde. Ongeveer een vierde (25,4%) van de verpleegkundigen zal een voorgeschreven psychofarmacon toedienen om te voorkomen dat een persoon met dementie verzorgingsmateriaal verwijdert, zoals sondes, katheters en verbanden. Voorts gaf 27,9% van de verpleegkundigen aan minder werkdruk te ervaren als de patiënt psychofarmaca toegediend krijgt. Iets meer dan een vijfde (22,6%) gaf aan in deze gevallen meer controle te hebben over de situatie. Verder blijkt dat 16,4% van de verpleegkundigen vindt dat farmacologische interventies effectiever zijn dan niet-farmacologische interventies.

De laatste subschaal 'potentiële risico's' behaalt een gemiddelde van 2,96/5 (SD=1,051). Een derde (33,0%) van de verpleegkundigen gaf aan zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen uit vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen, terwijl 32,0% hier noch akkoord, noch niet akkoord mee gaat. De overige 33,0% ging niet akkoord met dit item. Uit deze analyse blijkt ook dat bij alle geïncludeerde items een groot deel van de respondenten een neutraal antwoord geeft. Dit aantal varieert naargelang van het item tussen de 72 tot 150 respondenten.

Tabel 20 Gemiddelde scores van verpleegkundigen per subschaal

	Gemiddelde (SD)				
	Totale schaal	Subschaal 1	Subschaal 2	Subschaal 3	Subschaal 4
Verpleegkundigen	51,24 (7,337)	19,00 (4,154)	16,17 (2,618)	13,22 (2,898)	2,96 (1,051)
Totale steekproef	52,02 (7,486)	19,99 (4,203)	15,54 (2,856)	13,37 (2,886)	3,17 (1,080)

5 Discussie

Het doel van deze masterproef was om een valide en betrouwbaar meetinstrument te ontwikkelen om de attitudes bij verpleegkundigen ten aanzien van psychofarmaca te onderzoeken. Door de attitudes van verpleegkundigen na te gaan in het kader van de toediening van psychofarmaca bij geriatrische patiënten is het mogelijk om interventies op te stellen om het gebruik van psychofarmaca bij ouderen te verminderen. Uit de literatuurstudie blijkt namelijk dat psychofarmaca tot de meest voorgeschreven geneesmiddelenklassen behoren bij ouderen en dit ondanks de matig bewezen effectiviteit van deze geneesmiddelen, de nadelen van het gebruik van psychofarmaca en het bestaan van niet-farmacologische richtlijnen om een adequate zorg te verlenen aan een patiënt met psychische en gedragsproblemen. Toch krijgen veel patiënten psychofarmaca toegediend terwijl er geen significant mentaal gezondheidsprobleem is vastgesteld.

Uit de literatuurstudie blijkt tevens dat er geen instrumenten bestaan om attitudes te meten ten aanzien van de toediening van psychofarmaca, die specifiek gericht zijn op de geriatrische zorgsetting, op verpleegkundigen, die verschillende concepten meten en valide en betrouwbaar zijn. Daarom werd in deze masterproef een nieuw meetinstrument ontwikkeld. De items van het meetinstrument dat voorgelegd werd aan de verpleegkundigen, studenten verpleegkunde en de hoofdverpleegkundigen werden opgesteld aan de hand van de resultaten van een literatuurstudie en de vertaling van items uit bestaande meetinstrumenten.

Uit de literatuurstudie komt eveneens naar voor dat het concept 'attitude' bestaat uit een cognitief, affectief en gedragsmatig aspect. Tijdens het opstellen van de items werd hiermee rekening gehouden. Toch is er geen strikt evenwicht tussen het aantal cognitieve, affectieve en gedragsmatige aspecten. Het aandeel gedragsmatige aspecten in het initieel instrument is groter dan het aantal cognitieve en affectieve aspecten. Verdere exploratie op vlak van cognitie en affectie kan nodig zijn om verdere attitudes te onderzoeken.

De inhoudsvaliditeit van deze items werd in een Delphiprocedure bepaald door een expertenpanel uit verschillende vakgebieden. Twee van de 20 voorgelegde items aan de steekproef hadden volgens Lynn (1986) een te lage CVI op vlak van duidelijkheid. Deze items werden aan de hand van de factoranalyse toch geïncludeerd in het uiteindelijke

instrument. Het item met een te lage CVI op vlak van relevantie werd geëxcludeerd en tijdens de factoranalyse op basis van een te lage MSA-waarde.

Aan de hand van een bevraging bij verpleegkundigen en studenten verpleegkunde werd een psychometrische evaluatie uitgevoerd op het instrument om de validiteit en betrouwbaarheid na te gaan. Dit gebeurde aan de hand van een factoranalyse, de known groups technique, het beoordelen van de stabiliteit en de interne consistentie.

De construct validiteit werd bepaald aan de hand van een factoranalyse. De steekproefgrootte (n=430) was meer dan voldoende om deze analyse uit te voeren. Uit de principale componenten analyse blijkt dat in het instrument vier subschalen kunnen onderscheiden worden die samen 49,98% van de variantie van de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van psychofarmaca bij ouderen verklaren. Dit betekent dat de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van de toediening van psychofarmaca bij ouderen voor bijna de helft verklaard wordt door het ontwikkelde instrument.

Ten *eerste* wordt 15,40% van deze 49,98% door de eerste subschaal verklaard, namelijk 'gerechtvaardigde indicaties'. Dit zijn de indicaties die door een verpleegkundige als rechtvaardig worden beschouwd om psychofarmaca toe te dienen. Hieronder vallen situaties waarbij een patiënt tekenen van agressie of agitatie vertoont. Usher et al. (2009) stellen dat psychofarmaca sneller voorgeschreven worden bij personen die tekenen vertonen van agitatie of agressie. De resultaten van de bevraging bij de verpleegkundigen in deze masterproef bevestigen deze stelling. Het blijkt dat ongeveer de helft (47,1%) van de verpleegkundigen sneller een psychofarmacon toedient aan een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agitatie en 66,7% zal dit doen bij het observeren van tekenen van agressie bij de patiënt. Door de toediening van psychofarmaca wil namelijk 63,5% van de verpleegkundigen de patiënt mentale en fysieke rust bieden en 47,8% hem beschermen tegen de gevolgen van zijn eigen gedrag. De verpleegkundige wil op deze manier ook zichzelf (21,0%) en andere patiënten (39,7%) beschermen tegen fysiek geweld om zo een hoger veiligheidsgevoel te bekomen. Uit deze cijfers blijkt dat agitatie en agressie belangrijke indicaties zijn voor verpleegkundigen om een psychofarmacon toe te dienen en dit ondanks het bestaan van niet-farmacologische richtlijnen bij het omgaan met agitatie en agressie. Ook bescherming van de patiënt, andere patiënten en zichzelf spelen een rol bij de beslissing om een psychofarmacon toe te dienen. Interventies om deze attitudes in de praktijk te

verbeteren, kunnen bestaan uit het verlenen van educatie naar verpleegkundigen toe om hen op de hoogte te brengen van het bestaan en het uitvoeren van dergelijke niet-farmacologische richtlijnen en interventies. Verder kan de aankoop van specifiek materiaal, zoals een deurbarrière ervoor zorgen dat de veiligheid verhoogt. Aan de hand van dit soort fixatie heeft de patiënt nog bewegingsvrijheid, maar is de kans kleiner dat hij andere patiënten in gevaar kan brengen. Voor de verpleegkundige kan het leren omgaan met agressie en eventuele zelfverdedigingstechnieken bijdragen tot een hoger veiligheidsgevoel.

