

Pilotonderzoek naar het dragen van uniforme kleding: Agressie van patiënten en de professionele identiteit van verpleegkundigen

Naam student:	J.M. Zwiers
Studentnummer:	3165256
Status:	Afstudeerwerkstuk versie 1
Datum:	27 juni 2009
Naam universiteit:	Universiteit Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC Utrecht
Begeleider:	dr. M. Vollema
Blokdocent:	dr. H. van Os-Medendorp
Contactpersoon instelling:	dhr. M. van der Star
Stage-instelling:	Meerkanten, Ermelo
Beoogde tijdschrift:	Verpleegkunde
Referentiestijl:	Vancouver
Aantal woorden artikel:	4992
Aantal woorden Nederlandse samenvatting:	286
Aantal woorden Engelstalige abstract:	299

Inleiding

Agressie

Verpleegkundigen hebben in de dagelijkse praktijk regelmatig te maken met agressie en geweld van patiënten, ongeacht de sector waarin zij werkzaam zijn. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lopen verpleegkundigen echter een hoger risico op blootstelling aan agressie en geweld van patiënten. Zo blijkt uit onderzoek dat 62% van de verpleegkundigen in de GGZ 'ja' antwoordden op de vraag of agressie op het werk aanwezig is, ten opzichte van 26% van verpleegkundigen in de totale gezondheidszorg (1).

Agressie wordt in de literatuur verschillend gedefinieerd (2). Dit bemoeilijkt het vergelijken van onderzoeksresultaten uit verschillende onderzoeken. Een eenduidige definitie van agressief gedrag is te herleiden uit de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) (3). Dit registratiesysteem voor agressie-incidenten wordt internationaal in de GGZ gebruikt om inzicht te krijgen in het optreden van agressie. De SOAS-R definieert agressief gedrag als elk verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag dat dreigend is of daadwerkelijke fysieke schade aanricht aan de patiënt zelf, aan anderen of aan objecten (4).

De constatering dat agressie in de literatuur verschillend wordt gedefinieerd sluit aan bij onderzoeksresultaten waaruit blijkt dat verpleegkundigen in de GGZ agressie van patiënten verschillend beschrijven en ervaren (5-7). Jonker (5) beschrijft dat verpleegkundigen agressie van patiënten ervaren als destructief en aanvallend. Finnema (6) geeft daarentegen aan dat verpleegkundigen agressie van patiënten niet altijd als negatief beschrijven. Uit het review van Jansen, Dassen en Jebbink (7) blijkt dat de ervaring van verpleegkundigen met agressie beïnvloed wordt door verschillende factoren zoals de oorzaken en vormen van agressie. Uit dit review blijkt ook dat persoonlijke en omgevingskenmerken, zoals de sekse van de verpleegkundige en de setting waarin de verpleegkundige werkzaam is, van invloed zijn op de ervaring van verpleegkundigen met agressie van patiënten (7). Hoe verpleegkundigen agressie van patiënten ervaren wordt dus beïnvloed door verschillende factoren, dit veronderstelt dat deze ervaring, evenals ervaring in het algemeen, subjectief van aard is. Ervaring wordt dan ook gedefinieerd als een vorm van kennis of inzicht dat door ondervinding of gewaarwording geleerd wordt (8). In dit onderzoek gaat het om de ervaring van verpleegkundigen van een bepaalde situatie gedurende een korte periode, oftewel hun gewaarwording daarvan.

Uniforme kleding als beïnvloedende factor

Uit internationale onderzoeken blijkt dat agressie wordt veroorzaakt en beïnvloed door verschillende factoren (9,10). Interne, externe en interactie-/situatiegebonden factoren, zoals persoonlijke kenmerken van de patiënt, de inrichting van de afdeling en de houding van verpleegkundigen spelen een rol bij het ontstaan van agressie van patiënten (9,10).

Verpleegkundigen maken deel uit van deze externe en interactie-/situatiegebonden factoren (9). Verondersteld kan worden dat, indien er een verandering wordt aangebracht in deze factoren, dit het optreden van agressie van patiënten kan beïnvloeden.

Binnen een GGZ-instelling in het midden van Nederland is de vraag gerezen of het dragen van uniforme kleding door verpleegkundigen op gesloten opnameafdelingen een zodanige verandering van bovengenoemde factoren is, dat dit het optreden van agressie van patiënten kan verminderen. Binnen een andere GGZ-instelling elders in het land is het dragen van uniforme kleding door verpleegkundigen reeds ingevoerd en daar laat deze ontwikkeling gunstige effecten zien (11). Het dragen van naambadges en een uniform bovenkledingstuk door verpleegkundigen vormt bij deze GGZ-instelling een onderdeel van een project om veilige zorg te bevorderen. Dit project heeft binnen één jaar onder andere gezorgd voor een daling van 38% van het aantal agressiemeldingen ten opzichte van medewerkers (11).

Onderzoek naar uniforme kleding in de GGZ

Rond 1960 kwam de verandering op gang dat verpleegkundigen in de GGZ alledaagse 'burgerkleding' gingen dragen in plaats van uniformen (12). De gedachtegang hierachter was dat dit de omgeving van de patiënten alledaagser zou maken wat een positieve invloed zou kunnen hebben op hun herstel en behandeling (12). Uit onderzoeken naar de resultaten van deze verandering blijkt dat het effect ervan niet eenduidig positief te noemen is (12-16).

Enerzijds vinden patiënten het een positieve verandering dat verpleegkundigen geen uniform dragen (13) en vertonen patiënten minder verbale agressie (14). Anderzijds blijkt het dragen van niet-uniforme kleding niet van invloed op andere vormen van agressief gedrag (13) en staan verpleegkundigen overwegend negatief tegenover het dragen van niet-uniforme kleding (12). Wanneer verpleegkundigen wel een uniform dragen blijken patiënten hen beter te herkennen (15), maar worden verpleegkundigen als minder toegankelijk ervaren (16).

Verondersteld kan worden dat, indien patiënten verpleegkundigen beter herkennen doordat de verpleegkundigen uniforme kleding dragen, dit een positieve verandering is van de interactie/situatiegebonden factoren die agressie beïnvloeden waardoor het optreden van agressie kan verminderen. De literatuur geeft dus echter geen eenduidig antwoord op deze veronderstelling.

Professionele identiteit

Een opvallend terugkerend onderwerp in alle bovengenoemde onderzoeken (12-16) blijkt de professionele identiteit van de verpleegkundigen. De professionele identiteit, oftewel de rol van de verpleegkundige binnen de verpleegkundige setting, blijkt te worden benadrukt door het dragen van uniforme kleding (12,15). Patiënten blijken verpleegkundigen en de rol van de verpleegkundigen in de situatie van de patiënt namelijk beter te herkennen indien verpleegkundigen een uniform dragen (15). Geen van de bestudeerde onderzoeken geeft echter aan hoe verpleegkundigen zelf hun professionele identiteit ervaren indien zij uniforme kleding dragen.

