

Wijkverpleegkundigen en medicatie

Kennis en houding; een inventarisatie

Student:	Aukje Munnik (0512575)
Status:	Afstudeerartikel
Datum:	27-03-2009
Studie:	Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht
1 ^e begeleider:	Drs. Carolien Sino
2 ^e begeleider:	Dr. Jean-Jacques Georges
Instelling:	V & VN te Utrecht
Tijdschrift & referentiestijl:	Journal of Advanced Nursing (JAN)
Aantal woorden totaal:	3636
Aantal woorden samenvatting Nederlands:	285
Aantal woorden samenvatting Engels:	275

Samenvatting

AANLEIDING: Ongeveer 5,6% van de ziekenhuisopnames wordt veroorzaakt door medicatie gerelateerde klachten. De rol van de wijkverpleegkundige in de preventie van medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames is nog onduidelijk. Gebrek aan kennis en een ontoereikende houding lijken een risico voor de kwaliteit van de zorgverlening te zijn. **DOEL:** Kennis en houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie beschrijven.

ONDERZOEKSVRAGEN: Wat is de kennis en houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie? Verschillen en overeenkomsten van demografische gegeven zijn geanalyseerd. **METHODE:** Het onderzoek is uitgevoerd onder wijkverpleegkundigen die zijn aangesloten bij een beroepsvereniging. Deze populatie is door middel van een gelegenheidssteekproef getrokken. De respondenten hebben een vragenlijst ingevuld.

RESULTATEN: Kennis; casussen ten aanzien van de categorie 'contra-indicatie' bleken ingewikkeld. Kennis over de categorieën 'interactie' en 'bijwerkingen' zijn van hoger niveau. Houding; wijkverpleegkundigen voelen zich in grote mate verantwoordelijk voor medicatie. Er worden weinig gevoelens van angst ervaren. Toch hebben wijkverpleegkundigen niet altijd veel zelfvertrouwen als het gaat om medicatie hantering. Demografische kenmerken; er is geen verband aangetoond tussen kennis, houding en demografische gegevens.

DISCUSSIE: Mogelijk zijn wijkverpleegkundigen aangesloten bij een beroepsvereniging meer betrokken. De wijkverpleegkundigen zijn collectief benaderd en deelname vond plaats door middel van zelfselectie. Hierdoor is de steekproef mogelijk minder representatief. De wijze van het uitzetten van de vragenlijst gaf de respondenten de mogelijkheid om deze met behulp van informatiebronnen in te vullen en met collega's te overleggen. De verhoudingen van het opleidingsniveau en geslacht liggen ver uit elkaar. **CONCLUSIE/ AANBEVELING:** Er behoefte is aan meer kennis vergaren, dit vergroot ook het zelfvertrouwen. Mogelijk is een verschil in kennis en houding ten aanzien van medicatie tussen de wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Vervolgonderzoek kan zich richten op de kennis en houding ten aanzien van medicatie onder verzorgenden.

Aanleiding

Introductie

Jaarlijks worden in Nederland 3,3 miljoen patiënten opgenomen in het ziekenhuis (Prismant, 2006). Een deel hiervan, ongeveer 5,6%, wordt veroorzaakt door medicatie gerelateerde klachten. Onder medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames worden opnames veroorzaakt door bijwerkingen en medicatiefouten verstaan (van den Bemt et al., 2006).

Volgens verschillende publicaties zou een aanzienlijk deel van de medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames vermijdbaar zijn. Dit varieert van 30%, (Sturkenboom et al., 2006) tot 46% (van den Bemt et al., 2006). Therapietrouw, verminderde cognitie, polyfarmacie en niet-zelfstandig wonen zouden volgens van den Bemt et al. (2006) risicofactoren van medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames zijn. Deze bevindingen worden onderschreven door Sturkenboom et al. (2006). Deze voegen kennistekort van de hulpverlening als risicofactor voor medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames toe. Hulpverlening zou meer inzicht moeten krijgen in de werking van medicatie.

Opmerkelijk genoeg is er in bovenstaande onderzoeken geen specifieke aandacht voor de rol van verpleegkundigen in de preventie van medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames. Vooruitlopend op de vraag of verpleegkundigen een rol spelen in de preventie van medicatie gerelateerde ziekenhuis opnames zijn door een aantal onderzoekers de kennis en/ of houding van verpleegkundigen ten aanzien van medicatie in kaart gebracht (Bindler en Bayne, 1991; Kapborg en Svensson, 1999; Sohda et al., 2002; Grandell et al., 2003; Mayo en Duncan, 2004; Grandell et al., 2005). Onder 'kennis' wordt 'persoonlijke bekwaamheid' verstaan. Een vermogen waarin weten en toepassing zijn geïntegreerd (Poell en Kessels, 2001). 'Houding' is het geheel van opvattingen, gevoelens en geneigdheid tot handelen ten opzichte van iemand (Fishbein en Azjen, 1975). Uit deze, in het buitenland uitgevoerde, onderzoeken blijkt dat de kennis en houding van verpleegkundigen ten aanzien van medicatie tekortschiet. Het kennistekort op het gebied van werking, bijwerking, indicatie, contra-indicatie en interactie van zowel voorgeschreven als ook vrij verkrijgbare medicatie kan vergroot worden (Ives et al., 1996; Kapborg en Svensson, 1999; King, 2002; Sohda et al., 2001 en Sohda et al., 2002). Ives et al. (1996) en Sohda et al. (2002) stellen vast dat de kennis die verpleegkundigen hebben ten aanzien van medicatie overschatten. De onderzoeken waarin de houding van verpleegkundigen ten aanzien van medicatie is onderzocht blijken uiteenlopende resultaten te hebben beschreven.