Ten *tweede* wordt 14,24% van de attitudes van de verpleegkundigen ten aanzien van de toediening van psychofarmaca verklaard door externe beïnvloeding. De verpleegkundige kan bij de beslissing om psychofarmaca toe te dienen beïnvloed worden door collega-verpleegkundigen of familieleden van de patiënt. Uit de resultaten van deze masterproef blijkt dat 6,0% van de verpleegkundigen bij de toediening van psychofarmaca beïnvloed wordt door andere verpleegkundigen en 4,0% door familie van de patiënt. Ook de werkdruk is een externe invloed die meespeelt in de keuze van de verpleegkundige om psychofarmaca toe te dienen aan een geriatrische patiënt. Wanneer verpleegkundigen werken in situaties waar een personeelstekort is en waar een hoge werkdruk ervaren wordt, zal de neiging groter zijn om een psychofarmacon toe te dienen, dit blijkt uit de studies van Geffen et al. (2002) en Claes et al. (2010) waarbij een hoger voorschrijfgedrag vastgesteld werd bij onvoldoende bestaffing van het personeel. Uit de bevraging van deze masterproef blijkt dat 8,5% van de verpleegkundigen geneigd is om sneller een psychofarmacon toe te dienen bij een hogere ervaren werkdruk en 6,5% bij personeelsonderbemanning. Uit deze cijfers kan besloten worden dat relatief weinig verpleegkundigen psychofarmaca toedienen omwille van externe invloeden. Om dit aantal toch te reduceren, kunnen implicaties voor de praktijk kunnen er uit bestaan om de werkdruk voor de verpleegkundigen te verminderen en te zorgen voor een adequate bestaffing. Voorstellen hierbij zijn om een voldoende verpleegkundigen in te schakelen. Uit deze frequentietabellen van de bevraging van deze masterproef blijkt dat 16,4% van de verpleegkundigen vindt dat er meer psychofarmaca toegediend worden wanneer er niet-regulier personeel aanwezig is op de afdeling. In de ideale situatie zou er personeel moeten ingezet worden die de afdeling kent. Het inzetten van verpleegkundigen uit de mobiele equipe of via

interimwerk kan een oplossing zijn, maar dit is niet ideaal. Er kan verder ook aandacht geschonken worden aan het leren omgaan met externe druk. Het informeren van verpleegkundigen en familie van de patiënt over het gevaar en de mogelijke nadelen van het gebruik van psychofarmaca zou een bijdrage kunnen leveren tot het verminderen van de externe druk.

Ten *derde* wordt 13,11% van de attitudes verklaard door het verkrijgen van controle over de situatie. Zo staat een hogere ervaren werkdruk in verband met een verminderde ervaren controle door de verpleegkundige. Deze controle kan ook aangetast worden als een patiënt geneigd is om verzorgingsmateriaal zoals sondes, katheters en verbanden te verwijderen. Hierdoor zal de verpleegkundige sneller beslissen om psychofarmaca toe te dienen. Meer dan een vierde (27,9%) gaf aan minder werkdruk te ervaren als een patiënt psychofarmaca toegediend krijgt. Van de bevroegde verpleegkundigen gaat 16,4% er namelijk vanuit dat farmacologische interventies effectiever zijn dan niet-farmacologische interventies. Een mogelijke verklaring hierbij kan zijn dat verpleegkundigen vinden dat farmacologische interventies sneller een effect zullen uitoefenen. Op basis van de factorladingen kan gesteld worden dat het item omtrent de verwijdering van verzorgingsmateriaal minder bepalend is voor het component dan de andere items. De bekomen factorlading is echter boven de 0,40. Net zoals bij de eerste subschaal is het hier voor leidinggevend mogelijk om de verpleegkundigen op de hoogte te brengen van het bestaan van niet-farmacologische interventies bij het omgaan met patiënten met psychische en gedragsstoornissen. Toch zal het onvoldoende zijn om verpleegkundigen louter op te leiden. Er zal aan de hand van onderzoek moeten nagegaan worden hoeveel inspanningen dit vraagt voor de verpleegkundigen, wat het mogelijke effect zal zijn en na hoeveel tijd dit effect bekomen wordt. Indien dit veel inspanningen vraagt voor een effect op lange termijn, kan educatie in vraag gesteld worden. Daarnaast kan verder onderzocht worden welke verpleegkundige handelingen genomen kunnen worden om agressie en agitatie te voorkomen. Ook door de werkdruk te verminderen kan ingespeeld worden op het controlegevoel van verpleegkundigen.

Ten *vierde* wordt 7,23% van de attitudes van verpleegkundigen verklaard door het mogelijke nadeel van de patiënt om verslaafd te geraken aan het geneesmiddel. Een derde (33,0%) van de verpleegkundigen gaf aan zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen aan een patiënt uit vrees dat de patiënt zal verslaafd geraken aan deze

geneesmiddelen. Aangezien dit component uit slechts één item bestaat is het moeilijk om dit volledig te interpreteren en te labelen. Bijgevolg is het nog moeilijk om aanbevelingen te formuleren voor de verpleegkundige praktijk.

In de known groups technique werden slechts twee vooropgestelde hypothesen significant bevestigd, zijnde hoofdverpleegkundigen hebben positievere attitudes dan verpleegkundigen ($p: 0,046$) en studenten geriatrische verpleegkunde hebben positievere attitudes dan studenten ziekenhuisverpleegkunde ($p < 0,001$). Het instrument laat bijgevolg niet toe om een onderscheid te maken tussen groepen waarbij op basis van theorie wel een verschil verwacht werd. Het dient echter gezegd dat het concept attitude en het meten ervan een complex gegeven is. Er kan bijvoorbeeld verondersteld worden dat verpleegkundigen door hun kennis en praktijkervaring positievere attitudes zullen hebben dan studenten verpleegkunde. Daartegenover kan eveneens gesteld worden dat studenten positievere attitudes hebben dan verpleegkundigen omdat studenten minder werkervaring hebben en bijgevolg een idealer beeld hebben van de praktijk. Dit kan ook een mogelijke verklaring zijn waarom er geen significant verschil gevonden werd tussen de attitudes van hoofdverpleegkundigen en studenten verpleegkunde. Het is echter wel opvallend dat degenen die het meest aan bed staan van de patiënt het slechtst scoren. Een verklarende factor zou werkdruk of een te kort aan tijd om verder na te denken in plaats van een psychofarmakon toe te dienen als snelle en gemakkelijke oplossing. Hoofdverpleegkundigen hebben echter wel significant positievere attitudes dan verpleegkundigen. Net als studenten komen deze personen ook minder frequent aan het bed bij de zorgvrager. Uit de test blijkt eveneens dat studenten van de HBO5-opleiding positievere attitudes hebben dan studenten uit de bacheloropleiding. Vanuit de hypothese werd het omgekeerde verwacht op basis van theoretische kennis. Een mogelijke verklaring voor het verschil is dat er in een HBO5-opleiding meer praktijkgericht gewerkt wordt met meer aandacht voor niet-farmacologische interventies.

Enkele groepen in deze testen waren beperkt in aantal. Er werden slechts resultaten van 16 hoofdverpleegkundigen geregistreerd. Ook andere vergelijkingen gebeurden niet tussen gelijke groepen, zoals verpleegkundigen die een vervolgopleiding gevolgd hebben en studenten die de opleiding geriatrie verpleegkunde volgen. Een hoger aantal respondenten zou kunnen leiden tot een hogere betrouwbaarheid van deze resultaten.

De stabiliteit van het instrument werd bepaald aan de hand van het test-hertest principe en behaalde een goed resultaat. De ICC voor het totaal instrument bedraagt voor gemiddelde metingen namelijk 0,71 ($p < 0,001$). Dit betekent dat het in de toekomst mogelijk is om betrouwbare uitspraken te doen voor de groep personen die het instrument ingevuld hebben op basis van hun gemiddelde score. Dit geldt eveneens voor subschaal 2 'externe beïnvloeding' waarbij een excellente ICC bekomen werd. De ICC voor subschaal 1 'gerechtvaardigde indicaties' en subschaal 3 'beheersing van de situatie' hebben eveneens een goede stabiliteit. Enkel subschaal 4 'potentiële risico's' behaalt een matige stabiliteit. Het verder ontwikkelen van deze subschaal met een nieuwe psychometrische evaluatie zou kunnen leiden tot een hogere stabiliteit. Ook het herformuleren zou hiertoe kunnen bijdragen. Het item 'Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen' lijkt nogal sterk geformuleerd. Andere items uit deze masterproef beginnen onder andere met 'ik ben geneigd om'. Een andere mogelijke oplossing kan zijn om het item te formuleren als een ander aspect van attitude, zoals omschreven door Altmann (2008). Een mogelijke formulering kan het cognitieve aspect bevatten: 'Ik ben van mening dat het toedienen van psychofarmaca voor de patiënt kan leiden tot een verslaving'.

Voor enkelvoudige metingen bedraagt de ICC van het totaal instrument 0,549. Dit wijst op een matige stabiliteit. Dit geldt eveneens voor subschaal 1 'gerechtvaardigde indicaties', subschaal 3 'beheersing van de situatie', en subschaal 4 'potentiële risico's'. Enkel de tweede subschaal 'externe beïnvloeding' behaalt een goede ICC. Het testen van de stabiliteit gebeurde bij 84 respondenten, bestaande uit verpleegkundigen en studenten verpleegkunde. Dit is ongeveer een vijfde van de totale steekproefgrootte en is bijgevolg beperkt.

