

De attitude en eigen-effectiviteit van deelnemers aan de training 'Vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'

Naam: G.H. Schrier

Studentnummer: 3209733

Status: definitief

Datum: 2 juli 2010

Naam Universiteit: Universiteit Utrecht

Opleiding: Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC-Utrecht

Naam begeleider: G. van der Hoof-Leemans

Naam blokdocent: J.R.J. de Leeuw

Naam stage-instelling: Medisch Centrum Haaglanden

Plaats stage-instelling: Den Haag

Beoogd tijdschrift: Verpleegkunde

Gehanteerde referentiestijl: Vancouver

Aantal woorden artikel: 4054

Aantal woorden Nederlandse samenvatting: 292

Aantal woorden Engelse samenvatting: 300

Inleiding

Om de patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren is in 2007 het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' gepresenteerd (1). Dit veiligheidsprogramma omvat het veiligheidsmanagementsysteem en tien zorginhoudelijke thema's waarop vermijdbare onbedoelde schade gereduceerd moet worden. Eén van de thema's betreft de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt (2). Dit is een patiënt waarbij één of meer vitale orgaanfuncties zodanig verstoord zijn dat zij dreigen te falen (3). Om de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt te optimaliseren zijn trainingen voor verpleegkundigen en artsen van belang die gericht zijn op het gebruik van een signaleringssysteem waarbij onderlinge communicatie aandacht krijgt (4,5). Het trainen van verpleegkundigen is van belang omdat zij vaak als eerste de vitaal bedreigde patiënt identificeren (3).

Signaleringssysteem

In een perifeer opleidingsziekenhuis in Zuid-Holland is een eendaagse training 'Vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt' ontwikkeld. Van november 2009 tot mei 2010 nemen alle (leerling)verpleegkundigen die werkzaam zijn op een verpleegafdeling hieraan verplicht deel. Het doel van de training betreft het gebruik van een signaleringssysteem in de praktijk (6). Dit signaleringssysteem omvat de ABCDEF-methode, de SIT-score en de communicatiemethode SBAR. De ABCDEF-methode maakt het mogelijk om op systematische wijze afwijkende processen bij een patiënt vast te stellen door na elkaar de ademweg (Airway), ademhaling (Breathing), circulatie (Circulation), bewustzijn (Disability), omgeving (Environment) en vitale functies (Full set of vital signs) te beoordelen en behandelen (6). De SIT (Spoed Interventie Team) -score kan worden gebruikt om de beoordeling van de patiënt en de noodzaak tot het inschakelen van een arts of het gelijknamige team te objectiveren (6). De SIT-score kan worden vastgesteld met een in het opleidingsziekenhuis ontwikkeld scorekaartje op basis van de vitale parameters van een patiënt. Het scorekaartje is opgenomen in de appendix (I). Bij het oproepen van de arts/SIT kan de verpleegkundige ten slotte de SBAR gebruiken. Door gebruik te maken van deze communicatiemethode worden na elkaar de situatie (Situation), achtergrond, (Background), beoordeling (Assessment) en aanbeveling (Recommendation) besproken, waardoor er sprake is van een snelle, adequate en volledige overdracht van relevante informatie (6).

Evaluatieonderzoek signaleringssysteem

Verondersteld wordt dat het gebruik van het signaleringssysteem de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt in de organisatie kan optimaliseren. Nationaal en internationaal zijn ziekenhuizen recent gestart met de implementatie van dergelijke systemen (7,8) waardoor hiervoor nog geen onomstotelijk bewijs is (7). De beperkte generaliseerbaarheid van de monocentrische studies, het risico op publicatiebias en de uitvoering van de onderzoeken door niet onafhankelijke onderzoekers maken dat de beschikbare onderzoeksresultaten kritisch moeten worden beschouwd.

Inzicht in welke mate het doel van een training resulteert in veranderingen in een organisatie kan met het evaluatiemodel van Kirkpatrick worden gekregen (9,10,11). Volgens dit evaluatiemodel zijn na een training veranderingen in een organisatie mogelijk, indien er sprake is van gedragsveranderingen. Direct na een training is het noodzakelijk een evaluatie uit te voeren die inzicht geeft in de mogelijkheden tot deze gedragsveranderingen (9).