Probleemstelling

De probleemstelling van dit onderzoek is dat in de literatuur geen eenduidig antwoord wordt gegeven op de veronderstelling dat indien verpleegkundigen uniforme kleding dragen dit het aantal agressie-incidenten kan verminderen. Daarnaast is niet duidelijk hoe verpleegkundigen in de GGZ hun professionele identiteit ervaren indien zij uniforme kleding dragen.

Het doel van dit onderzoek is een bijdrage leveren aan de huidige inzichten in de mogelijke invloed van uniforme kleding op agressie van patiënten en op de wijze waarop verpleegkundigen hun professionele identiteit ervaren, opdat mogelijk een veiliger afdelingsklimaat binnen GGZ-instellingen in Nederland ontwikkeld kan worden.

Om dit doel te bereiken staan binnen dit onderzoek twee onderzoeksvragen centraal;

- 1) Vermindert het aantal agressie-incidenten van patiënten op twee gesloten opnameafdelingen van een GGZ-instelling wanneer de verpleegkundigen die werkzaam zijn op deze afdelingen uniforme kleding dragen?
- 2) Ervaren verpleegkundigen die werkzaam zijn op twee gesloten opnameafdelingen van een GGZ-instelling hun professionele identiteit anders indien zij uniforme kleding dragen?

Methode

Design

Met behulp van een quasi-experimenteel pilotonderzoek werd onderzocht of het dragen van uniforme kleding invloed heeft op de vermindering van het aantal agressie-incidenten van patiënten en de wijze waarop verpleegkundigen hun professionele identiteit ervaren. Het onderzoek vond plaats tussen 1 december 2008 en 31 maart 2009.

Een quasi-experimenteel onderzoek heeft als kenmerk dat het gelijkenis vertoont met experimenteel onderzoek terwijl niet geheel voldaan wordt aan de eisen hiervan (17). Dit quasi-experimenteel pilotonderzoek voldoet aan de eisen van een experimenteel design wat betreft 'manipulatie' en 'controle'. Er vond een interventie plaats van het dragen van uniforme kleding tijdens een pilot periode van twee maanden (manipulatie). Daarbij werd op afdeling 1 alleen een naambadge en op afdeling 2 zowel een naambadge als een uniform bovenkledingstuk gedragen (controle). Beide afdelingen werden met elkaar vergeleken tijdens een voor- en een nameting. Er vond geen randomisatie plaats aangezien gebruik werd gemaakt van bestaande groepen patiënten en verpleegkundigen, afhankelijk van de afdelingen waar het onderzoek plaats vond. Het was niet mogelijk, omwille de behandeling van patiënten, deze groepen te randomiseren.

Steekproeven en ethische aspecten

Het onderzoek vond plaats op twee gesloten opnameafdelingen van een GGZ-instelling in Nederland. Op deze afdelingen worden patiënten tussen de 18 en 60 jaar met ernstig psychiatrische stoornissen opgenomen voor kortdurende klinische behandeling met crisisinterventie. Deze groep patiënten vormt veelal een gevaar voor zichzelf en/of hun omgeving. Het merendeel van deze patiënten komt binnen met een rechterlijke machtiging (18). Binnen deze twee afdelingen zijn twee verschillende steekproeven genomen, namelijk een steekproef uit de patiëntenpopulatie en een steekproef uit de populatie van verpleegkundigen. Beide steekproeven waren een gelegenheidssteekproef omdat de gelegenheid zich voordeed dat de patiënten in de periode van het onderzoek waren opgenomen op de afdelingen en de verpleegkundigen in diezelfde periode werkzaam waren op de afdelingen (17).

De leidinggevenden van beide afdelingen gaven toestemming voor deelname van beide afdelingen aan het onderzoek. Er vonden geen extra verrichtingen plaats bij de patiënten omwille van het onderzoek, derhalve hoefden patiënten geen toestemming te geven. Patiënten werden van tevoren op de hoogte gesteld van het dragen van uniforme kleding door verpleegkundigen maar niet van het onderzoek om het Hawthorne effect te voorkomen. Dit effect kan ervoor zorgen dat de resultaten van het onderzoek vertroebelen doordat de

patiënten zich bewust zijn van het onderzoek (17). De verpleegkundigen gaven toestemming voor het onderzoek door de vragenlijst *'professionele identiteit'* ingevuld te retourneren. De verpleegkundigen werden van tevoren schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het onderzoek. Het onderzoek werd niet aan een Medisch Ethische Toetsingscommissie voorgelegd. Het ging namelijk om beperkt en niet intensief dossier- en vragenlijstonderzoek, wat niet WMO-plichtig (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen) is. De gegevens van patiënten en verpleegkundigen werden gecodeerd om anonimiteit te waarborgen.

Steekproef patiënten

De omvang van de steekproef betrof minimaal 65 patiënten, gebaseerd op de opnamecapaciteit van de beide afdelingen en het regelmatig wisselen van patiënten door opname en ontslag. Er is geen sprake van werving en non-respons aangezien patiënten niet persoonlijk deelnamen aan het onderzoek. Gegevens van opgenomen patiënten werden alleen verzameld indien zij voldeden aan het inclusie criterium; patiënten zijn opgenomen op één van beide gesloten opnameafdelingen van de GGZ-instelling tussen 1 december 2008 en 31 maart 2009.

Steekproef verpleegkundigen

De steekproefomvang van verpleegkundigen werd van tevoren geschat op maximaal 33 verpleegkundigen, indien alle verpleegkundigen werkzaam op beide afdelingen voldeden aan het inclusie criterium. Deze verpleegkundigen kregen de vragenlijst tweemaal uitgereikt. Het inclusie criterium was; tussen 1 december 2008 en 31 maart 2009 als verpleegkundige werkzaam zijn op één van beide gesloten opnameafdelingen. Het exclusie criterium was; op één van beide gesloten opnameafdelingen werkzaam zijn als leerling, stagiaire, oproepkracht, uitzendkracht of in een andere functie dan die van verpleegkundige. Gestreefd werd naar een minimale respons van 40%, gebaseerd op resultaten uit de literatuur waaruit blijkt dat de respons van vragenlijsten gemiddeld tussen 40% en 60% ligt (19).