De interne consistentie van het instrument bedraagt 0,74 en is bijgevolg goed. Door deze gunstige Cronbach's alpha kan het instrument als intern consistent aanzien worden. Toch werden voor de verschillende subschalen waarden bekomen onder de drempelwaarde. Deze waarden variëren van 0,620 tot 0,698 en zijn bijgevolg redelijk tot goed te noemen. Voor de vierde subschaal 'potentiële risico's' is het echter niet mogelijk om een Cronbach's alpha te berekenen, aangezien dit component slechts één item bevat. Het excluseren van item 4.1 'Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen' zou leiden tot een hogere Cronbach's alpha van het totale instrument. Dit item verklaart echter 7,23% van de totale variantie van de attitudes van verpleegkundigen tegenover de toediening van psychofarmaca bij ouderen en wordt bijgevolg in deze fase van het onderzoek niet geëxcludeerd. Zoals hieronder beschreven zal bijkomend onderzoek hieromtrent noodzakelijk zijn. Het verwijderen van item 2.4 'Ik ben geneigd om bij personeelsonderbemannings sneller psychofarmaca toe te dienen' zou op het totale instrument eveneens leiden tot een hogere interne consistentie. Dit zou echter betekenen dat de interne consistentie van de tweede subschaal 'externe beïnvloeding' daalt. De stijgingen van de Cronbach's alpha waarden na exclusie van deze items zou echter beperkt zijn waardoor de betrouwbaarheid van het instrument maar weinig zou verhogen. Er werd beslist om deze items niet te excluseren, omdat dit een daling van de verklaarde variantie zou kunnen teweegbrengen. Door de bepaling en interpretatie van deze waarden kunnen het instrument en de eerste drie subschalen als intern consistent aanzien worden.

De sterkte van dit onderzoek bevindt zich in de methodologische aanpak bij het opstellen van het instrument en de psychometrische evaluatie. Er werd met verschillende aspecten van attitude en de mening van verschillende experts rekening gehouden bij het opstellen van het instrument. De validatie en betrouwbaarheidsanalyses werden uitgevoerd op een steekproef van 430 respondenten. Dit leidde tot een duidelijk beeld van de betrouwbaarheidscijfers van dit instrument.

5.1 Beperkingen

Om response set bias te voorkomen werd counterbalancing toegepast. Hierbij werden zowel positief als negatief geformuleerde items geïncludeerd in de lijst met items die mogelijks zouden opgenomen worden in het instrument. Deze items zijn uiteindelijk

niet in het definitieve meetinstrument geraakt. Er werden ook geen items dubbel opgesteld met zowel een positieve als negatieve formulering om na te gaan of de antwoorden van de participanten doordacht zijn. Op deze manier zou er bias kunnen optreden door participanten die eenduidig antwoorden.

Om het instrument psychometrisch te evalueren werd een convenience sample uitgevoerd. Deze steekproef gebeurde bijgevolg niet op basis van toeval, waardoor niet alle verpleegkundigen die werkzaam zijn op een geriatrische afdeling evenveel kans hadden om geïncludeerd te worden in deze studie. Gezien het verloop van de datacollectie, het inzetten van lokale onderzoekers en verlofregelingen bij het verpleegkundig personeel was het niet mogelijk om een response rate per instelling op te maken. Op deze manier is het mogelijk dat de steekproef niet volledig overeenstemt met de populatie. Dit kan een beperking zijn om de uitspraken te generaliseren voor alle verpleegkundigen van een geriatrische afdeling.

Omdat de gemiddelde scores bij subschaal 1 ‘gerechtvaardigde indicaties’ en subschaal 3 ‘beheersing van de situatie’ rond het gemiddelde liggen, werden ook de frequentietabellen van de verschillende items bekeken. Hieruit blijkt dat ongeveer een vierde van de respondenten een neutraal antwoord geeft. Dit aantal varieert van 72 respondenten bij item 1.2 tot 150 respondenten bij item 3.3. Om duidelijkere resultaten te bekomen en te kunnen formuleren, kan gekozen worden om vier-punt Likert-type schaal te gebruiken in plaats van een vijf-punt type schaal. Zo worden participanten verplicht om een keuze te maken of ze al dan niet akkoord gaan met de items. Er is dan wel een hoger risico op vertekening van de resultaten. Dit werd toegepast in het uiteindelijke instrument (cfr. bijlage 9).

De known groups technique liet niet toe om een onderscheid te maken tussen de resultaten van verschillende groepen waarbij op basis van theorie een verschil verwacht werd. Er werd vanuit gegaan dat er een verschil zou zijn tussen groepen op basis van hun kennis en praktijkervaring. Mogelijks berusten attitudes ook uit andere factoren.

5.2 Aanbevelingen

Aangezien het huidige instrument de helft van de variantie verklaart, is nog niet alles bekend over de attitudes van verpleegkundigen die ervoor zorgen dat psychofarmaca toegediend worden bij ouderen. Om de attitudes rond het toedienen van psychofarmaca nog beter te begrijpen is bijkomend onderzoek noodzakelijk. Aan de hand van

kwalitatief onderzoek kunnen attitudes van verpleegkundigen nog verder geëxploreerd worden. Aangezien de vierde subschaal 'potentiële risico's' slechts uit één item bestaat, kunnen hier nog verdere items aan toegevoegd worden. Het geïncludeerde item handelt over het nadeel voor de patiënt. Andere items kunnen bijvoorbeeld handelen over de nadelen voor de verpleegkundige, de werkorganisatie of de omgeving van de patiënt.

Op basis van kwalitatief onderzoek is het ook mogelijk om nieuwe componenten te ontdekken die ervoor zorgen dat verpleegkundigen psychofarmaca toedienen aan geriatrische patiënten. Zoals aangehaald, werden de items opgesteld rekening houdende met het cognitieve, affectieve en gedragsmatige aspect van een attitude. Door kwalitatief onderzoek kunnen cognitieve en affectieve aspecten verder onderzocht en ontdekt worden. Dit kan op basis van semi-gestructureerde of open interviews, maar ook door de think aloud methode waarbij verschillende casussen kunnen voorgelegd worden aan verpleegkundigen. Ook de eigen rol van de verpleegkundige bij de toedienen van psychofarmaca bij ouderen kan onderzocht worden aan de hand van kwalitatief onderzoek, bijvoorbeeld door focusgroepen. Een frequent voorkomende opmerking van de respondenten bij de bevraging was dat de verpleegkundige voor de toediening van psychofarmaca afhankelijk is van de arts. Zowel verpleegkundigen als studenten verpleegkunde gaven aan dat ze vinden dat de arts de beslissing neemt inzake het voorschrijven van geneesmiddelen en dat de verpleegkundige louter een uitvoerende taak heeft, met name het toedienen van de voorgeschreven geneesmiddelen. Deze opinie strookt echter niet met deze van Anthierens et al. (2009) en Voyer & Martin (2003) waarbij gesteld wordt dat bij het geneesmiddelenproces een belangrijke taak is weggelegd voor de verpleegkundige, zoals het klaarmaken, controleren en toedienen van de geneesmiddelen, maar ook het observeren van bijwerkingen, contra-indicaties en interacties tussen verschillende geneesmiddelen. Door hun rapportagefunctie naar de arts toe speelt de verpleegkundige een belangrijke rol bij het al dan niet toedienen en stoppen van geneesmiddelen bij patiënten. Op basis van deze opmerkingen kan ook nagegaan worden hoe de attitude van verpleegkundigen is tegenover het voorschrijfgedrag van de arts.

Op basis van de resultaten van de psychometrische evaluatie is het aanbevolen om het instrument verder te ontwikkelen nog meer van de variantie van de attitudes ten aanzien van psychofarmacatoediening bij geriatrische patiënten te kunnen verklaren. De stabiliteit kan verder onderzocht worden bij een grotere steekproef.

Zoals blijkt uit de inleiding van deze masterproef is de geriatrische zorg een belangrijk aspect in de huidige hulpverlening. Door het stijgend aantal ouderen en het hoger gebruik van de gezondheidszorg door ouderen, worden geriatrische patiënten ook op andere afdelingen gehospitaliseerd dan een geriatrische afdeling. Ook daar is het mogelijk dat deze ouderen psychofarmaca toegediend krijgen. In de toekomst kan dit instrument, na verdere validatie ziekenhuisbreed voorgelegd worden aan verpleegkundigen.