ASE-model

Om mogelijkheden tot gedragsveranderingen te doorgronden kan het ASE-model worden gebruikt (12). Volgens het model bepalen drie gedragsdeterminanten, 'Attitude', 'Sociale invloed' en 'Eigen-effectiviteit', een intentie. Een intentie wordt in het model gedefinieerd als de bedoeling van mensen om bepaald gedrag te vertonen en op basis hiervan kunnen gedragsveranderingen het beste voorspeld worden (12). Het begrip attitude wordt in het model gedefinieerd als een aangeleerde predispositie om consistent gunstig of ongunstig te reageren op gedrag of op een object (13). De gedragsdeterminant, sociale invloed, geeft de mate weer waarin een persoon wel of niet instemt met de opvattingen van personen uit zijn sociale omgeving (12). Het begrip eigen-effectiviteit betreft de verwachting of overtuiging van een individu in welke mate hij of zij in staat is met succes het gedrag uit te voeren dat nodig is om tot een bepaalde uitkomst te komen (14). Door ervaring en oefening kunnen attitude en eigen-effectiviteit zich ontwikkelen. Externe variabelen (zoals kennis) en socio-demografische variabelen (zoals leeftijd en opleidingsniveau) zijn van invloed op de drie gedragsdeterminanten (12). De gevormde intentie kan zich, beïnvloed door barrières en vaardigheden, uiten in gedrag. In figuur 1 wordt het ASE-model weergegeven.

Probleemstelling

Om het doel van de training 'Vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt' te behalen is een gedragsverandering noodzakelijk. Dit betreft het gebruik van een signaleringssysteem door trainingsdeelnemers in de praktijk. Direct na de training ontbreekt inzicht in de mogelijkheden tot deze gedragsverandering. De attitude en eigen-effectiviteit van trainingsdeelnemers ten aanzien van het signaleringssysteem zijn niet inzichtelijk. Onbekend is wat de invloed is van externe en socio-demografische variabelen op de gedragsdeterminanten, waardoor niet inzichtelijk is in welke mate de attitude en eigen-effectiviteit van trainingsdeelnemers verschillen. Tevens ontbreekt inzicht in de ontwikkeling van de attitude en eigen-effectiviteit (als gevolg van ervaring en oefening met het signaleringssysteem) na de training.

Doel

Het onderzoek is erop gericht inzicht te krijgen in de (ontwikkeling van de) attitude en eigen-effectiviteit van trainingsdeelnemers na de training en in welke mate deze verschillend zijn ten aanzien van de externe en socio-demografische variabelen, waardoor de eventuele noodzaak tot het inzetten van interventies om de attitude en eigen-effectiviteit te optimaliseren wordt aangetoond. Hierdoor wordt een bijdrage geleverd aan het optimaliseren van het gebruik van het signaleringssysteem in de praktijk.

Onderzoeksvragen

Onderzoeksvragen die in dit onderzoek centraal staan zijn:

'In welke mate is er sprake van een positieve attitude en eigen-effectiviteit van deelnemers na de training ten aanzien van het gebruik van het signaleringssysteem bij de herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt?';

'In welke mate zijn deze attitude en eigen-effectiviteit verschillend ten aanzien van externe en socio-demografische variabelen"; en

'In welke mate ontwikkelen deze attitude en eigen-effectiviteit zich na de training?'.

Methode

Een kwantitatief beschrijvend trendonderzoek is uitgevoerd waarbij gegevens zijn verzameld bij twee cohorten zodat de (ontwikkeling van de) attitude en eigen-effectiviteit van alle trainingsdeelnemers binnen de vaststaande dataverzamelingsperiode, januari tot mei 2010, na de training vastgesteld kon worden. Dit kon enkel ná de training vastgesteld worden omdat de training nieuw aan te leren kennis en vaardigheden omvat (9). Omdat voor het kwantitatief meten van mogelijkheden tot gedragsveranderingen na een training in de gezondheidszorg geen standaard instrumenten beschikbaar zijn (15) is een vragenlijst ontwikkeld.

Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit drie delen. In het eerste en tweede deel worden respectievelijk de attitude en eigen-effectiviteit ten aanzien van het gebruik van het signaleringssysteem bij de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt geoperationaliseerd. De items in de attitude- en eigen-effectiviteitsschaal zijn op een 5-punts Likertschaal beantwoord, omdat deze schaal eenvoudig is en veel gebruikt wordt bij het meten van attitudes en eigen-effectiviteit (16,17).

In de attitude worden drie componenten onderscheiden; een cognitieve, affectieve en conatieve component (13). De cognitieve component betreft gedachten en denkbeelden over een object (9). Deze component wordt geoperationaliseerd met stellingen die nagaan of de respondent van mening is dat de intuïtie, danwel de ABCDEF-methode of de SIT-score van grotere waarde is bij de herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt. Bekend is dat het gebruik van methoden bij het herkennen van de vitaal bedreigde patiënt wordt beïnvloed door deze mening (18).

De affectieve component betreft gevoelens (9). Bekend is dat gevoelens van nervositeit, angst en onzekerheid van invloed zijn op het oproepen van de hulp van experts en het herkennen van de vitaal bedreigde patiënt (18). In de vragenlijst zijn items opgenomen die nagaan of het gebruik van de ABCDEF-methode, de SIT-score en de SBAR van invloed zijn op deze gevoelens.

De conatieve component betreft de drang om tot actie over te gaan (9). Deze component is geoperationaliseerd door na te gaan in welke mate men het belangrijk vindt in de volgende dienst gebruik te maken van de methoden uit het signaleringssysteem. Indien op deze items een score van 3 of lager is gegeven, is een respondent uitgenodigd te reageren op de open vraag "Wat is de reden dat u het niet/beperkt eens bent met het belang van het gebruik van de methode(n)?"

In de eigen-effectiviteitsschaal is voor alle afzonderlijke methoden uit het signaleringssysteem de stelling opgenomen die begint met "ik heb er vertrouwen in dat ik..." (16).

In het derde deel van de vragenlijst zijn de externe en socio-demografische variabelen geïnterviewd. Naast geslacht en leeftijd zijn ervaring en opleidingsniveau van de respondent nagegaan omdat deze variabelen invloed hebben op het gebruik van methoden om de vitaal bedreigde patiënt vroegtijdig te herkennen en behandelen (18). Tevens is in dit deel van de vragenlijst de gedragsdeterminant 'sociale invloed' geïnterviewd door na te gaan op welke afdeling men werkzaam is. Deze gedragsdeterminant is dermate complex dat uit pragmatische overwegingen is besloten deze in dit onderzoek niet verder te operationaliseren.

Voorafgaand en nadat de items zijn vastgesteld zijn vier experts op het gebied van onderwijsorganisatie (2), methodieken en technieken (1) en trainingen in de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt (1) betrokken bij de vragenlijstconstructie. De bruikbaarheid van de vragenlijst is getest door gedurende een week de vragenlijst door trainingsdeelnemers in te laten vullen. Naar aanleiding van deze proefafname zijn item 5 en 6 toegevoegd. De vragenlijst is opgenomen in de appendix (II).

Dataverzameling

Alle trainingsdeelnemers zijn uitgenodigd voor het onderzoek, waardoor er sprake is van een 100% gelegenheidssteekproef (19). De attitude en eigen-effectiviteit zijn direct na de training vastgesteld (T1) door trainingsdeelnemers uit de periode januari tot mei (cohort A) aan het einde van de trainingsdag te benaderen (n = 308). Metingen een maand na de training (T2) zijn verricht door trainingsdeelnemers uit de periode november tot en met december (cohort B) in januari persoonlijk of via de interne post te benaderen (n = 113). De respondenten uit dit cohort die de vragenlijst binnen drie weken retourneerden hebben in maart, 3 maanden na de training (T3), wederom het verzoek gekregen de vragenlijst in te vullen. Door middel van een persoonlijke code zijn de metingen op T2 en T3 met elkaar in verband gebracht. Om anonimiteit te garanderen zijn de ingevulde vragenlijsten en het overzicht van de persoonlijke codes na afloop van het onderzoek vernietigd. Om de respons te optimaliseren hebben de respondenten schriftelijke en mondelinge herinneringen ontvangen. Alle respondenten hebben de vragenlijst op basis van informed consent ingevuld en gaven toestemming voor het gebruik van de gegevens door de vragenlijst te retourneren (19). Doordat het onderzoek niet experimenteel is en is uitgevoerd op anonieme en vrijwillige basis was toetsing door de medisch-ethische toetsingscommissie niet noodzakelijk (20).