Volgens King (2002) en Grandell et al. (2003, 2005) en Kapborg en Svensson (1999) hebben verpleegkundigen interesse voor en zien zij het nut in van medicatie hantering. Naast interesse zijn ook gevoelens van angst omtrent medicatie hantering bekend (Kapborg en Svensson, 1999; Grandell et al., 2005; King, 2002). Gebrek aan kennis is volgens King (2004) mogelijk de reden voor deze gevoelens. Sohda et al. (2002) noemt het aantal ervaringsjaren als mogelijke oorzaak voor de mate van zelfvertrouwen ten aanzien van medicatie. Zo hebben Sohda et al. (2002) een positieve significante relatie tussen het aantal ervaringsjaren en de mate van zelfvertrouwen vastgesteld (Sohda et al. (2002).

Verondersteld kan worden dat het ontbreken van adequate kennis en houding ten aanzien van medicatie de kwaliteit van zorg verminderd.

In dit onderzoek is gekozen voor wijkverpleegkundigen. Ondanks de veranderde wetgeving (medicatie uitgeven en uitzetten valt niet meer onder de AWBZ) (AWBZ, 2008) is hiervoor gekozen. Onder 'wijkverpleegkundigen' worden zowel HBO (wijkverpleegkundigen) als MBO (verpleegkundigen in de wijk) geschoolde verpleegkundigen verstaan. Deze populatie wordt geacht om ondanks deze veranderingen in de wetgeving op overstijgende wijze de patiënt te kunnen observeren. Het signaleren van bijwerkingen of interacties tussen medicatie en zo nodig doorverwijzen naar andere disciplines zijn van belang. Wanneer wijkverpleegkundigen adequaat kunnen handelen, worden medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames mogelijk voorkomen.

Probleemstelling

Uit de literatuur blijkt de kwaliteit van zorgverlening van verpleegkundigen aangaande medicatie tekort te schieten. Volgens onderzoekers kan kennis over de werking, bijwerking, indicatie en contra-indicatie en interactie over medicamenten verbeterd worden. Daarnaast blijkt de houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie uiteenlopend. Omdat geen van de onderzoeken in Nederland is uitgevoerd kan er nog geen uitspraak gedaan worden over de Nederlandse situatie. Voor dit onderzoek is de populatie 'wijkverpleegkundigen' meest geschikt omdat zij de dagelijkse zorg in handen hebben en hiermee een observerende en signalerende functie bekleden. Er kan verondersteld worden dat kennistekort en een ontoereikende houding ten aanzien van medicatie de kans op medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames vergroot. Onduidelijk is wat de verschillen en overeenkomsten met betrekking tot demografische gegevens van wijkverpleegkundigen omtrent de kennis en houding ten aanzien van medicatie zijn.

Het onderzoek

Doel

Het doel van het onderzoek was inzicht in huidige kennis en houding ten aanzien van medicatie van wijkverpleegkundigen in Nederland te krijgen. De beschrijving van de kennis en houding ten aanzien van medicatie wordt mogelijk gebruikt bij de ontwikkeling van een interventie gericht op vermindering van medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames.

Vraagstellingen

De volgende vraagstellingen en subvragen zijn leidend geweest.

1. Wat is de mate van kennis van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie in Nederland?
 - a. Wat is de mate van kennis van wijkverpleegkundigen ten aanzien van de (bij)werking van medicatie?
 - b. Wat is de mate van kennis van wijkverpleegkundigen ten aanzien van (contra) indicaties van medicatie?
 - c. Wat is de mate van kennis van wijkverpleegkundigen ten aanzien van interactie tussen medicamenten?

2. Wat is de houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie in Nederland?
 - a. In welke mate voelen wijkverpleegkundigen zich verantwoordelijk voor handelingen aangaande medicatie?
 - b. Wat is de mate van zelfvertrouwen van verpleegkundigen aangaande medicatie?
 - c. In welke mate ondervinden wijkverpleegkundigen angstgevoelens aangaande medicatie?

3. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten van demografische kenmerken zoals; geslacht, ervaringsjaren en leeftijd en opleidingsniveau op de kennis en houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie?

Design

Het onderzoek is kwantitatief, descriptief/ beschrijvend onderzoek. Er is geïnventariseerd wat de werkelijke kennis en houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie is.

Onderzoeksgroep

Doelpopulatie van het onderzoek was de gehele populatie van 13.600 wijkverpleegkundigen (LEVV, 2008 data ontleend op 05-03-2009) in Nederland. Omdat het onmogelijk was om de hele populatie te onderzoeken is gekozen voor een steekproef van 800 wijkverpleegkundigen die aangesloten zijn bij een landelijke beroepsvereniging. Alle 800 leden zijn op verscheidene manieren (zie dataverzameling) benaderd voor deelname door middel van een selecte, vrijwillige gelegenheidssteekproef.

Dataverzameling

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van de vragenlijst 'Wijkverpleegkundigen en medicatie' (bijlage 1). Deze vragenlijst is tot stand gekomen door twee deskundigen. Zo heeft een apotheker, verbonden aan een universiteit in het midden van het land, in samenwerking met een verplegingswetenschapper de vragenlijst samengesteld.

In de vragenlijst zijn de uitkomstmaten 'kennis' en 'houding' zijn geoperationaliseerd door middel van casussen en stellingen. Om inzicht te krijgen in de demografische kenmerken van de respondenten zijn hierover een aantal vragen opgenomen. De wijkverpleegkundigen hadden na lezen van de deelnemersinformatie ongeveer 30 minuten nodig om de vragenlijst in te vullen.

De vragenlijst is digitaal verspreid onder wijkverpleegkundigen die aangesloten zijn bij een landelijke beroepsvereniging. In de beroepsvereniging werd op verschillende manieren aandacht gevraagd voor dit onderzoek. Zo was een interview met de onderzoeker in de maandelijkse digitale nieuwsbrief van de beroepsvereniging opgenomen. Hierin werd een toelichting gegeven op het doel van het onderzoek. Ook werden de wijkverpleegkundigen hierdoor geattendeerd op de vragenlijst. In de digitale nieuwsbrief stond een link naar de vragenlijst die men eenvoudig kon openen.

Daarnaast werd een deel van deze groep nogmaals aangesproken voor deelname. Zo waren van 400 wijkverpleegkundigen de e-mail adressen bekend. Deze leden zijn met behulp van een persoonlijke e-mail benaderd. Aan de e-mail was ook een link naar de vragenlijst toegevoegd. De vragenlijst werd direct nadat deze was voltooid digitaal teruggestuurd naar de onderzoeker. De gegevens zijn anoniem verwerkt.

Vervolgens is bij onvoldoende respons (<20%) tweemaal gebruik gemaakt van herinneringse-mail. Enige criteria voor deelname aan het onderzoek waren, dat de wijkverpleegkundigen werkzaam zijn in de directe patiëntenzorg en de Nederlandse taal machtig zijn.

Meetinstrument

Vragenlijst 'Wijkverpleegkundigen en medicatie'; demografische kenmerken

Allereerst zijn een aantal vragen ten aanzien van demografische kenmerken in de vragenlijst opgenomen. Zo is gevraagd naar het geslacht, de leeftijd, opleidingsniveau en naar aantal jaren ervaring van de respondent. De leeftijd is uitgedrukt in aantal jaren. Hierin is een onderverdeling gemaakt in 3 categorieën. Namelijk 18-34 jaar, 35-50 jaar en 51-65 jaar. Het opleidingsniveau is onderscheiden naar 5 mogelijkheden; MBO, inservice, HBO universitair en anders. Als laatste is het aantal jaren ervaring sinds het afronden van de hoogst genoten opleiding gemeten. Ervaringsjaren van de respondenten zijn onderverdeeld in 5 categorieën 1-10 jaar, 11-20 jaar, 21-30 jaar, 31-40 jaar en 41-48 jaar ervaring.

Kennis

Om de uitkomstmaat 'kennis' in kaart te brengen zijn 29 meerkeuze casussen in de vragenlijst opgenomen. Deze casussen zijn ontwikkeld aan de hand van een top tien (tabel 1) van de meest gebruikte medicijnen onder ouderen van 75+ (SKF, 2003).

De stichting Farmaceutische Kengetallen had deze opsomming in opdracht van het lectoraat paramedische zorg bij chronisch zieken en ouderen gegenereerd. De casussen richtten zich op de kennis van de wijkverpleegkundige ten aanzien van (bij)werking, (contra)indicaties en interacties van de medicamenten. Voor elk geheel of gedeeltelijk juist beantwoorde casus zijn punten toegekend. Zo waren voor de hele vragenlijst 290 punten te behalen. Er is onderscheid gemaakt naar categorie. Voor de categorie waren '(bij)werking' maximaal 160 punten, voor de categorie '(contra)indicatie' waren dat maximaal 80 punten en voor de categorie 'interactie' kon men maximaal 50 punten halen.