6 Conclusie

Deze masterproef had als doel om een valide en betrouwbaar instrument te ontwikkelen om de attitudes van verpleegkundigen te meten ten aanzien van de toediening van psychofarmaca bij ouderen. Uit analyses van de inhoudsvaliditeit, construct validiteit, betrouwbaarheid en stabiliteit blijkt dat het instrument intern consistent en betrouwbaar is. Het instrument verklaart 49,98% van de totale variantie en kan opgedeeld worden in verschillende subschalen. Bijgevolg kan besloten worden dat gerechtvaardigde indicaties, externe beïnvloeding, beheersing van de situatie en potentiële risico's van psychofarmacatoediening de attitudes van verpleegkundigen ten aanzien van de toediening van psychofarmaca kunnen beïnvloeden. Verder onderzoek is aangeraden om de overige helft van de variantie te verklaren. Hiervoor kan kwalitatief onderzoek uitgevoerd worden.

7 Literatuurlijst

- Ajzen, I., Madden, T. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: attitudes, intentions and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(3), 453-474.
- Altmann, T.K. (2008). Attitude: a concept analysis. *Nursing Forum*, 43(3), 144-150.
- Anthierens, S., Grypdonck, M., De Pauw, L. & Christiaens, T. (2009). Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3098-3106.
- Azermai, M., Elseviers, M., Petrovic, M., Van Bortel, L. & Vander Stichele, R. (2011). Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. *Human psychopharmacology*, 26, 12-20.
- Baandrup, L, Allerup, P., Nordentoft, M., Lublin, H. & Glenthoj, B.Y. (2010). Exploring regional variation in antipsychotic coprescribing practice: a Danish questionnaire survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(11), 1457-1464.
- Baker J.A., Lovell K. & Harris N. (2007). Mental health professionals' psychotropic pro re nata (p.r.n.) medication practices in acute inpatient mental health care: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 29, 163–168.
- Beeckman, D., Defloor, T., Demarré, L., Van Hecke, A. & Vanderwee, K. (2010). Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1432-1441.
- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. (2011). Opgevraagd op 27 april 2011, via <http://www.bcfi.be>.
- Belgian Federal Government. (2010). Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: België. Opgevraagd op 2 november 2011, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/belgie/>

- Byrne, M.K., Deane, F.P. & Coombs, T. (2005). Nurse's beliefs and knowledge about medications are associated with their difficulties using patient treatment adherence strategies. *Journal of Mental Health*, 14(5), 513-521.
- Claes, S., Casteels, M., Danckaets, M., De Lepeleire, J., Demyttenaere, K., Laekeman, G., Luyten, P., Pattyn, B., Schokkaert, E., Truys, T. (2010). Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Opgevraagd op 21 april, 2011, via <http://www.kuleuven.be/metaforum/>
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J., Tafforeau, J. (2008). Gezondheidsenquête door interview, deel 5 de gezondheid van de ouderen. IPH/EPI reports, nummer 2010 (57). Opgevraagd op 4 november 2011, via <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/table08.htm>.
- Demarest, S., Van der Heyden, J., Gisle, L., Buziarsist, J., Miermans, P., Sartor, F., Van Oyen, H., Tafforeau, J. (2001). Gezondheidsenquête door interview, deel 2 gezondheidstoestand, chronische aandoeningen. IPH/EPI reports, nummer 2002 (22), 81-237. Opgevraagd op 4 november 2011, via <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/TABLE01.htm>.
- De Moor, G. & Van Maele, G. (2008). Inleiding tot de biomedische statistiek. Acco: Leuven.
- Demotte, R. (2005). Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij de behandeling van dementie bij ouderen. Juryrapport consensusvergadering RIZIV. Opgevraagd op 4 november 2011, via <http://www.riziv.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/index.htm>.
- Dickson, R., Knapp, P., House, A., Dimri, V., Zermansky, A., Petty, D., Holmes, J. & Raynor, D. (2010). Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study. *British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 60(573), e144-55.

- Eulderink, F., Heeren, T.J., Knook, D.L. & Ligthart, G.J. (2004). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Springer Uitgeverij: Leiden.
- Fillenbaum, G.G., Hybels, C.F., Pieper, C.F., Konrad, T.R., Burchett, B.M. & Blazer, D.G. (2006). Provider Characteristics Related to Antidepressant Use in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 942-949.
- Fleiss, J.L. (1986). Analysis of data from multiclinic trials. *Controlled Clinical Trials*, 4, 267-275.
- Fulton, M.M., & Allen, E.R. (2005). Polypharmacy in the elderly: A literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123-32.
- Geffen, J., Cameron, A., Sorensen, L., Stokes, J., Roberts, M.S. & Geffen, L. (2002). Pro re nata medication for psychoses: the knowledge and beliefs of doctors and nurses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 642-648.
- Helbling, J., Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Weyermann, R., Burns, T. & Rössler, W. (2006). Attitudes to antipsychotic drugs and their side effects: a comparison between general practitioners and the general population. *BMC Psychiatry*, 18(6), 42-47.
- Hughes, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. *Nursing Older People*, 20(3), 33-38.
- Ito, H., Koyama, A. & Higuchi, T. (2005). Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *British Journal of Psychiatry*, 187, 243-247.
- Kendrick, T., King, F., Albertella, L. & Smith, P. (2005). GP treatment decisions for patients with depression. *British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(513), 280-286.
- Kollodge, R. (Eds.) (2011). The State of World Population 2011. Opgevraagd op 3 november 2011, via <http://www.unfpa.org/swp/>

- Kwasny, P., Hagen, B. & Armstrong-Esther, C. (2006). Use of major and minor tranquilizers with older patients in an acute care hospital: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 135-141.
- Lasserre, A., Younès, N., Blanchon, T., Cantegreil-Kallen, I., Passerieux, C., Thomas, G., Chan-Chee, C. & Hanslik, T. (2010). Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 60 (573), e156-62.
- Lindsey, P.L. (2009). Psychotropic medication use among older adults: What all nurses need to know. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(9): 28-38.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Dementia, supporting people with dementia and their carers in health and social care. *London: National Institute for Health and Clinical Excellence*. Opgevraagd op 21 februari 2012, via <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>
- Patel, M.X., De Zoysa, N., Baker, D. & David, A.S. (2005). Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 237-244.
- Patel, M.X., Nikolaou, V. & David, A.S. (2003). Psychiatrists' attitudes to maintenance medication for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 83-89.
- Patel, M.X., Yeung, F.K.K., Haddad, P.M. & David, A.S. (2008). Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 758-766.
- Polit, D.F. & Beck, C.H. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Powell (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing* 41(4), 376-382

- Rasaratnam, R., Crouch, K. & Regan, A. (2004). Attitude to medication of parents/primary carers of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(8), 754-763.
- Robson, D. & Haddad, M. (2011). Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: The development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1),72-83
- Šter, M. & Gorup, E. (2011), Slovenië, Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 52(1), 16-24.
- Thurmond, J.A. (1999). Nurses' perceptions of chemical restraint use in long-term care. *Applied Nursing Research*, 12(3), 159-162.
- Usher, K., Baker, J.A., Holmes, C. & Stocks, B. (2009). Clinical decision-making for 'as needed' medications in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 981-991.
- Vander Stichele, R.H., Van de Voorde, C., Elseviers, M.M., Verrue, C., Soenen, K. & Smet, M. (2006). Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). KCE reports 47 A.
- Vanderwee, K., Delbaere, I., Steeman, E. & Grypdonck, M. (2011). Diagnostiek, interventies en outcome. Universiteit Gent: onuitgegeven cursusmateriaal.
- Van Eijken, M., Peijnenburg, R., van Achterberg, T. (2008). Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet medicamenteuze aanbevelingen). *Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud*.
- Van Maele, G., Deschepper, E., Buysse, H. & Coorevits, P. (2010). Statistische gegevensverwerking met behulp van IBM SPSS 18 (PASW). Univirity Press, Gent.