Statistische bewerkingen

Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van het programma SPSS versie 17.0. De vragenlijsten zijn handmatig in SPSS ingevoerd en uit een herhaalde invoer van 25% van de vragenlijsten, is 100% nauwkeurigheid van de invoer gebleken.

Factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse

Om na te gaan of er sprake is van een homogene attitude- en eigen-effectiviteitsschaal is een factoranalyse met oblique rotatie uitgevoerd. In de factoranalyse is een onderzoekseenheid niet opgenomen indien er sprake was van één of meer ontbrekende waarden. Een factoranalyse kon zonder bezwaar uitgevoerd worden, omdat voor de attitude- en de eigen-effectiviteitsschaal de waarden op het Kaiser-Meyer-Olkin criterium respectievelijk 0,839 en 0,828 zijn en er voor beide schalen sprake is van een significante Bartlett's Test of Sphericity met $p = .000$. Tevens is aangenomen dat 321 respondenten voldoende zijn om een factoranalyse uit te mogen voeren (19). Op basis van het afkappunt van een eigenvalue van 1,00 kon worden vastgesteld dat er sprake was van één factor in de eigen-effectiviteitsschaal. Cronbach's alpha van de eigen-effectiviteitsschaal was 0,894 waarbij het verwijderen van items niet tot een hogere waarde leidde.

Binnen de attitudeschaal werd met het opnemen van vier factoren voldaan aan het criterium dat het afkappunt ligt bij een eigenvalue van 1,00. De verschillende componenten die in een attitude kunnen worden onderscheiden maakten een interpretatie van de vier factoren mogelijk. Items met een hoge lading op de tweede en vierde factor betroffen items die respectievelijk de conatieve en cognitieve component van de attitude meten. Items met een hoge lading op de eerste en derde factor betroffen items die de affectieve attitude meten. Enkel item 7 heeft op geen van de factoren een hoge lading en zou op basis hiervan verwijderd kunnen worden. In tabel 1 zijn de factorladingen weergegeven.

Cronbach's alpha van de conatieve (items 15, 16, 17, 18), cognitieve (1, 2, 3, 4) en affectieve subschaal (items 5, 6, 8 - 14) waren respectievelijk 0,857, 0,639 en 0,862. De intersubscalaalcorrelaties, berekend op grond van de somscores van de drie subschalen, waren alle significant. De samenhang tussen de verschillende subschalen was dermate sterk dat multidimensionaliteit binnen de attitudeschaal wordt uitgesloten. Cronbach's alpha van de gehele attitudeschaal was 0,865, waarbij het verwijderen van items niet leidde tot een sterke toename. Op basis van deze uitkomsten is ervan uitgegaan dat de eigen-effectiviteits- en attitudeschaal één construct meten en individuele somscores berekend konden worden met alle items uit de schaal.

Statistische procedures ter beantwoording van de onderzoeksvragen

Om vast te stellen in welke mate er sprake is van een positieve attitude en eigen-effectiviteit van trainingsdeelnemers zijn de somscores op alle meetmomenten vergeleken met een theoretisch gemiddelde. Dit gemiddelde betreft de somscore indien alle items op de subschaal met 'neutraal' zijn beantwoord en voor de attitude- en eigen-effectiviteitsschaal is dit respectievelijk 54 en 18.