De kennis van wijkverpleegkundigen is gescoord aan de hand het percentage goed beantwoorde vragen. Men heeft 'slecht' gepresteerd wanneer zij 30% of meer fout hebben beantwoord. Er werd 'matig' gescoord wanneer van 20% tot en met 29% fout was beantwoord. De kennis van wijkverpleegkundigen is 'goed' te noemen wanneer 10% tot en met 19% fout werd beantwoord. De kennis was 'uitstekend' bij een score van minder dan 10% foutief beantwoorde vragen. Over bovenstaande normering is overeenstemming met de formateurs van de vragenlijst.

Tabel 1; TOP 10 medicijnen 75+

1. Furosemide	6. Paracetamol
2. Acetylsalicylzuur	7. Metroprolol
3. Carbasalaatcalcium	8. Omeprazol
4. Temazepam	9. Digoxine
5. Oxazepam	10. Lactulose

Houding

Afsluitend hebben de wijkverpleegkundigen 9 stellingen, op 5 punts-Likert schaal, aangaande de houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie, beantwoord. De inhoud van de stellingen hadden betrekking op aanbevelingen uit de literatuur. Zo zijn stellingen omtrent het verantwoordelijkheidsgevoel, het zelfvertrouwen en gevoelens van angst ten aanzien van medicatie geformuleerd. Per categorie konden 15 punten behaald worden. Men heeft weinig tot geen zelfvertrouwen en of verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van medicatie wanneer 0-5 punten zijn behaald. Bij een score van 6-10 wordt veel verantwoordelijkheidsgevoel en of zelfvertrouwen ervaren. Voor angstgevoelens gold dat een score van 0-5 punten voor veel gevoelens van angst staat. Bij een score van 6-10 punten worden minder angstgevoelens ervaren en bij meer dan 11 punten hebben de wijkverpleegkundigen weinig gevoelens van angst ten aanzien van medicatie.

Validiteit en betrouwbaarheid meetinstrument

De validiteit van vragenlijst 'Wijkverpleegkundigen en medicatie' is niet getoetst. Toch is op verschillende manieren de betrouwbaarheid van het meetinstrument zo groot mogelijk gemaakt. Met behulp van deskundigen is getracht de inhoudsvaliditeit vast te stellen. Zo zijn inhoudsdeskundigen uit het lectoraat 'paramedisch en verpleegkundige zorg voor chronisch zieken en ouderen' en een panel van experts (intersubjectiviteit) bij het proces betrokken. Vijf wijkverpleegkundigen hebben alle items van de vragenlijst doorgenomen op representativiteit. Na aanpassing van de vragenlijst en na overleg is het panel tot overeenstemming gekomen over de inhoudelijke correctheid. De stellingen ten aanzien van de houding van wijkverpleegkundigen zijn geformuleerd aan de hand van aanbevelingen uit de literatuur.

Ethische afwegingen

Het onderzoek is uitgevoerd onder wijkverpleegkundigen (experts). De inhoud van de vragenlijst bevatte geen ingrijpende vragen. Hierdoor is dit onderzoeksvoorstel niet door een METC/CCMO getoetst. Toestemming voor deelname is gevraagd aan de beleidsadviseur van de beroepsvereniging. De wijkverpleegkundigen werkten op vrijwillige basis mee aan het onderzoek. De wijkverpleegkundigen werden geïnformeerd over het onderzoek en toestemming is aangenomen wanneer een korte deelnemersinformatie is gelezen en vragenlijst werd ingevuld. Privacy van de respondenten is gewaarborgd. Alle informatie die uit dit onderzoek is verkregen is vertrouwelijk gehouden.

Data analyse

De analyse heeft plaats gevonden met behulp van Statistic Package for Social Studies (SPSS Inc., Chicago, IL) versie 14. De antwoorden die uit de vragenlijsten voortkwamen zijn geanalyseerd aan de hand van beschrijvende statistiek. Betrouwbaarheidsintervallen (95%), standaard deviaties, frequenties en percentages zijn berekend. De resultaten zijn door één onderzoeker geanalyseerd.

Bevindingen

Respondenten

Bijna 20% van de 800 wijkverpleegkundigen hebben gehoor gegeven aan de oproep om de vragenlijst in te vullen (N=146). Alle respondenten hebben de casussen ten aanzien van de uitkomstmaat 'kennis' ingevuld. De stellingen over de uitkomstmaat 'houding' zijn door 5 van de 146 respondenten niet beantwoord.