Interventie

Het onderzoek bestond uit twee perioden van twee maanden, in totaal besloeg het onderzoek vier maanden. Tijdens de eerste periode vond geen interventie plaats en werd de voormeting uitgevoerd (periode A, 1 december 2008 tot en met 31 januari 2009). Op beide afdelingen werd tijdens periode A 'burgerkleding' zonder herkenningsteken gedragen. Tijdens de pilot werden de interventie en de nameting uitgevoerd (periode B, 1 februari 2009 tot en met 31 maart 2009). De interventie bestond uit het dragen van uniforme kleding door verpleegkundigen. Op afdeling 1 droegen verpleegkundigen alleen een naambadge, op

afdeling 2 een naambadge en een uniform bovenkledingstuk (een donkerblauwe polo met het logo van de GGZ-instelling op het voorpand). Op beide afdelingen droegen ook andere disciplines tijdens de pilot een naambadge.

Hoewel beide onderdelen van de interventie tijdens de pilot werden ingevoerd als nieuwe interventie, kan gesteld worden dat afdeling 1 de invloed van de naambadge als interventie controleerde (17). Op basis van deze veronderstelling werd uitgegaan van afdeling 1 als controle groep en afdeling 2 als experimentele groep. De conclusies van het onderzoek hebben dan ook alleen betrekking op de invloed van het uniforme bovenkledingstuk.

Gegevensverzameling

Ten eerste zijn enkele demografische gegevens van zowel patiënten als verpleegkundigen van beide gesloten opnameafdelingen verzameld om de vergelijkbaarheid van beide afdelingen te controleren. Demografische gegevens van patiënten betroffen de leeftijd en het geslacht en werden verzameld met behulp van mutatiedocumenten op afdelingsniveau die de GGZ-instelling ter beschikking stelde. Demografische gegevens van verpleegkundigen betroffen de leeftijd, het geslacht en de hoogst genoten opleiding en werden verzameld met behulp van drie gesloten vragen in de vragenlijst '*professionele identiteit*' en personeelsdocumenten op afdelingsniveau die de GGZ-instelling ter beschikking stelde. De afhankelijke variabele die centraal stond binnen de eerste onderzoeksvraag was het aantal agressie-incidenten dat plaats vond op beide gesloten opnameafdelingen tijdens periode A en periode B. Tijdens de voormeting werden gegevens verzameld over het aantal agressie-incidenten dat tijdens periode A plaats vond op beide gesloten opnameafdelingen. Datzelfde werd voor periode B tijdens de nameting gedaan. Deze gegevens werden tijdens beide meetmomenten voor beide afdelingen gescheiden verzameld met de SOAS-R. Dit registratiesysteem werd hiervoor gebruikt omdat dit het registratiesysteem is waarin op de deelnemende afdelingen agressie-incidenten worden geregistreerd. De SOAS-R, een herziene versie van de SOAS, is een valide en betrouwbaar meetinstrument dat sinds 1999 wordt gebruikt (3). De SOAS-R is in (inter-)nationale onderzoeken gebruikt als meetinstrument voor agressie-incidenten en blijkt inzicht te geven in zowel het optreden van agressie-incidenten als de ernst daarvan (3). In het onderzoek van Nijman et al. (20) is de convergente validiteit van de SOAS-R vastgesteld. De correlatie tussen de SOAS-R en een Visuele Analoge Schaal (VAS) om de ernst van agressie-incidenten te meten was 0.62, terwijl de correlatie tussen de SOAS en de VAS 0.38 was (20). De GGZ-instelling waar het onderzoek plaats vond maakt gebruik van de elektronische versie van de SOAS-R, bestaande uit twee formulieren. Het eerste formulier bevat vijf kolommen waarmee verschillende aspecten van het agressie-incident kunnen worden gescoord. Het gaat om de provocatie of aanleiding, de door de patiënt gebruikte middelen, het doelwit van de agressie,

de consequenties voor het slachtoffer en de maatregelen om de agressie te stoppen. Op het tweede formulier kan in meer beschrijvende zin aanvullende informatie over het incident worden gerapporteerd.

De afhankelijke variabele die centraal stond in de tweede onderzoeksvraag was de wijze waarop verpleegkundigen die werkzaam waren op beide gesloten opnameafdelingen hun professionele identiteit ervaren. Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag was in de literatuur geen passend meetinstrument aanwezig. Om die reden werd voor aanvang van het onderzoek de kwantitatieve vragenlijst '*professionele identiteit*' (appendix) ontwikkeld. De vragenlijst pretendeert de wijze waarop de verpleegkundigen hun professionele identiteit ervaren op kwantitatieve wijze inzichtelijk te maken en werd tijdens de voor- en nameting aan de verpleegkundigen voorgelegd. De vragenlijst werd voor aanvang van het onderzoek ontwikkeld op basis van literatuur (12-16). Met behulp van het fasenmodel van Lynn (21) werd de vragenlijst vormgegeven en de inhoudsvaliditeit vastgesteld. Aan de ontwikkeling van de vragenlijst hebben twee unitcoördinatoren van afdeling 1 en 2 en twee onafhankelijke verpleegkundigen bijgedragen. De vragenlijst bestaat uit drie gesloten vragen met betrekking tot demografische kenmerken en achttien stellingen als 'ik voel me herkenbaar als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben'. De stellingen worden gescoord op een vierpunts-Likertschaal; 1 = altijd, 2 = meestal, 3 = soms, 4 = nooit. Per item werden vier gemiddelde scores berekend, namelijk de gemiddelde score per afdeling tijdens de voor- en nameting.

De vragenlijst werd voor het uitdelen aan de verpleegkundigen gecodeerd ter garantie van anonimiteit van de verpleegkundigen en ten behoeve van de data-analyse. De codering was geplaatst op het voorpagina van de vragenlijst. Na de voormeting bleek één vragenlijst niet analyseerbaar doordat de voorpagina ontbrak. Om herhaling te voorkomen werd voor de nameting de codering op de pagina van de drie gesloten vragen geplaatst. Doordat de vragenlijst tussen de voor- en nameting werd aangepast en de vragenlijst beperkt onderzocht is op validiteit en betrouwbaarheid is er mogelijk sprake van methodevariantie (17). De invloed van deze methodevariantie op de data-analyse kan echter als onwaarschijnlijk worden verondersteld aangezien de aanpassing minimaal was.

Analyse

De data-analyse vond plaats met behulp van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0 (22). De verzamelde gegevens met betrekking tot beide onderzoeksvragen werden gescheiden van elkaar geanalyseerd. De overschrijdingkans $p = \leq 0.05$ gold voor alle toetsen om de statistische significantie vast te stellen.