- Veehof, L., Haaijer-Ruskamp, F., Meybloom-De Jong, B. (2001). Polyfarmacie bij ouderen, een probleem? *Huisarts Wet*, 44, 446-449.
- Voyer, P., Cappeliez, P., Pérodeau, G. & Préville, M. (2005). Mental health for older adults and benzodiazpine use. *Journal of Community Health Nursing*, 22(4), 213-229.
- Voyer, P. & Martin, L.S. (2003). Improving geriatric mental health nursing care: Making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 11-21.
- Walburn J., Gray R., Gourney K., *et al.* (2001) Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *British Journal of Psychiatry*, 179, 300–307.
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). (2010). Opgevraagd op 22 november 2011, via <http://www.who.int>.

8 Bijlagen

Bijlage 1: Methodologische beoordeling van de artikels

Bijlage 2: Flowchart zoekstrategie

Bijlage 3: Overzicht van de geselecteerde items

Bijlage 4: Beroepsprofiel expertpanel Delphi procedure

Bijlage 5: Geëxcludeerde items na Delphi procedure

Bijlage 6: Attitudemeetschaal na Delphi procedure

Bijlage 7: Factoranalyse

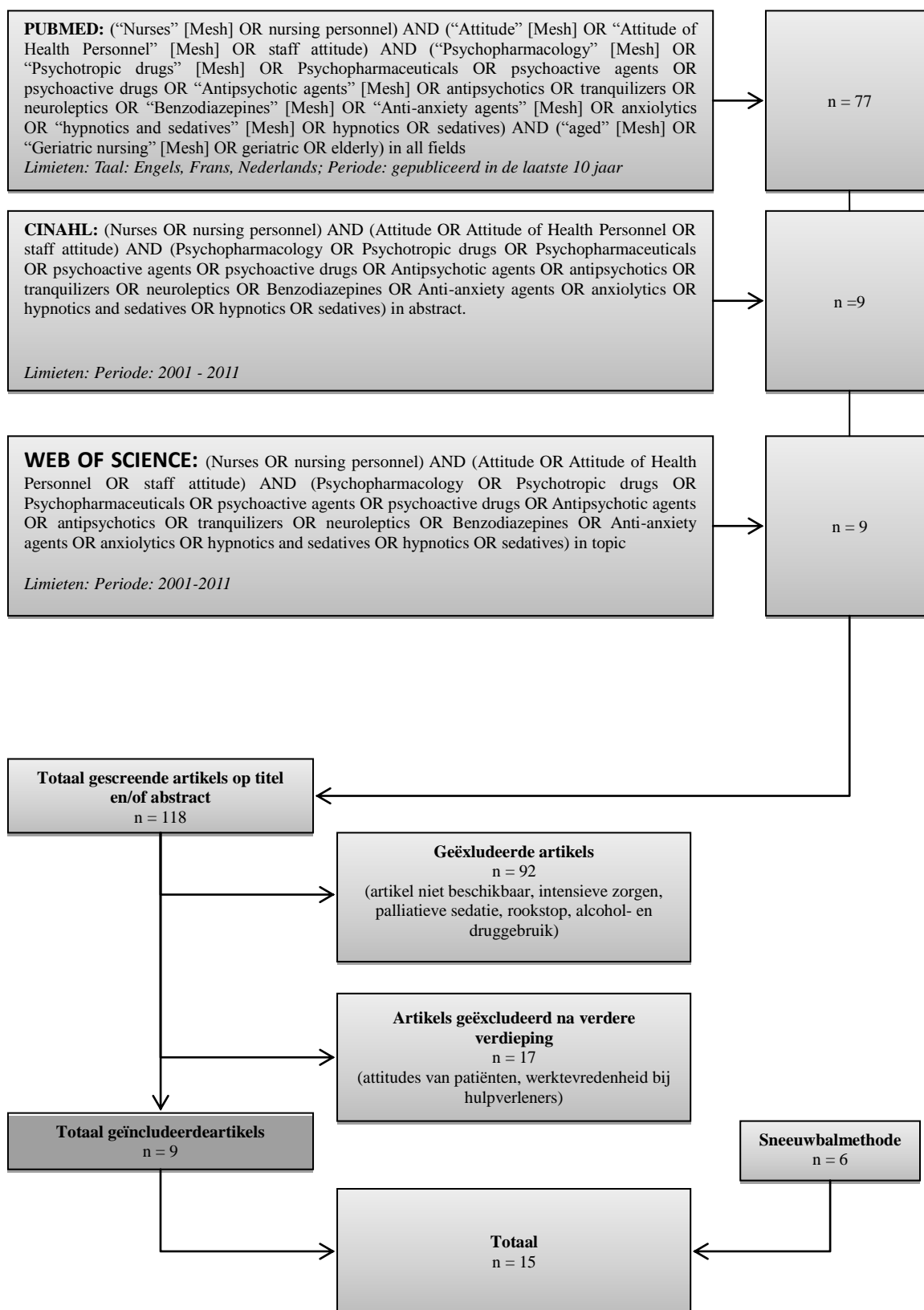
Bijlage 8: Cronbach's alpha

Bijlage 9: Finale versie van het meetinstrument

Bijlage 1: Methodologische beoordeling van de artikels

	Vooropgestelde doel van de studie bekend?	Definitie/grootte van de populatie?	Berekening van de steekproefgrootte?	Vermelding over representativiteit van de steekproef?	Vermelding inclusie- en exclusiecriteria?	Vermelding van de demografische gegevens?	Onafhankelijke onderzoeker(s)?	Metingen valide en betrouwbaar?	Oorspronkelijke vragenlijst beschikbaar?	Response rate en drop out rate vermeld?	Redenen van dropout/geen respons beschreven?	Discussie van de generaliseerbaarheid?	Vermelding van de manier van financiering?	Aantal keer negatief gescoord?	Totaal percentage
Anthierens et al. (2009)	+	+	-	-	+	-	+	+	-	NVT	NVT	+	-	5	54,55%
Baker et al. (2007)	+	+	-	-	-	-	+	+	-	NVT	NVT	+	+	5	54,55%
Byrne et al. (2005)	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	5	61,54%
Geffen et al. (2002)	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-	+	-	7	46,15%
Helbling et al. (2006)	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	+	+	4	69,23%
Kwasny et al. (2004)	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	-	+	-	6	53,85%
Lasserre et al. (2010)	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	3	76,92%
Patel et al. (2003)	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	3	76,92%
Patel et al. (2005)	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	5	61,54%
Rasaratnam et al. (2004)	+	+	-	-	+	+	+	+	+	NVT	NVT	-	+	3	70,00%
Usher et al. (2009)	+	-	-	-	+	+	+	+	+	NVT	NVT	+	+	3	70,00%
Totaal	11/11	7/11	2/11	2/11	7/11	7/11	11/11	11/11	4/11	6/7	1/7	10/11	7/11	X: 4,45	X: 63,20%

Bijlage 2: Flowchart zoekstrategie



Bijlage 3: Overzicht van de geselecteerde items

Geselecteerd de ‘Perceptions of Restraint Use Questionnaire’ (PRUQ) uit Strumph & Evans (1988, in Kwasny et al., 2004)

- Following are reasons sometimes given for restraining older people.
Hieronder volgen vaak voorkomende redenen om ouderen in bedwang te houden.
- In general, how important do you believe the use of chemical restraints are for each reason listed?
Hoe belangrijk vindt u het gebruik van chemische fixatie voor elk van onderstaande redenen?
- Protecting staff or other clients from physical abusiveness or combativeness.
Beschermen van personeel of andere cliënten tegen fysiek misbruik of geweld.
- Preventing a person with dementia from breaking open sutures.
Voorkomen dat een persoon met dementie hechtingen losmaakt.
- Management of agitation.
Aanpak van agitatie.
- Providing quiet time or rest for an overactive person with dementia.
Een stil moment of rust voorzien voor een overactief persoon met dementie.
- Providing safety when judgment is impaired.
Veiligheid verstrekken wanneer de oordeelsvermogen verstoord is.
- Preventing a person with dementia from pulling out a feeding tube.
Voorkomen dat een persoon met dementie een voedingssonde uittrekt.
- Preventing a person with dementia from getting into dangerous places or supplies.
Voorkomen dat een persoon met dementie bij gevaarlijke plaatsen of voorraden geraakt.
- Preventing a person with dementia from pulling out an I.V. line.
Voorkomen dat een persoon met dementie een intraveneuze lijn uittrekt.
- Preventing a person with dementia from pulling out a catheter.
Voorkomen dat een persoon met dementie een katheter uittrekt.