Er is gebleken dat ruim 95% van de respondenten vrouw is (tabel 2). De respondenten hebben veelal HBO-verpleegkunde opleiding afgerond (84 %). De overige respondenten hebben een opleidingsniveau die varieerde van universiteit (2,1%) tot MBO-verpleegkunde (8,9%). Slechts 1,4%, heeft een andere, niet nader genoemde, opleiding gevolgd. De meeste respondenten waren in de leeftijd van 35 tot en met 50 jaar (41,1% en van 51 tot en met 65 jaar (38,4%). Het aantal jaren werkervaring van de wijkverpleegkundigen varieert van 1-10 (34,2%) en 11-20 jaar (30,1%). Deze worden gevolgd door 21,9% van de respondenten met 21- 30 jaar en 12,3% met 31-40 jaar ervaring. Weinig wijkverpleegkundigen met 41-48 jaar ervaring hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Tabel 2; Demografische kenmerken

	N=	%
Geslacht		
Man	6	4,1
Vrouw	140	95,9
Leeftijd		
18 - 34 jaar	30	20,5
35 - 50 jaar	60	41,1
51 - 65 jaar	56	38,4
Opleidingsniveau		
MBO	13	8,9
Inservice	5	3,4
HBO	123	84,2
Universitair	3	2,1
Anders	2	1,4
Ervaringsjaren		
01 -10 jaar	50	34,2
11 -20 jaar	44	30,1
21 - 30 jaar	32	21,9
31 - 40 jaar	18	12,3
41 - 48 jaar	2	1,4

(n=146)

Kennis

De resultaten geven een beschrijving van de kennis ten aanzien van de werking en ongewenste effecten van gebruik van een medicijn (bijwerking) en over de (contra) indicatie om een bepaald medicament te gebruiken. Vervolgens is de kennis over het gebruik van meerdere medicamenten tegelijk getoetst. Voor 146 respondenten is de mate van kennis ten aanzien van medicatie over drie categorieën geanalyseerd (tabel 3). Algemene kennis van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie is voor 25,3% van de respondenten goed te noemen. De algemene kennis is voor ongeveer 60% van de respondenten van matig niveau en voor iets minder dan 15% geldt dat kennis slecht is. Voor 1,4% van de wijkverpleegkundigen is deze kennis uitstekend.

Uit de resultaten blijkt dat de vragen ten aanzien van categorie '(contra)indicatie' laag scoren. Zo is de kennis van bijna 90 % van de respondenten matig tot slecht. De rest scoort goed tot uitstekend, waarvan slechts 1 respondent uitstekend.

Kennis van wijkverpleegkundigen ten aanzien van 'bijwerkingen' en 'interactie' is van hoger niveau gebleken. Voor 5% van de wijkverpleegkundigen is de kennis over deze categorieën uitstekend. Ongeveer 30% van de wijkverpleegkundigen scoren goed bij vragen ten aanzien van bijwerkingen en 45% bij vragen ten aanzien van 'interactie'. Toch is de kennis van wijkverpleegkundigen over de interactie tussen medicijnen voor 26% slecht en voor 24% matig. Ook blijkt bijna de helft van de wijkverpleegkundigen over onvoldoende kennis over bijwerkingen van medicatie te beschikken.

In totaal genomen hebben de respondenten matig gepresteerd op de casussen ten aanzien van 'kennis'. Vooral de vragen ten aanzien van 'contra-indicatie' bleken moeilijk voor veel wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen hebben hoger gescoord op de categorieën 'interactie' en 'bijwerkingen'.

Tabel 3; Kennis ten aanzien van medicatie.

	N=	%	Gemiddeld (maximale score)	BHI 95%
Kennis over interactie			38,8 (50)	38,1 - 39,6
Slecht	38	26		
Matig	35	24		
Goed	66	45,2		
Uitstekend	7	4,8		
Kennis over bijwerkingen			123,8 (160)	121,9 - 125,9
Slecht	25	17,1		
Matig	68	46,6		
Goed	47	31,5		
Uitstekend	7	4,8		
Kennis over (contra) indicaties			58,2 (80)	57,2 - 59,4
Slecht	48	32,9		
Matig	79	54,1		
Goed	18	12,3		
Uitstekend	1	0,7		
Totaal kennis			220,9 (290)	218,1 - 223,7
Slecht	21	14,4		
Matig	86	58,9		
Goed	37	25,3		
Uitstekend	2	1,4		

(n=146)

Betrouwbaarheidsintervallen ten aanzien van 'kennis' zijn berekend. Het gebied waarbinnen de werkelijke waarde in de populatie is uitgedrukt in een percentage van 95%. De waarden van de afzonderlijke categorieën en de totale score liggen allen in het interval. Dit zegt over de waarden dat deze nauwkeurig geanalyseerd zijn (de Vocht, 2007).

Houding

De houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie is beschreven aan de hand van de antwoorden op de stelling en ten aanzien van de houdingsaspecten; verantwoordelijkheidsgevoel, zelfvertrouwen en angstgevoelens (tabel 4). De gegevens zijn in kaart gebracht met behulp van beschrijvende statistiek. De analyse is uitgevoerd met de resultaten 141 vragenlijsten, 5 respondenten hebben de stellingen ten aanzien van 'houding' niet ingevuld.