Ten eerste werden de demografische gegevens van de patiënten en de verpleegkundigen inzichtelijk gemaakt met behulp van beschrijvende statistiek (tabel 1 en 2). De demografische gegevens van de patiënten werden verdeeld in twee groepen op basis van de afdeling waarop de patiënten waren opgenomen. Met behulp van de Student's t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven en de Chi-kwadraattoets werd gecontroleerd of beide groepen vergelijkbaar met elkaar waren wat betreft leeftijd en geslacht. De demografische gegevens van de verpleegkundigen werden ingedeeld in twee keer twee groepen. Enerzijds werden de verpleegkundigen ingedeeld in twee groepen op basis van de afdeling waar ze werkten. Anderzijds was er sprake van een responsgroep en een non-responsgroep. Met behulp van de Student's t-toets, de Chi-kwadraattoets en de Mann-Whitney toets werd gecontroleerd of de demografische gegevens van zowel de verpleegkundigen van beide afdelingen als de respons- en non-responsgroep al dan niet verschillend zijn.

Ten tweede werd het aantal agressie-incidenten en de scores van de verpleegkundigen op de vragenlijst met behulp van beschrijvende statistiek inzichtelijk gemaakt. Vervolgens werden over de gegevens van beide afhankelijke variabelen de Student's t-toets en de t-toets voor gepaarde waarnemingen uitgevoerd. Hiermee werden de verschillen wat betreft beide afhankelijke variabelen binnen de groepen op beide meetmomenten en over de tijd geanalyseerd. Tenslotte werd tweemaal een enkelvoudige variantie-analyse voor herhaalde metingen (ANOVA repeated measures) uitgevoerd om de verandering over de tijd op beide afdelingen met elkaar te vergelijken. De keuze voor de statistische analyses is gebaseerd op het meetniveau van de variabelen en de veronderstelling dat de gekozen t-toetsen en ANOVA voorkeur genieten boven de non-parametrische equivalenten aangezien laatstgenoemde minder krachtig zijn (22).

Resultaten

Respons en demografische kenmerken

In totaal waren 130 patiënten opgenomen tijdens periode A en B, 77 op afdeling 1 en 63 op afdeling 2 (tabel 1). Deze patiënten zijn allen opgenomen in het onderzoek omdat zij voldeden aan het inclusie criterium. De verdeling van mannen en vrouwen over beide afdelingen was niet significant verschillend ($p = 0.15$). Op afdeling 1 was de gemiddelde leeftijd van de patiënten 41.58 jaar (SD 14), op afdeling 2 was dit 37.21 jaar (SD 12). Dit verschil was niet significant ($t = 1.91$; $p = 0.06$).

Tabel 1 Demografische kenmerken patiënten (tabellen na referentielijst).

In totaal voldeden 33 verpleegkundigen, 15 van afdeling 1 en 18 van afdeling 2, aan het inclusie criterium. Tijdens de voormeting was er sprake van 60% respons, tijdens de nameting van 57% (tabel 2). De reden voor non-respons was onbekend. De verdeling van mannen en vrouwen over beide afdelingen was niet significant verschillend ($p = 0.13$). Op afdeling 1 was de gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen 41.13 jaar (SD 10.54), op afdeling 2 was dit 34.94 jaar (SD 12.55). Dit was geen significant verschil ($t = 1.52$; $p = 0.14$). Indien de responderende verpleegkundigen vergeleken werden met de non-responsgroep blijkt dat de gemiddelde leeftijd en de verdeling man-vrouw niet significant verschillend was (resp. $t = -1.48$; $p = 0.15$, $p = 0.93$). Zowel tussen de afdelingen als tussen de respons- en non-responsgroep verschilde de verdeling van opleidingsniveaus niet significant (resp. $p = 1$, $p = 0.47$).

Tabel 2 Demografische kenmerken verpleegkundigen (tabellen na referentielijst).

Agressie-incidenten

In periode A vonden 13 agressie-incidenten plaats op afdeling 1, op afdeling 2 waren dat 5 agressie-incidenten. In periode B vonden 16 agressie-incidenten plaats op afdeling 1 en 18 op afdeling 2. Dat verschil tussen beide meetmomenten bleek op afdeling 1 niet significant te zijn ($t = -0.34$; $p = 0.74$). Op afdeling 2 was dat wel het geval ($t = -2.14$; $p = 0.04$). Het aantal agressie-incidenten op beide afdelingen verschilde ten opzichte van elkaar op beide meetmomenten niet significant (resp. $t = 1.28$; $p = 0.21$, $t = -0.35$; $p = 0.73$). De verandering over de tijd, oftewel het verschil in het aantal agressie-incidenten tijdens de nameting ten opzichte van de voormeting, was niet significant en verschilde tussen beide afdelingen ook niet significant ($f = 94$; $p = 0.33$).

Professionele identiteit

De gemiddelde scores (1 = altijd, 2 = meestal, 3 = soms, 4 = nooit) op alle items van de vragenlijst lagen tussen 1.29 en 2.86, oftewel tussen altijd en soms (tabel 3). De standaarddeviaties van deze gemiddelde scores lagen tussen 0 en 1.13.

Op afdeling 1 verschilde de gemiddelde score op beide meetmomenten significant wat betreft item 1 *'ik voel me herkenbaar als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben'* ($t = 3.16$; $p = 0.03$). De gemiddelde score op dit item verschoof van 1.83 (SD 0.41) naar 1.17 (SD 0.41), oftewel van meestal richting altijd. Op afdeling 2 was geen significant verschil tussen de voor- en de nameting wat betreft de verschillende items. De beide afdelingen verschilden tijdens de voormeting significant wat betreft de gemiddelde score op item 3 *'ik ervaar dat patiënten me herkennen als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben'* ($t = 2.72$; $p = 0.02$). Hierbij scoorde afdeling 1 gemiddeld 1.86 (SD 0.38) en afdeling 2 gemiddeld 1.43 (SD 0.54). Beide afdelingen verschilden op item 5 *'ik ervaar dat familieleden van patiënten me herkennen als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben'* significant tijdens zowel de voor- als de nameting (resp. $t = 2.96$; $p = 0.01$, $t = 2.67$; $p = 0.02$). Op afdeling 1 waren de gemiddelde scores 2.43 (SD 0.54) en 2 (SD 0), op afdeling 2 was dit 1.86 (SD 0.69) en 1.57 (SD 0.54). Op item 7 *'ik ervaar dat ik herkenbaar ben voor anderen als lid van het team op de afdeling'* verschilden beide afdelingen significant tijdens de voormeting ($t = 2.83$; $p = 0.01$). De gemiddelde score op afdeling 1 was op dit item 1.86 (SD 0.69), op afdeling 2 was dit 1.43 (SD 0.54).