- Protecting person with dementia from falling out of bed.
Een persoon met dementie beschermen om niet uit bed te vallen.
- Insufficient staff to observe person with dementia.
Onvoldoende personeel om de persoon met dementie te observeren.
- Preventing a person with dementia from removing a dressing.
Voorkomen dat een persoon met dementie een wondverband verwijdert.
- Protecting a person with dementia from falling out of chair.
Een persoon met dementie beschermen om niet van een stoel te vallen.
- Protecting person with dementia from unsafe ambulation.
Een persoon met dementie beschermen tegen onveilig wandelgedrag.
- Keeping a confused person with dementia from bothering others.
Een verwarde persoon met dementie verhinderen anderen lastig te vallen.
- Preventing a person with dementia from wandering.
Voorkomen dat een persoon met dementie ronddwaalt.
- Preventing a person with dementia from taking things from others.
Voorkomen dat een persoon met dementie dingen afneemt van anderen.

Geselecteerd uit de ‘Beliefs about Medicines Questionnaire’ (BMQ) uit Patel et al. (2005)

- I have no time to adequately monitor patients on depots.
Ik heb geen tijd om op een adequate manier toezicht te houden op patiënten met depotpreparaten.
- Patients have a greater risk of being stigmatized if they receive a depot.
Patiënten lopen een groter risico om gestigmatiseerd te worden als ze depotpreparaten krijgen.
- Depots are old fashioned.
Depotpreparaten zijn ouderwets.
- For depots, the good aspects outweigh the bad.
De voordelen van depotpreparaten primeren boven de nadelen.
- Once a patient is on depot it is unwise to discontinue.
Eens een patiënt een depotpreparaat krijgt, is het onverstandig om ermee te stoppen.

Geselecteerd uit Helbling et al. (2006):

- Antipsychotic drug treatment is the most effective way to treat mental illness.
Antipsychotische medicatiebehandeling is de meest effectieve manier om een mentale ziekte te behandelen.
- The benefits of antipsychotic drug treatment far outweighs the risk associated with it.
De voordelen van een antipsychotische medicatiebehandeling zijn veel belangrijker dan het risico dat ermee geassocieerd wordt.
- In the long run antipsychotic drugs make one even more ill than before.
Op lange termijn maakt het gebruik van antipsychotische geneesmiddelen iemand nog zieker dan voordien.
- Mentally ill people are only tolerable for their relatives due to antipsychotic drug treatment.
Mentaal zieke personen zijn enkel te verdragen voor hun familieleden dankzij een antipsychotische medicatiebehandeling.

Geselecteerd uit de 'Rating of Attitude to Medication Scale' (RAMS) uit Rasaratnam et al. (2004):

- What are the main reasons for your willingness to give medication to 'X'?
Wat zijn de hoofdredenen voor uw bereidheid om medicatie te geven aan 'X'?
- I believe the good things about medication outweigh the bad.
Ik geloof dat de goede kanten van medicatie primeren over de slechte.
- 'X' needs medication even when s/he is well.
'X' heeft medicatie nodig, zelfs wanneer zijn/haar toestand goed is.
- I am giving 'X' the medication because of pressure/force from professionals.
Ik geef 'X' de medicatie onder druk/dwang van deskundigen.
- 'X' is more aware of what s/he is doing and what is going on around him/her when he is on medication.
'X' is zich meer bewust van wat hij/zij aan het doen is en wat er rondom hem/haar gebeurt wanneer hij/zij onder medicatie is.

- Taking medication will not harm 'X'.
De inname van medicatie kan geen kwaad voor 'X'.
- Medication may make 'X' feel more relaxed. (Current treatment perceived as effective).
Medicatie kan ervoor zorgen dat 'X' zich meer ontspannen voelt. (Huidige behandeling als doeltreffend beschouwd).
- Taking medication will prevent 'X' from having a break down (prevent relapse).
De inname van medicatie zal voorkomen dat 'X' een instorting krijgt (terugval voorkomen).
- It is up to the doctor to decide when 'X' should go off medication.
Het is aan de arts om te beslissen wanneer de medicatie van 'X' stopgezet moet worden.
- 'X' is in better control of him/herself when on medication.
'X' heeft zichzelf beter onder controle wanneer hij/zij onder medicatie is.
- By staying on medication 'X' can be prevented from being admitted to hospital.
Door onder medicatie te blijven kan een ziekenhuisopname voor 'X' voorkomen worden.
- Regular contact with a health professional will have an influence on my willingness to give 'X' medication.
Regelmatig contact met een gezondheidsdeskundige zal een invloed hebben op mijn bereidheid om 'X' medicatie te geven.
- I think medication has beneficial effects on a variety of mental and behavioral disorders.
Ik denk dat medicatie gunstige effecten heeft op verscheidene mentale stoornissen en gedragsstoornissen.
- There may be times when you feel reluctant to give or wished you didn't have to give the medication. If that is true what are the main reasons for this?
Er kunnen momenten zijn waarop je aarzelt om medicatie te geven of wenste dat je de medicatie niet hoefde te geven. Wat zijn in dat geval de voornaamste redenen hiervoor?
- I don't think 'X' will need to take medication once s/he feels better.
Ik denk niet dat 'X' medicatie zal moeten nemen eens hij/zij zich beter voelt.

- I do not want 'X' to have medication because I fear 'X' can become addicted (hooked) to the medication.
Ik wil niet dat 'X' medicatie toegediend krijgt, omdat ik vrees dat 'X' verslaafd kan raken aan de medicatie.
- 'X' would not be different whether s/he takes medication or not (not perceived as effective).
'X' zou niet veranderen of hij/zij nu medicatie neemt of niet (niet als doeltreffend beschouwd).
- I am worried about 'X' having undesirable and unpleasant side effects of medication.
Ik maak me zorgen over het feit dat 'X' ongewenste en onaangename neveneffecten krijgt van de medicatie.
- I would prefer 'X' to have other therapies than taking medication. (Herbal medicine, Psychological interventions such as counselling).
Ik zou verkiezen om 'X' andere behandelingen te geven dan medicatie in te nemen. (Kruidenpreparaten, psychologische interventies zoals counseling).
- It is unnatural for 'X's' mind and body to be controlled by medication.
Het is onnatuurlijk voor geest en lichaam van 'X' om gecontroleerd te worden door medicatie.

Geselecteerd op basis van de resultaten van de literatuur en eigen inbreng:

- Indien er niet-regulier personeel aanwezig is die de afdeling niet goed kent, zal er sneller psychofarmaca toegediend/voorgeschreven worden.
- Ik zal sneller een psychofarmacum toedienen bij een persoon die tekenen vertoont van agressie.
- Antipsychotica zijn effectief bij de behandeling van agitatie
- Antipsychotica moeten toegediend worden bij hallucinaties/delusies
- Benzodiazepines zijn effectief bij de behandeling van agitatie.
- Ik zal sneller een psychofarmacum toedienen bij een persoon die tekenen vertoont van een psychose.
- Een verpleegkundige met veel werkervaring zal minder snel geneigd zijn om psychofarmaca toe te dienen.

- Niet-farmacologische oplossingen hebben geen effect op de toestand van de patiënt.
- Bij personeelsproblemen, zoals onderbestaffing, is het aanvaardbaar om psychofarmaca toe te dienen
- Indien er nevenwerkingen van de medicatie geobserveerd worden bij de patiënt moet de medicatie onmiddellijk gestopt worden.
- De toediening van psychofarmaca moet in vraag gesteld worden als de patiënt zich beter voelt.
- Ik zal sneller een psychofarmacum toedienen bij een persoon die tekenen vertoont van agitatie.
- Ik dien psychofarmaca toe uit bezorgdheid voor de patiënt.
- Ik ervaar dat ik minder psychofarmaca toedien/voorschrijf dan vroeger, omwille van mijn toegenomen ervaring.
- Ik dien psychofarmaca toe uit bezorgdheid voor de veiligheid van mezelf en mijn collega's.
- Ik dien psychofarmaca toe uit bezorgdheid voor de omgeving van de patiënt.
- Ik ervaar het niet als mijn taak om te beslissen of psychofarmaca moeten gestopt worden.
- Ik ervaar het niet als mijn taak om te beslissen of er psychofarmaca moeten toegediend worden.
- Bij onvoldoende bestaffing ben ik sneller geneigd om psychofarmaca toe te dienen
- Ik kan betere zorg verlenen aan andere patiënten wanneer een patiënt met een mentale aandoening psychofarmaca krijgt.
- Ik voel me schuldig als ik psychofarmaca toedien aan een patiënt.
- Wanneer ik een hogere werkdruk ervaar, zal ik sneller geneigd zijn om psychofarmaca toe te dienen.
- Ik ervaar minder werkdruk als de patiënt psychofarmaca krijgt.
- Ik voel me veiliger als de patiënt psychofarmaca toegediend krijgt. (fysiek geweld)
- Ik dien psychofarmaca toe om mezelf te beschermen tegen fysiek geweld, zodat ik me veiliger voel.