Uit de resultaten blijkt dat de wijkverpleegkundigen niet veel angstgevoelens hebben als het gaat om handelingen ten aanzien van medicatie. Bijna 70% zegt bij zichzelf weinig tot geen angstgevoelens te hebben. Eenzelfde percentage blijkt veel verantwoordelijkheidsgevoel te hebben als het gaat om medicatie hantering. Opvallend genoeg blijkt meer dan de helft van de respondenten over 'voldoende' zelfvertrouwen te beschikken. Voor bijna 80% geldt dat zij het er (zeer) mee eens zijn dat door tijdig ingrijpen van de wijkverpleegkundige een ziekenhuisopname voorkomen kan worden.

Al met al blijken wijkverpleegkundigen zich in grote mate verantwoordelijk te voelen voor een juiste toediening, voorlichting en inname van medicatie. Zij ervaren weinig gevoelens van angst wanneer handelingen ten aanzien van medicatie uitgevoerd worden. Toch hebben de wijkverpleegkundigen niet altijd veel zelfvertrouwen als het gaat om medicatie. De meeste verpleegkundigen vinden dat zij kunnen bijdragen aan het voorkomen van een medicatiegerelateerde ziekenhuisopname.

Tabel 4; Houding ten aanzien van medicatie.

	Verantwoordelijkheidsgevoel	Zelfvertrouwen	Angstgevoelens
Weinig	0,7 % (N=1)	4,2% (N=6)	69,7 % (N=98)
Voldoende/ minder	25,4% (N=36)	59,9% (N=84)	30,3% (N=43)
Veel	73,9% (N=104)	35,9% (N=51)	- (N=0)
Gemiddeld (maximale score)	11,4 (15)	9,7 (15)	11,5 (15)
SD (BHI)	1,9 (11,1 – 11,7)	1,9 (9,4-10,0)	2,0 (11,1-11,8)

(n=141)

Demografische kenmerken

Om de laatste onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de mogelijke verschillen en overeenkomsten van demografische kenmerken op kennis en houding geanalyseerd. Hiervoor zijn de correlaties tussen kennis, houding en demografische kenmerken berekend. Aan de veronderstelling van lineairiteit is voldaan en door een $N > 30$ is bij benadering sprake van een bivariate normale verdeling.

Er werd zowel voor de mate van kennis en de variabelen 'leeftijd' ($R=0,006$) alsook voor de variabelen 'ervaringsjaren' ($R=0,009$), 'geslacht' ($R=0,056$) en opleidingsniveau ($R=0,061$) geen verband aangetoond. Ook zijn er geen verbanden aangetoond voor de houdingen en variabelen 'ervaringsjaren' ($R=0,036$), 'ervaringsjaren' ($R=0,020$) en opleidingsniveau ($R=0,034$). De variabele 'geslacht' was door de scheve verdeling tussen mannelijke (5%) en vrouwelijke (95%) wijkverpleegkundigen niet relevant om te analyseren.

Discussie

Doel van het onderzoek was om de kennis en houding van wijkverpleegkundigen ten aanzien van medicatie te beschrijven. Er is gebleken dat kennis van wijkverpleegkundigen van matig niveau is. Casussen ten aanzien van 'contra-indicatie' bleken moeilijker dan de categorieën 'interactie' en 'bijwerkingen'. Deze resultaten onderstrepen het belang van de aandacht die besteedt moet worden aan de kennis van wijkverpleegkundigen. Kennis tekort bemoeilijkt de wijkverpleegkundigen om de patiënt goed te kunnen observeren en signaleren ten aanzien van medicatie.

Er kan gesteld worden dat wijkverpleegkundigen zich in grote mate verantwoordelijk te voelen voor medicatie. Er worden weinig angstgevoelens ervaren, toch hebben de wijkverpleegkundigen niet altijd veel zelfvertrouwen als het gaat om medicatie.

In de beschrijving van de demografische kenmerken van de respondenten komt naar voren dat de verhoudingen tussen de opleidingsniveaus variëren. Zo waren bijna 80% van de respondenten HBO geschoold. Daarnaast waren slechts 5% van de wijkverpleegkundigen man. Dit is aanzienlijk lager dan het landelijk gemiddelde, van 15%, mannen werkzaam als verpleegkundige (LEV, 2008 data ontleend op 05-03-2009). Deze zaken geven mogelijk een vertekend beeld in de resultaten.

Binnen dit onderzoek zijn een aantal beperkingen te noemen ten aanzien van de gekozen populatie en de steekproeftrekking.

Het is denkbaar dat wijkverpleegkundigen die zijn aangesloten bij een beroepsvereniging meer betrokken professionals zijn.