De verandering over de tijd, oftewel het verschil tussen de gemiddelde scores op de items tijdens de nameting ten opzichte van de voormeting, was niet significant en verschilde tussen beide afdelingen ook niet significant (tabel 3). Wel was er bij de ANOVA sprake van een trend ($p = > 0.05$ en ≤ 0.10) ten aanzien van item 2 *'ik voel me veilig als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben'* ($f = 3.81$; $p = 0.08$) en item 12 *'ik ervaar een duidelijk verschil tussen mijn rol als verpleegkundige op de afdeling en de rol van andere disciplines op de afdeling'* ($f = 4.80$; $p = 0.05$). De gemiddelde score op item 2 bleef op afdeling 1 over de tijd onveranderd (2, SD 0), op afdeling 2 verschoof de gemiddelde score op item 2 over de tijd van 1.86 (SD 0.38) naar 2.29 (SD 0.49). De gemiddelde score op item 12 verschoof over de tijd op afdeling 1 van 1.43 (SD 0.79) naar 1.71 (SD 0.76) en op afdeling 2 van 2 (SD 0.82) naar 1.71 (SD 0.76).

Tabel 3 Gemiddelde scores op items van de vragenlijst 'professionele identiteit' (tabellen na referentielijst).

Discussie

Agressie-incidenten

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het aantal agressie-incidenten op de onderzochte afdelingen niet vermindert indien verpleegkundigen uniforme kleding dragen. Op de afdeling waar verpleegkundigen een uniform bovenkledingstuk droegen was bovendien sprake van een significante toename van het aantal agressie-incidenten tijdens de pilot. Uit de ANOVA blijkt echter dat deze toename niet is toe te schrijven aan de interventie aangezien deze analyse geen significant verschil aantoonde. Hieruit blijkt dat het dragen van het uniforme bovenkledingstuk door verpleegkundigen niet zonder meer van invloed is op het aantal agressie-incidenten. De veronderstelling dat het aantal agressie-incidenten vermindert indien verpleegkundigen uniforme kleding dragen kan dan ook niet op basis van de resultaten van dit onderzoek geheel verworpen worden. Dit onderzoek bevestigt de conclusies uit eerder onderzoek, waarin geen eenduidig antwoord werd gegeven op eerdergenoemde veronderstelling (12-16). Het is mogelijk dat de interventie de ernst van agressie-incidenten beïnvloedt aangezien in eerder onderzoek bevestigd is dat verpleegkundigen deel uitmaken van de beïnvloedende factoren (9,10). De ernst van agressie-incidenten, tevens meetbaar met de SOAS-R, vormt in dit onderzoek echter geen afhankelijke variabele gezien de aard van het onderzoek en de relatief korte onderzoeksperiode.

Professionele identiteit

De vragenlijst '*professionele identiteit*' is ontwikkeld op basis van literatuur (12-16) met behulp van het fasenmodel van Lynn (21). De statistische analyse van de vragenlijst heeft plaatsgevonden op itemniveau omdat de vragenlijst niet onderzocht is op validiteit en betrouwbaarheid waardoor analyse op abstracter niveau minder betrouwbaar kan worden geacht. Wellicht is het mogelijk om subschalen te onderscheiden of een totaal score te berekenen indien de vragenlijst valide en betrouwbaar blijkt.

De gemiddelde scores van de verpleegkundigen tijdens de nameting op de vragenlijst bevinden zich tussen altijd en soms. Hieruit kan worden opgemaakt dat de verpleegkundigen tijdens de pilot hun professionele identiteit over het algemeen positief ervaren wat de conclusie van Goldberg (12) bevestigt. Goldberg concludeert immers dat verpleegkundigen zich professioneler en zelfverzekerder voelen indien zij uniforme kleding dragen (12). Uit de ANOVA blijkt dat over de tijd de gemiddelde scores op de vragenlijst niet significant veranderen en dat beide afdelingen hierin niet significant verschillen. De verschillen op en tussen de afdelingen op (één van) beide meetmomenten lijken hier geen invloed op te hebben. Twee items van de vragenlijst lieten echter wel een trend zien in de verandering

over de tijd. Deze trend is klinisch relevant gezien de inhoud van de items en de verandering van de gemiddelde scores. Eén item betrof het gevoel van veiligheid van de verpleegkundigen. Opvallend hierbij is dat de gemiddelde score van de afdeling waar het uniforme bovenkledingstuk werd gedragen en waar het aantal agressie-incidenten tijdens de pilot significant toenam op dit item minder positief was ten opzichte van de gemiddelde score van de andere afdeling tijdens diezelfde periode. Bovendien bleef de gemiddelde score op afdeling 1 gelijk ten opzichte van periode A terwijl dat op afdeling 2 naar minder positief verschoof. Een mogelijke verklaring hiervoor kunnen dus het significant toenemen van het aantal agressie-incidenten of de interventie zijn. Het andere item betrof de vraag of verpleegkundigen een duidelijk verschil ervaren tussen hun rol en die van andere disciplines. Op de afdeling waar alleen naambadges gedragen werden verschoof de gemiddelde score van altijd richting meestal. Op de afdeling waar verpleegkundigen tevens een uniform bovenkledingstuk droegen verschoof de gemiddelde score van meestal richting altijd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het uniforme bovenkledingstuk alleen werd gedragen door verpleegkundigen, terwijl de naambadge tevens door andere disciplines werd gedragen.

Beperkingen van het onderzoek

De methode van dit onderzoek kent enkele beperkingen. Ten eerste was de steekproef van verpleegkundigen beperkt, het bestond uit 33 verpleegkundigen. Dit kan van invloed zijn geweest op de uitkomsten van de ANOVA. De respons tijdens de voor- en nameting was echter respectievelijk 60% en 57%, groter dan het streven van minimaal 40%. Ten tweede werd het onderzoek uitgevoerd in een periode van vier maanden, waardoor het niet mogelijk was meer meetmomenten uit te voeren. De periodes waarover de voor- en nameting plaatsvonden waren echter wel even lang, wat de vergelijkbaarheid van de metingen vergroot. Ten derde was er geen sprake van een zuivere controlegroep, de naambadges werden immers op beide afdelingen ingevoerd tijdens de pilot. Het design van het onderzoek brengt ten vierde met zich mee dat er beperkte controle is over andere factoren die de afhankelijke variabelen kunnen beïnvloeden, zoals medicatiegebruik van patiënten, samenstelling van het behandelteam en motivatie van verpleegkundigen voor deelname. Het is tevens mogelijk dat, ondanks de motiverende aanpak van de onderzoeker en unitcoördinatoren, op beide afdelingen meer agressie-incidenten hebben plaats gevonden dan gemeld in de SOAS-R. Door het gebruik van reminders werd echter wel getracht de motivatie van verpleegkundigen voor het invullen van de vragenlijst te vergroten. Tenslotte beïnvloedt de aard van het onderzoek de generaliseerbaarheid van de resultaten en conclusies. Het generaliseren daarvan naar alle gesloten opnameafdelingen van GGZ-instellingen in Nederland is niet mogelijk aangezien een gelegenheidssteekproef van

patiënten en verpleegkundigen werd gebruikt. Dit was echter ook niet het doel van het onderzoek. De conclusies zijn wel geldig voor beide onderzochte afdelingen aangezien de demografische kenmerken van zowel verpleegkundigen als patiënten op beide afdelingen niet significant verschillen en dus vergelijkbaar zijn.