Bijlage 4: Beroepsprofiel expertpanel Delphi procedure

- Majda Azermai, doctor in de Medische Wetenschappen, Universiteit Gent
- Dr. Filip Bouckaert, gerontopsychiater, UC Sint-Jozef Kortenberg
- Katrien Callaerts, verpleegkundige dienst ouderenpsychiatrie, UC Sint-Jozef Kortenberg
- Prof. dr. Peter De Paepe, urgentie arts, klinisch farmacoloog, UZ Gent
- Dr. Lieve Lemey, gerontopsychiater departement psychiatrie-psychosomatiek, AZ Sint-Jan Brugge
- Apr. Annemie Somers, klinisch apotheker, UZ Gent
- Joris Vlaemynck, psychiatrisch verpleegkundige, ondersteuningsteam geriatrie zorg, AZ Sint-Jan Brugge

Bijlage 5: Geëxcludeerde items na Delphi procedure

- Ik ben van mening dat de voordelen van de toediening van psychofarmaca bij ouderen belangrijker zijn dan het risico dat ermee geassocieerd wordt.
- Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca voor een gerichte diagnose, in een juiste dosis en voor een juiste duur op lange termijn niet schadelijk is voor de patiënt.
- Ik ben van mening dat het toedienen van psychofarmaca de meest effectieve manier is om psychische en gedragsproblemen van ouderen te behandelen.
- Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om te voorkomen dat een persoon met dementie op gevaarlijke plaatsen en in gevaarlijke situaties komt ten gevolge van dwaalgedrag.
- Ik ben van mening dat psychofarmaca toegediend mogen worden om te voorkomen dat de persoon met dementie uit zijn/haar bed of van zijn/haar stoel valt.
- Ik dien psychofarmaca toe om collega-zorgverleners te beschermen tegen fysiek geweld van de geriatrische patiënt.
- Ik ben van mening dat psychofarmaca die voorgeschreven werden als behandeling van psychische en gedragsproblemen nog verder toegediend moeten worden bij geriatrische patiënten, zelfs wanneer deze psychische en gedragsproblemen niet meer aanwezig zijn.
- Ik ben van mening dat een persoon met dementie zich meer bewust is van zijn eigen gedrag en de gevolgen ervan wanneer hij/zij een psychofarmacon toegediend krijgt.
- Ik denk dat de toestand van de geriatrische patiënt met psychische en gedragsproblemen niet zal veranderen door het toedienen van een psychofarmacon.
- Ik heb medelijden met de geriatrische patiënt wanneer ik hem/haar een psychofarmacon toedien.
- Ik denk dat een persoon met dementie zich meer bewust is van wat er rondom hem/haar gebeurt wanneer hij/zij een psychofarmacon toegediend krijgt.

Bijlage 6: Attitudemeetschaal na Delphi procedure

Onderzoek naar attitudes van verpleegkundigen in het kader van psychofarmacatoediening bij patiënten op een dienst acute geriatrie

Algemeen:

De vragenlijst is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel worden uw persoonsgegevens bevraagd. Deze gegevens zullen strikt anoniem verwerkt worden, zodat de resultaten van dit onderzoek op geen enkele manier kunnen gelinkt worden aan een persoon. Het tweede deel bestaat uit 20 stellingen over de toediening van psychofarmaca. Er wordt gevraagd om te beoordelen in welke mate u al dan niet akkoord gaat met deze stellingen. Belangrijk hierbij is om de stellingen te beoordelen vanuit uw eigen denken, handelen en gevoel.

Antwoorden kunnen aangeduid worden door de keuzemogelijkheid aan te vinken. Indien u correcties wenst aan te brengen nadat u een vraag reeds beantwoordde, dient u uw definitief antwoord duidelijk te omcirkelen.

In het derde deel is er ruimte voorzien waarin u opmerkingen omtrent dit onderzoek kunt neerschrijven.

Instructies:

- Neem zo nodig plaats in een ruimte waar u niet wordt gestoord.
- Vul de vragen en stellingen individueel in, zonder overleg met collega's, vrienden, andere personen of zaken, zoals het internet.
- De gegevens worden anoniem verwerkt en worden uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt.
- Na het beëindigen van de vragenlijst kunt u deze rechtstreeks terugbezorgen aan de onderzoeker of de vragenlijst in een gesloten enveloppe bezorgen aan uw hoofdverpleegkundige.

Met dank bij voorbaat en de meeste hoogachting,

Prof. dr. M. Petrovic

Deel 1: Demografische gegevens

1. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw

2. Wat is uw geboortjaar?
 -

3. Wat is uw huidige functie?
 - Hoofdverpleegkundige
 - Verpleegkundige
 - Student verpleegkunde
 - Andere: ...

4. Wat is uw basisopleiding?
 - Bachelor in de verpleegkunde (vroeger A1-opleiding)
 - HBO5-verpleegkunde (vroeger A2-opleiding)

5. Welke afstudeerrichting heeft u gevolgd in uw opleiding?
 - Geriatrische verpleegkunde
 - Pediatrie verpleegkunde
 - Psychiatrie verpleegkunde
 - Sociale verpleegkunde
 - Ziekenhuis verpleegkunde

6. Heeft u een vervolgopleiding genoten, zo ja welke? (Indien niet, ga naar de volgende vraag)
 - Referentie verpleegkundige geriatric (50 uur)
 - Gespecialiseerd verpleegkundige in geriatric (150 uur)
 - BaNaBa Intensieve zorgen en spoedgevallen
 - BaNaBa Zorgmanagement (opleiding tot hoofdverpleegkundige)
 - Master in de Verpleegkunde/Vroedkunde/GVO/Management en Beleid in de gezondheidszorg
 - Andere: ...

7. Op welke dienst werkt u?
 - Hospitalisatieafdeling acute geriatric
 - Geriatric dagziekenhuis
 - Polikliniek geriatric
 - Interne liaison team geriatric

- Andere: ...
8. Hoeveel jaar werkervaring heeft u als verpleegkundige op een afdeling acute geriatrie?
- Minder dan 1 jaar
- 1 tot 5 jaar
- 5 tot 10 jaar
- Meer dan 10 jaar
9. Heeft u reeds bijscholingen gevolgd over psychofarmaca?
- Ja
- Nee
10. Heeft u reeds bijscholingen gevolgd over...
- Delier
- Dementie
- Depressie (bij ouderen)
- Farmacologie bij ouderen
- Andere, relevant voor deze studie: ...
11. Hoe vindt u uw kennis over psychofarmaca?
- Meer dan voldoende
- Voldoende
- Onvoldoende

Deel 2: Attitudes

Onderstaande items handelen over de toediening van psychofarmaca op een afdeling acute geriatrie bij personen met al dan niet dementie gerelateerde gedragsproblemen (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia). Indien geen specifiek ziektebeeld vermeld is, heeft de stelling betrekking op geriatrische patiënten met algemene psychische en gedragsproblemen. De term psychofarmaca omvat slaap- en kalmeermiddelen en antipsychotica.