Ook is deze populatie mogelijk beter geïnformeerd dan wijkverpleegkundigen die niet lid zijn van een beroepsvereniging. Daarnaast geeft de wijze van steekproeftrekken mogelijk een disproportioneel beeld. Zo zijn de wijkverpleegkundigen collectief benaderd en hebben zelf besloten om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek (zelfselectie). Dit beïnvloedt mogelijk de representativiteit. Door de zelfselectie hebben misschien alleen wijkverpleegkundigen met goede kennis en houding ten aanzien van medicatie deelgenomen. Bovengenoemde beperkingen verkleinen de generaliseerbaarheid van het onderzoek.

Als laatst zijn een aantal opmerkingen te noemen ten aanzien van de normering van vragenlijst 'Wijkverpleegkundigen en medicatie'. Er zijn geen gegevens over de betrouwbaarheid van de vragenlijst bekend. Zo was de vragenlijst opgebouwd uit casussen over de 10 meest gebruikte medicamenten onder ouderen (75+). Doordat wijkverpleegkundigen dagelijks met deze patiëntencategorie werken wordt verwacht dat de kennis hierover van een bepaald niveau is. De normering van de vragenlijst is zorgvuldig vastgesteld, dit vergroot de betrouwbaarheid.

Daarnaast kan over de wijze van uitzetten van de vragenlijst gesteld worden dat deze digitaal opvraagbaar. Hierdoor kon de vragenlijst op elk gewenste plaats en moment geopend worden. Dit gaf de respondenten de mogelijkheid om de vragenlijst met behulp van informatiebronnen in te vullen en met collega's te overleggen. Door gebrek aan controle is er mogelijk sprake van informatiebias. Dit gebrek aan controle is geprobeerd te ondervangen door gedetailleerde beschreven deelnemersinformatie. Hierin wordt onder andere genoemd dat de vragenlijst alleen zonder extra informatie bronnen ingevuld mag worden. De respons op de vragenlijst was laag (20%) toch was dit een verwacht percentage door het digitaal verspreiden van de vragenlijst.

Conclusie en aanbevelingen

De kennis en houding van verpleegkundigen ten aanzien van medicatie is door middel van dit onderzoek beschreven. Een algemene uitspraak doen over de huidige kennis en houding van de totale populatie wijkverpleegkundigen in Nederland is niet eenvoudig.

Tekortkomingen in onderzoekspopulatie en methode van dataverzameling zijn hiervan mogelijk de oorzaak. Er kan wel verondersteld worden dat er op basis van de huidige gegevens gesteld kan worden dat de kennis van de onderzochte populatie wijkverpleegkundigen ten aanzien van de categorie 'contra-indicaties' moeilijk was voor veel wijkverpleegkundigen.

De kennis over de categorieën 'interactie' en 'bijwerkingen' lijken van hoger niveau. Hieruit kan opgemaakt worden dat wijkverpleegkundigen baat hebben bij meer kennis vergaren als professional. Congressen, workshops en intervisie bijeenkomsten zijn hier voorbeelden van. Ondanks de matige resultaten ten aanzien van de kennis ervaren de wijkverpleegkundigen weinig angstgevoelens bij medicatie hantering. Daarnaast voelen zij zich in grote mate verantwoordelijk voor op juiste wijze voorlichten en ondersteuning van de patiënt bij medicatie hantering. De wijkverpleegkundigen geven aan niet altijd voldoende zelfvertrouwen te hebben om dit op juiste wijze te verrichten. Meer kennis kan bijdragen aan een groter zelfvertrouwen omtrent medicatie hantering.

Zoals in de aanleiding is beschreven zijn er enige veranderingen in de wetgeving (AWBZ) omtrent medicatie hantering. De uitgifte van medicatie is veelal overgenomen door verzorgenden. Mogelijk is een verschil in kennis en houding ten aanzien van medicatie tussen de wijkverpleegkundigen en verzorgenden waar te nemen. Wanneer de kennis en houding onder verzorgenden tekort schiet kan verondersteld worden dat dit de kwaliteit van zorg beïnvloed en de kans op medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames mogelijk vergroot. Alvorens hier inzicht in verschaft kan worden is vervolgonderzoek nodig. Dit onderzoek kan zich richten op de kennis en houding ten aanzien van medicatie bij verzorgenden werkzaam in de thuiszorg.

Aantrekken van middelen

Dit onderzoek heeft geen gebruik gemaakt van enige specifieke financiering in de non-profit sector.

Auteurs bijdrage

Drs. M. (Mariska) de Bont, beleidsmedewerker van de landelijke beroepsvereniging voor verzorging en verpleging (V & VN), heeft gedurende het onderzoek zorg gedragen voor de dataverzameling van het onderzoek. Daarnaast hebben drs. C. (Carolien) Sino, promovendus van lectoraat 'paramedisch en verpleegkundige zorg voor chronisch zieken en ouderen', en dr. J.J. (Jean Jacques) Georges, tutor verplegingswetenschap aan Universiteit Utrecht, zorg gedragen voor kritische herziening van het artikel. Daarnaast voorzagen zij de onderzoeker van administratieve en technische ondersteuning gedurende het onderzoek.