Conclusie

Over het algemeen kan gesteld worden dat de veronderstelling dat het aantal agressie-incidenten vermindert indien patiënten verpleegkundigen beter herkennen door het dragen van uniforme kleding, niet wordt ondersteund door de resultaten van dit onderzoek. Het aantal agressie-incidenten neemt niet af indien verpleegkundigen tijdens een pilot uniforme kleding dragen. De significante toename van het aantal agressie-incidenten op de afdeling waar het uniforme bovenkledingstuk werd gedragen, is echter niet definitief toe te schrijven aan deze interventie aangezien de statistische analyse geen significante verschillen aantoonde over de tijd en tussen beide afdelingen. Dit onderzoek bevestigt de conclusies uit eerder onderzoek, waarin geen eenduidig antwoord kon worden gegeven op eerdergenoemde veronderstelling (12-16).

Ten aanzien van de tweede onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen van beide afdelingen hun professionele identiteit niet significant anders ervaren indien zij uniforme kleding dragen. Wel kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een trend in de verandering over de tijd bij twee van de achttien items. Het dragen van het uniforme bovenkledingstuk vormt hier een mogelijke verklaring voor. Het onderzoek lijkt conclusies uit eerder onderzoek over de ervaring van verpleegkundigen ten aanzien van het dragen van uniforme kleding te bevestigen (12).

Aanbevelingen

De resultaten en conclusies van het uitgevoerde pilotonderzoek bieden perspectieven voor toekomstig onderzoek. Ten aanzien van beide onderzoeksvragen worden immers conclusies getrokken op basis van significante resultaten die echter geen eenduidig antwoord geven op beide onderzoeksvragen. Aangezien quasi-experimenteel onderzoek een aangewezen manier is om de invloed van een onafhankelijke variabele op een afhankelijke variabele te onderzoeken wordt aanbevolen toekomstig onderzoek op een overeenkomende wijze vorm te geven. Een grotere steekproefomvang is echter wenselijk. Deze kan worden bewerkstelligd door meerdere organisaties te betrekken bij toekomstig onderzoek. Ook een follow-up van dit onderzoek is aan te bevelen om het lange termijn effect van het dragen van uniforme kleding op de onderzochte afdelingen te kunnen onderzoeken. Tenslotte is aan te bevelen in toekomstig onderzoek de vragenlijst *'professionele identiteit'* te valideren, aangezien deze vragenlijst op dit moment de enige in zijn soort lijkt te zijn en het de vraag blijft of deze vragenlijst valide en betrouwbaar is.

In de huidige praktijk van de onderzochte afdelingen wordt het uniforme bovenkledingstuk niet meer gedragen, voor de naambadge is dit wel het geval. Deze beslissing is genomen door het management van de GGZ-instelling. Het is echter aan te bevelen beide onderdelen van de interventie te handhaven om follow-up onderzoek mogelijk te maken. Tenslotte is het voor de onderzochte GGZ-instelling aan te bevelen in overleg te gaan met andere GGZ-instellingen in Nederland om een gezamenlijk standpunt in te nemen ten aanzien van het dragen van uniforme kleding in de GGZ. Indien er een landelijke visie wordt geformuleerd op basis van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en praktijkvoorbeelden uit het land kan dit, indien gewenst, grootschalige invoering van uniforme kleding in de GGZ in Nederland mogelijk maken.

**Pilotonderzoek naar het dragen van uniforme kleding:
Agressie van patiënten en de professionele identiteit van verpleegkundigen**

Samenvatting

Doel: De veronderstelling luidt dat indien verpleegkundigen uniforme kleding dragen dit het aantal agressie-incidenten van patiënten kan verminderen en op de wijze waarop verpleegkundigen hun professionele identiteit ervaren beïnvloedt. Het doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan de huidige inzichten waardoor mogelijk een veiliger afdelingsklimaat binnen GGZ-instellingen in Nederland ontwikkeld kan worden.

Methode: Twee gelegenheidssteekproeven zijn genomen uit patiënten en verpleegkundigen van twee gesloten opnameafdelingen van een GGZ-instelling in Nederland. Met de Staff Observation Aggression Scale-Revised en de vragenlijst '*professionele identiteit*' werden tijdens een voor- en nameting gegevens verzameld. De interventie, het dragen van uniforme kleding, werd tijdens een pilot van twee maanden uitgevoerd.

Resultaten: De twee steekproeven bestonden uit 130 patiënten en 33 verpleegkundigen. Hoewel het aantal agressie-incidenten op één afdeling significant toenam ($p = 0.04$), toonde de ANOVA repeated measures geen significant verschil aan over de tijd en tussen beide afdelingen ($p = 0.33$). Ten aanzien van de wijze waarop verpleegkundigen hun professionele identiteit ervaren toonde de ANOVA repeated measures bij twee van de achttien items van de vragenlijst een trend aan wat betreft de verandering over de tijd en tussen beide afdelingen ($p = 0.08$, $p = 0.05$).

Discussie: De significante toename van het aantal agressie-incidenten op één afdeling is niet zonder meer toe te schrijven aan de interventie aangezien de ANOVA repeated measures geen significant verschil aantoont. De trend ten aanzien van twee items van de vragenlijst kan mogelijk verklaart worden door de interventie en klinisch relevant zijn.

Conclusie: De resultaten van dit onderzoek ondersteunen de veronderstelling niet, maar bevestigen wel conclusies uit eerder onderzoek, waarin geen eenduidig antwoord kon worden gegeven op eerdergenoemde veronderstelling. Aanbevolen wordt toekomstig onderzoek quasi-experimenteel vorm te geven en daarbij meerdere GGZ-instellingen te betrekken.

Trefwoorden: Verpleegkundigen, GGZ, uniforme kleding, agressie, professionele identiteit

Pilot study about wearing uniform clothing: Aggression by patients and the professional identity of nurses

Abstract

Aim: The assumption is, if nurses wear uniform clothing then patient aggressive incidents will decrease and nurses perception of their professional identity will be influenced. The aim is to test this assumption in practice in order to contribute to the current knowledge of this subject and to the development of a safer environment in mental health practice settings in the Netherlands.

Method; Of patients and nurses from two closed wards of one psychiatric hospital in the Netherlands two convenience samples were drawn. Data were collected before and after the pilot, by using the Staff Observation Aggression Scale-Revised and the questionnaire '*professional identity*'. The intervention, wearing uniform clothing, was implemented during a pilot of two months.