Gelieve onderstaande items te beoordelen op basis van de mate waarin u al dan niet akkoord gaat met deze stellingen. Hierbij geldt:

- 1 = Helemaal niet akkoord
- 2 = Eerder niet akkoord
- 3 = Noch niet akkoord, noch akkoord
- 4 = Eerder akkoord
- 5 = Helemaal akkoord

	1	2	3	4	5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
11 Ik ben geneigd om sneller een psychofarmacon toe te dienen wanneer ik een hogere werkdruk ervaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om andere patiënten te beschermen tegen fysiek geweld van die geriatrische patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ik ben van mening dat er sneller psychofarmaca toegediend worden wanneer er niet-regulier personeel aanwezig is die de afdeling niet goed kent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van de familie van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ik ben geneigd om bij personeelsonderbemannings sneller psychofarmaca toe te dienen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van andere verpleegkundigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ik dien psychofarmaca toe om een overactieve persoon met dementie mentale en fysieke rust te bieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om te voorkomen dat een persoon met dementie verzorgingsmateriaal verwijdert, zoals sondes, katheters en verbanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Ik heb het gevoel meer controle te hebben over de situatie als een geriatrische patiënt met psychische en gedragstoornissen psychofarmaca toegediend krijgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 3: Opmerkingen

Indien u opmerkingen heeft over dit onderzoek, kunt u deze hieronder noteren.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor uw deelname,

Ruben Vanbosseghem

Bijlage 7: Factoranalyse

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,798
	Approx. Chi-Square	1247,145
Bartlett's Test of Sphericity	df	120
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,751	23,445	23,445	3,751	23,445	23,445	2,464	15,398	15,398
2	1,978	12,361	35,806	1,978	12,361	35,806	2,278	14,236	29,634
3	1,221	7,628	43,434	1,221	7,628	43,434	2,098	13,111	42,746
4	1,046	6,540	49,975	1,046	6,540	49,975	1,157	7,229	49,975
5	,987	6,166	56,141						
6	,902	5,638	61,779						
7	,850	5,312	67,091						
8	,763	4,770	71,861						
9	,753	4,703	76,564						
10	,669	4,179	80,743						
11	,663	4,142	84,885						
12	,584	3,652	88,537						
13	,536	3,351	91,888						
14	,518	3,235	95,123						
15	,431	2,693	97,815						
16	,350	2,185	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
1.1	,656	-,133	-,142	-,205
1.2	,655		,204	
1.3	,635	,253		,259
1.4	,576		,235	
1.5	,566		,194	
1.6	,433		,328	-,270
1.7	,430	,300	,347	,208
2.1		,820	,163	
2.2		,680	,390	
2.3		,661	-,116	
2.4		,593		,344
3.1	,130		,695	,202
3.2		-,108	,679	-,116
3.3	,316	,139	,613	,136
3.4	,228	,354	,435	-,162
4.1				,837

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	,636	,493	,586	,102
2	-,540	,781	-,121	,290
3	,552	,201	-,795	,155
4	,007	-,327	,105	,939

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Bijlage 8: Cronbach's alpha

Totale schaal

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	407	94,7
	Excluded ^a	23	5,3
	Total	430	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,742	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.1_agressie	49,5823	47,978	,461	,718
1.2_schade	49,8452	51,116	,186	,742
1.3_bescherming1	49,0885	47,706	,411	,721
1.4_agitatie	49,0958	48,171	,371	,725
1.5_rust	49,1106	48,301	,365	,726
1.6_bescherming2	49,5553	48,706	,378	,725
1.7_zelfbescherming	48,4152	46,411	,490	,713
2.1_invloed_vpk	48,1229	48,404	,373	,725
2.2_hogere_werkdruk	48,2334	46,894	,477	,715
2.3_invloed_familie	48,1351	51,240	,211	,739
2.4_onderbemanning	48,3907	50,849	,172	,745
3.1_ervaren_werkdruk	48,7396	47,385	,418	,720
3.2_effectiviteit	48,5799	49,919	,262	,736
3.3_controle	48,8403	46,548	,505	,712
3.4_verzorgingsmateriaal	48,8821	46,888	,435	,718
4.1_verslaafd	48,9312	55,375	-,117	,771

Subschaal 1 ‘gerechtvaardigde indicaties’

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	415	96,5
	Excluded ^a	15	3,5
	Total	430	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,698	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.1_agressie	17,5157	13,390	,513	,639
1.2_schade	17,7831	14,407	,314	,688
1.3_bescherming1	17,0410	13,436	,423	,660
1.4_agitatie	17,0337	13,409	,420	,661
1.5_rust	17,0627	13,904	,350	,680
1.6_bescherming2	17,4964	13,787	,424	,660
1.7_zelfbescherming	16,3566	13,346	,415	,662

Subschaal 2: ‘externe beïnvloeding’

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	426	99,1
	Excluded ^a	4	,9
	Total	430	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,678	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
2.1_invloed_vpk	11,5751	4,508	,607	,510
2.2_hogere_werkdruk	11,6854	4,894	,480	,599
2.3_invloed_familie	11,6033	5,703	,393	,653
2.4_onderbemanning	11,8474	5,132	,378	,670

Subschaal 3: 'beheersing van de situatie'**Case Processing Summary**

	N	%
Valid	424	98,6
Cases Excluded ^a	6	1,4
Total	430	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,620	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
3.1_ervaren_werkdruk	10,0330	5,006	,445	,516
3.2_effectiviteit	9,8821	5,717	,328	,600
3.3_controle	10,1250	4,961	,498	,477
3.4_verzorgingsmateriaal	10,1840	5,366	,338	,598

Bijlage 9: Finale versie van het meetinstrument

Instrument: attitudes toediening psychofarmaca bij ouderen	Helemaal akkoord	Akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Subschaal 1: 'gerechtvaardigde indicaties'				
1.1 Ik ben van mening dat de toediening van psychofarmaca voor een gerichte diagnose, in een juiste dosis en voor een juiste duur op korte termijn niet schadelijk is voor de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Ik zal een voorgeschreven psychofarmacon sneller toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agressie in het kader van psychische en gedragsstoornissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om andere patiënten te beschermen tegen fysiek geweld van die geriatrische patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Ik zal een voorgeschreven psychofarmacon sneller toedienen bij een geriatrische patiënt die tekenen vertoont van agitatie in het kader van delier of psychische en gedragsstoornissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Ik dien psychofarmaca toe om de geriatrische patiënt te beschermen tegen de gevolgen van zijn eigen gedrag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Ik dien psychofarmaca toe om een overactieve persoon met dementie mentale en fysieke rust te bieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Ik dien psychofarmaca toe om mezelf te beschermen tegen fysiek geweld van de geriatrische patiënt, zodat ik me veiliger voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subschaal 2: ‘externe beïnvloeding’

- | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 | Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van andere verpleegkundigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Ik ben geneigd om sneller een psychofarmacon toe te dienen wanneer ik een hogere werkdruk ervaar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Ik heb het gevoel dat wanneer ik een psychofarmacon toedien, ik dit doe onder invloed van de familie van de patiënt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | Ik ben geneigd om bij personeelonderbemanning sneller psychofarmaca toe te dienen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subschaal 3: ‘beheersing van de situatie’

- | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 | Ik ervaar minder werkdruk als de patiënt psychofarmaca toegediend krijgt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Ik ben van mening dat farmacologische interventies effectiever zijn dan niet-farmacologische interventies bij ouderen met psychische en gedragsproblemen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Ik heb het gevoel meer controle te hebben over de situatie als een geriatrische patiënt met psychische en gedragsproblemen psychofarmaca toegediend krijgt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | Ik dien een voorgeschreven psychofarmacon toe om te voorkomen dat een persoon met dementie verzorgingsmateriaal verwijdert, zoals sondes, katheters en verbanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subschaal 4: ‘potentiële risico’s’

- | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 | Ik tracht zo weinig mogelijk psychofarmaca toe te dienen, omdat ik vrees dat de patiënt verslaafd kan geraken aan deze geneesmiddelen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
-

9 Lijst van tabellen

Tabel 1 Zoektermen.....	9
Tabel 2 Content Validity Index (Lynn, 1986).....	22
Tabel 3 Hypotheses known groups technique	25
Tabel 4 Aantal respondenten per instelling – test hertest	27
Tabel 5 Aantal respondenten per ziekenhuis	29
Tabel 6 Aantal respondenten per hogeschool	29
Tabel 7 Content Validity Index per geselecteerd item.....	35
Tabel 8 Demografische gegevens.....	38
Tabel 9 Geëxcludeerde items na factoranalyse	40
Tabel 10 Verklaarde variantie per component.....	40
Tabel 11 Subschaal 1: items en factorlading	41
Tabel 12 Subschaal 2: items en factorlading	42
Tabel 13 Subschaal 3: items en factorlading	43
Tabel 14 Subschaal 4: items en factorlading	43
Tabel 15 Known groups technique: Mann-Whitney U-test.....	45
Tabel 16 Known groups technique: T-test.....	46
Tabel 17 Intraclass Correlatie Coëfficiënt.....	48
Tabel 18 Vergelijking gemiddelde scores test-hertest	48
Tabel 19 Cronbach's alpha per subschaal	49
Tabel 20 Gemiddelde scores van verpleegkundigen per subschaal	50