Abstract

RESULT: Approximately 5.6% of hospital admissions are caused by medication-related complaints. The role of the district in the prevention of medication-related hospital admissions is still unclear. Lack of knowledge and inadequate attitudes seem to be a risk to the quality of care. **OBJECTIVE:** understand the knowledge and attitudes of district nurses attitude towards medication. Research questions: What is the knowledge and attitude of district nurses regarding medication? Differences and similarities of demographic data were analyzed. **METHOD:** The study was conducted by district nurses who are members of a professional association. This population through a convenience sample was drawn. The respondents completed a questionnaire. **RESULTS:** Knowledge; cases with respect to the category 'contra-indication' were complicated. Category 'interaction' and 'side effects' scored higher. Attitude; district nurses feel largely responsible towards medication handling. They experienced few feelings of anxiety. However, district nurses are not always self-confidence when it comes to medication handling. Demographic data, there is no correlation. **DISCUSSION:** district nurses connected to a professional association may be more involved professionals. The district nurses are collectively approached and participation took place through self-selection. The sample may be biased. The method of setting the questionnaire gave respondents the possibility of using information and to think it over with colleagues. The ratio of the level of education and sex are far apart. **CONCLUSION:** It is conceivable that there is a need for increased opportunities for knowledge gathering, it also increases self-confidence. Possibly there is a difference in knowledge and attitude towards medication between district nurses and caretakers. Continued research may focus on the knowledge and attitudes towards medication among caretakers.

Referentielijst

AWBZ (2007) <http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/voor-medewerkers-in-de-zorg/beleidsregels-indicatiestelling-2008/default.asp> (toegang ontleend november 2008).

Bemt van den M. L. A. P., Egberts C. G. T., Leendertse A., Belitser S. V., Koenderink T., Kiesels B., Souverein P. C. (2006). *Hospital Admissions Related to Medication (HARM)*. Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames.< <http://www.harm-onderzoek.nl>> (toegang ontleend februari 2008).

Bindler R., Bayne T. (1991). Medication calculation ability of registered nurses. *Journal of nursing scholarship* 23, (4), 221-224.

Fishbein M, Azjen I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA; Addison-Wesley.

Grandell- Niemi H., Hupli M., Leino-Kilpi H., Puukka P. (2003). Medication calculation skills of nurses in Finland. *Journal of Clinical Nursing* 12, (4), 519–528.

Grandell-Niemi H., Hupli M., Leino-Kilpi H., Puukka P. (2005). Finnish nurses and nursing students' pharmacological skills. *Journal of clinical nursing* 14, (6), 685-694.

Ives G., Hodge K., Bullock S., Marriot J. (1996). First year registered nurses and self-rated pharmacology knowledge. *Australian Journal of Advanced Nursing* 14, (1), 13-19.

Kapborg I., Svensson H. (1999). The nurse's role in drug handling within municipal health and medical care. *Journal of advanced nursing*, 30, (4), 950 -957.

King R. L. (2004). Nurses' perceptions of their pharmacological needs. *Journal of advanced nursing*, 45, (4), 392-400.

LEVV(2008) <http://www.levv.nl/index.php?id=490#werkzaam> (ontleent op 05-03-2009)

Mayo A. M., Duncan D. (2004) Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *Journal of nursing care quality*, 19, (3), 209 - 221.

Poell R., Kessels J. (2001) *Human resource development: Organiseren van het leren*, p.24.

Prismant (2006). *Ziekenhuisstatistieken*. <<http://cognosserver.prismant.nl/cognos7/cgi-bin/ppdscgi.cgi?DC=Q&E=/Prisma-Landelijke-LMR/Landelijke+LMR-informatie++Diagnosen>> (toegang ontleend februari 2008).

Sohda M., McLaughlin M., Williams G., Dhillon S. (2002). Nurses' confidence and pharmacological knowledge: a study. *British Journal of Community Nursing*, 7, (6), 309 - 315.

Sodha M., McLaughlin M., Williams G., Shah R. en Glegg J. (2002). Nurse prescribing; testing the knowledge base. *Journal of community nursing* 16, (3), 4-14

Sturkenboom C. J. M. M., Dieleman P. J. (2006). *Ziekenhuisopnames door bijwerkingen van geneesmiddelen, een inventarisatie*. Erasmus MC.
<http://www.cvz.nl/resources/Persbericht%200607%202006%20rapportgeneesmiddelgerelateerde%20ziekenhuisopnames_tcm28-21438.pdf> (toegang ontleend februari 2008).

Vocht, de A. (2007). *Basis handboek SPSS 14 voor windows*. Bijleveld press Utrecht.