Findings: The two samples consisted of 130 patients and 33 nurses. The number of aggressive incidents increased significantly on one ward ($p = 0.04$). No significant difference was seen over time and between wards by ANOVA repeated measures regarding the number of aggressive incidents ($p = 0.33$). A trend was seen over time and between wards by ANOVA repeated measures on two items of the questionnaire regarding the nurses perception of their professional identity ($p = 0.08$, $p = 0.05$).

Discussion: The significant increase of aggressive incidents on one ward is not attributable to the intervention because the repeated measures ANOVA shows no significant difference. The trend in respect of two items of the questionnaire may be influenced by the intervention and clinically relevant.

Conclusion: Similar to previous findings, the assumption is not supported by the findings of this study. However the issue of the influence of wearing uniform clothing is not yet resolved because the findings of this study showed a trend regarding the nurses perception of their professional identity. Future studies should be quasi-experimental and should involve more mental health practice settings.

Keywords: Nurses, mental health practice, uniform clothing, aggression, professional identity

Referentielijst

- 1 Douwes M, Van den Heuvel S, Sonneveld H. Het grote gevaar van de zorg. Overzicht van arbeidsrisico's van en maatregelen voor verpleegkundigen en verzorgenden [TNO rapport]. Hoofddorp: TNO; 2008.
- 2 Jansen GJ, Dassen TWN, Moorer P. Chapter 3 The Perception of Aggression. *Scand J Caring Sci* 1997; 11:51-5.
- 3 Nijman HLI, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:12-21.
- 4 Vliegen van E. Registratie van agressie – Psychiatrie [computer programma]. Houten: IGCN B.V.; 2007.
- 5 Jonker EJ, Goossens PJJ, Steenhuis IHM, Oud NE. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:492-9.
- 6 Finnema EJ, Dassen T, Halfens R. Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *J Adv Nurs* 1994; 19:1088-95.
- 7 Jansen GJ, Dassen TWN, Jebbink GG. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12:3-13.
- 8 Willemsen H. *Woordenboek Filosofie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum; 1992.
- 9 Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* 2004; 50 (5):469-78.
- 10 Irwin A. The nurse's role in the management of aggression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13:309-18.
- 11 Nieuws Minder patiënten in separeer. Internetsite Parnassia 2008. Beschikbaar via: URL: <http://www.parnassia.nl/Nieuws-Algemeen?path=/News/Parnassia-Nieuws/Minder-patiënten-separeer>. Geraadpleegd 2008 november 2.
- 12 Goldberg A, Offer D, Schatzman L. The role of the uniform in a psychiatric hospital. *Compr Psychiatry* 1961; 2:35-43.
- 13 Walker VJ, Voineskos G, Dunleavy DLF. The Effects of Psychiatric Nurses Ceasing to Wear Uniform. *Br J Psychiatry* 1971; 118:581-2.
- 14 Lavender A. The effects of nurses changing from uniforms to everyday clothes on a psychiatric rehabilitation ward. *Br J Med Psychol* 1987; 60:189-99.
- 15 McCreedy HL, Bentham PW. How nurses' attire affects elderly psychiatric patients' ability to recognise them. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 1998; 22:236-8.
- 16 Tham SW, Ford TJ. Staff dress on acute psychiatric wards. *Journal of Mental Health* 1995; 4 (3):297-300.

- 17 Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 18 Meerkanten. Werkplan 2007-2009 Het Johannesbos gesloten [interne conceptversie]. Ermelo: Meerkanten; 2008.
- 19 Baarda DB, Goede de MPM. Basisboek Methoden en Technieken. Groningen: Stenfert Kroese; 2001.
- 20 Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, et al. The staff observation aggression scale – revised (SOAS-R). Aggr Behav 1999; 25:197-209.
- 21 Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res 1985; 35 (6): 382-6.
- 22 Vocht de A. Basishandboek SPSS 14. Utrecht: Bijleveld Press; 2006.

Tabellen

Tabel 1 Demografische kenmerken patiënten

	Afdeling 1	Afdeling 2	Totaal	<i>p</i>
Populatie	67 (52%)	63 (48%)	130 (100%)	
Man	38 (57%)	44 (70%)	82 (63%)	0.15*
Vrouw	29 (43%)	19 (30%)	48 (37%)	
Leeftijd	41.58 (14)	37.21 (12)	39.46 (13.19)	0.06

* $p = 0.15$ geldt voor de verdeling man-vrouw op beide afdelingen.

Tabel 2 Demografische kenmerken verpleegkundigen

	Afdeling 1	Afdeling 2	Totaal	<i>p</i>
Populatie	15 (45%)	18 (55%)	33 (100%)	
Respons periode A	11 (73%)	10 (56%)	21 (60%)	
Respons periode B	8 (53%)	11 (61%)	19 (57%)	
Man	6 (40%)	3 (17%)	9 (27%)	0.13*
Vrouw	9 (60%)	15 (83%)	24 (73%)	
Leeftijd	41.13 (10.54)	34.94 (12.55)	37.76 (11.92)	0.14
Opleiding MBO	8 (53%)	9 (50%)	17 (52%)	
Opleiding HBO	5 (33%)	6 (33%)	11 (33%)	1**
Opleiding anders	2 (13%)	3 (17%)	5 (15%)	

* $p = 0.13$ geldt voor de verdeling man-vrouw op beide afdelingen. ** $p = 1$ geldt voor de verdeling van opleidingsniveaus op beide afdelingen.

Tabel 3 Gemiddelde scores op items van de vragenlijst 'professionele identiteit'

	Afd. 1	Afd. 2	ANOVA**	T-toets 1 ¹	T-toets 2 ²	T-toets 3 ³
Item 1A*	1.83 (SD 0.41)	1.71 (SD 0.49)				0.63
Item 1B*	1.17 (SD 0.41)	1.57 (SD 0.79)	0.35	0.03	0.77	0.23
Item 2A	2 (SD 0)	1.86 (SD 0.38)				0.17
Item 2B	2 (SD 0)	2.29 (SD 0.49)	0.08	-	0.08	0.67
Item 3A	1.86 (SD 0.38)	1.43 (SD 0.54)				0.02
Item 3B	1.86 (SD 0.38)	1.71 (SD 0.49)	0.15	-	0.17	0.46
Item 4A	1.86 (SD 0.69)	1.57 (SD 0.54)				0.08
Item 4B	1.57 (SD 0.54)	1.57 (SD 0.79)	0.56	0.17	1	0.56
Item 5A	2.43 (SD 0.54)	1.86 (SD 0.69)				0.01
Item 5B	2 (SD 0)	1.57 (SD 0.54)	0.74	0.08	0.46	0.02
Item 6A	1.43 (SD 0.79)	1.29 (SD 0.49)				0.52
Item 6B	1.29 (SD 0.76)	1.43 (SD 0.79)	0.45	0.36	0.69	0.94
Item 7A	1.86 (SD 0.69)	1.43 (SD 0.54)				0.01
Item 7B	2 (SD 0.58)	1.86 (SD 0.69)	0.48	0.60	0.20	0.14
Item 8A	2.4 (SD 0.55)	2.14 (SD 0.9)				0.36
Item 8B	2.2 (SD 0.45)	2.43 (SD 0.54)	0.23	0.37	0.36	0.46
Item 9A	2.43 (SD 0.54)	2.57 (SD 0.54)				0.97
Item 9B	2.71 (SD 0.49)	2.57 (SD 0.54)	0.15	0.17	-	0.79
Item 10A	2.86 (SD 0.38)	2.71 (SD 0.49)				0.24
Item 10B	2.86 (SD 0.38)	2.57 (SD 0.54)	0.59	1	0.36	0.12
Item 11A	1.57 (SD 0.54)	1.29 (SD 0.76)				0.21
Item 11B	1.57 (SD 0.54)	1.86 (SD 0.69)	0.21	1	0.17	0.12
Item 12A	1.43 (SD 0.79)	2 (SD 0.82)				0.24
Item 12B	1.71 (SD 0.76)	1.71 (SD 0.76)	0.05	0.17	0.17	0.84
Item 13A	1.29 (SD 0.49)	1.29 (SD 0.49)				0.46
Item 13B	1.43 (SD 0.54)	1.57 (SD 0.54)	0.55	0.36	0.17	0.49
Item 14A	1.71 (SD 0.49)	1.57 (SD 0.54)				0.14
Item 14B	1.57 (SD 0.54)	1.86 (SD 0.38)	0.21	0.36	0.36	0.08
Item 15A	1.71 (SD 0.49)	1.43 (SD 0.54)				0.06
Item 15B	1.57 (SD 0.54)	1.71 (SD 0.76)	0.21	0.36	0.36	0.64
Item 16A	1.71 (SD 0.76)	1.71 (SD 0.76)				0.33
Item 16B	1.57 (SD 0.54)	1.86 (SD 0.38)	0.52	0.36	0.74	0.08
Item 17A	2.29 (SD 0.95)	2.43 (SD 1.13)				0.26
Item 17B	2 (SD 0.82)	2.57 (SD 0.98)	0.29	0.17	0.69	0.24
Item 18A	2.83 (SD 0.75)	2.29 (SD 0.95)				0.08
Item 18B	2.67 (SD 0.52)	2.57 (SD 0.79)	0.30	0.61	0.36	0.85

* A = meting van item in periode A. B = meting van item in periode B. Dit geldt voor alle items. ** p-waarde van ANOVA Repeated Measures.

¹ p-waarde van gepaarde t-toets voor afdeling 1 per item (meting A en B vergeleken). ² p-waarde van gepaarde t-toets voor afdeling 2 per item (meting A en B vergeleken). ³ p-waarde van Student's t-toets per item per meting (afdelingen vergeleken). Bij bepaalde items geen p-waarde omdat de standaarddeviatie 0 is.

Appendix

Vragenlijst 'Professionele identiteit'

Vragenlijst

Professionele Identiteit

Pilotonderzoek naar het dragen van uniforme kleding:
Agressie van patiënten en de professionele identiteit van verpleegkundigen

Versie 4
25 februari 2009

Invulinstructie

Bedankt dat u de bijgevoegde vragenlijst wilt invullen. Ik verzoek u het onderstaande goed door te lezen, voordat u met het invullen van de vragenlijst begint. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

U ontvangt de vragenlijst tweemaal, één keer in januari 2009 en één keer in maart 2009. De vragenlijst is voorzien van een code om uw antwoorden op beide vragenlijsten met elkaar te kunnen vergelijken. De code is alleen bekend bij de onderzoeker en haar begeleider. Uw gegevens worden volledig anoniem verwerkt.

Bij de vragen is het de bedoeling dat u één hokje aankruist. U heeft daarbij keuze uit vier antwoordmogelijkheden. Het is de bedoeling dat u een duidelijk kruisje zet in het hokje van uw keuze (het vakje niet helemaal inkleuren!). Als u per ongeluk het verkeerde hokje heeft aangekruist, moet u het goede vakje helemaal inkleuren.

Het is belangrijk dat u alle vragen beantwoordt, ook al vindt u het soms moeilijk om een antwoord te geven. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw ervaring van uw professionele identiteit!

Over uzelf

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)

- geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS, MBO-V)
- hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- anders, namelijk

Code:

Vragen over uw ervaring van uw professionele identiteit

De volgende vragen gaan over uw ervaring van uw professionele identiteit op dit moment. Het gaat dus om het beeld dat u op dit moment heeft van uw eigen rol als verpleegkundige op de afdeling doordat u zelf uw beroep uitoefent.

	<i>Altijd</i>	<i>Meestal</i>	<i>Soms</i>	<i>Nooit</i>
1. Ik voel me herkenbaar als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik voel me veilig als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik ervaar dat patiënten me herkennen als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik ervaar dat collega's van andere disciplines me herkennen als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik ervaar dat familieleden van patiënten me herkennen als verpleegkundige op de afdeling als ik aan het werk ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik voel me een lid van het team op de afdeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik ervaar dat ik herkenbaar ben voor anderen als lid van het team op de afdeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik ervaar dat ik mijn rol als verpleegkundige hetzelfde neerzet als mijn collega's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Als ik communiceer met patiënten, komt het initiatief van mijn kant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Als ik communiceer met patiënten, komt het initiatief van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik ervaar mijn eigen rol als verpleegkundige op de afdeling als duidelijk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ik ervaar een duidelijk verschil tussen mijn rol als verpleegkundige op de afdeling en de rol van andere disciplines op de afdeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Altijd</i>	<i>Meestal</i>	<i>Soms</i>	<i>Nooit</i>
13. Ik ervaar een duidelijk verschil tussen mijn rol als verpleegkundige op de afdeling en de rol van de patiënt op de afdeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik voel me toegankelijk als verpleegkundige voor patiënten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik voel me toegankelijk als verpleegkundige voor collega's van andere disciplines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ik voel me toegankelijk als verpleegkundige voor familieleden van patiënten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik ben de afgelopen vijf diensten minstens vier uur 'op de groep' aanwezig geweest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik ben de afgelopen vijf diensten minstens vier uur op kantoor aanwezig geweest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U kunt de vragenlijst in de bijgevoegde retourenvelop aan de onderzoeker terugzenden voor 1 april 2009.

Bedankt voor het invullen en terugzenden van de vragenlijst.