Om groepen met elkaar te vergelijken zijn Mann-Whitney en Kruskal-Wallis toetsen uitgevoerd en zijn de variabelen 'leeftijd' en 'ervaring (in een algemeen ziekenhuis)' in vijf categorieën van ongeveer gelijke grootte onderverdeeld, omdat Q-Q-plots en Kolmogorov-Smirnov toetsen toonden dat de uitkomstvariabelen attitude en eigen-effectiviteit en deze socio-demografische gegevens niet normaal verdeeld waren. Voor het vergelijken van groepen is de minimale groepsomvang bepaald door middel van een gekozen power en effectsize. Uitgegaan is van kleine waarden zoals gebruikelijk is bij onderzoeken van psychosociale aard (19). Bij een power en effectsize van 0,6 en een alpha van 0,05 is een minimale steekproefgrootte van 27 vereist. Ten aanzien van de variabelen 'afdeling waarop men werkzaam is' en 'verpleegkundige vervolgopleiding' werd deze minimale groepsomvang niet bereikt, daar het aantal respondenten per groep voor deze variabelen respectievelijk varieerde tussen 1-29 en 1-27. Voor beide variabelen zijn betekenisvolle groepen van ongeveer gelijke grootte gecreëerd door respondenten te onderscheiden op basis van de divisie en locatie waar men werkt en of men wel of geen verpleegkundige vervolgopleiding heeft afgerond.

Resultaten

De vragenlijst is op meting T1, T2 en T3 respectievelijk door 309, 63 en 39 respondenten ingevuld. In tabel 2 zijn de responspercentages op de meetmomenten weergegeven. Tussen cohort A en B was er enkel een significant verschil ten aanzien van het aantal respondenten per locatie. De demografische gegevens en het percentage ontbrekende waarden van de gehele onderzoekspopulatie zijn in tabel 3 weergegeven.

De gemiddelde individuele somscores op de attitude- en eigen-effectiviteitsschaal waren op alle meetmomenten significant hoger dan het theoretisch gemiddelde. De uitkomsten van deze t-toetsen voor één steekproef zijn in tabel 4 weergegeven.

De individuele somscores op de attitudeschaal verschilden enkel significant ten aanzien van 'functie' en 'opleidingniveau'. De attitude van seniorverpleegkundigen ten aanzien van alle andere groepen was significant lager. De attitude van respondenten zonder verpleegkundige opleiding ten aanzien van alle andere groepen was significant hoger. In tabel 5 en 6 zijn de resultaten van deze toetsen weergegeven. Ten aanzien van de gemiddelde individuele somscore op de eigen-effectiviteitsschaal bleken er enkel significante verschillen te bestaan ten aanzien van 'verpleegkundige vervolgopleiding' en 'functie'. Deelnemers met een afgeronde verpleegkundige vervolgopleiding en gespecialiseerd- en seniorverpleegkundigen hadden een significant hogere gemiddelde individuele somscore. De resultaten van de toetsen die de verschillen tussen de functies aantoonde zijn weergegeven in tabel 7.

Een significant verschil ten aanzien van de attitude tussen T1 (195,65) en T2 (130,23) ($p = .000$) werd aangetoond. Een Wilcoxon-toets toonde dat de attitude tussen T2 en T3 van 17 respondenten was afgenomen, van 7 respondenten was toegenomen en van 14 respondenten gelijk was gebleven. Er was sprake van een significant verschil ($p = .012$). Ten aanzien van de eigen-effectiviteit was er een significant verschil tussen T1 (176,69) en T2 (221,62) ($p = .001$) en geen significant verschil tussen T2 en T3 ($p = .871$). Tussen T2 en T3 was de eigen-effectiviteit van 10 respondenten afgenomen, van 9 respondenten toegenomen en van 20 respondenten gelijk gebleven.

Respons open vraag

In totaal hebben op meting T1, T2 en T3 respectievelijk 33 (10,7%), 18 (28,6%) en 21 (53,8%) respondenten gereageerd op de open vraag. Vijftien respondenten gaven aan dat de methoden tijdrovend zijn bij preventief gebruik. De beperkte relevantie van de SIT-score bij specifieke patiëntencategorieën werd door twaalf respondenten genoemd. Negen respondenten gaven aan dat de SBAR een "handige geheugensteun" is, maar niet in een andere communicatiewijze resulteert, omdat de principes al toegepast werden. Door vier respondenten werd de zorg uitgesproken dat de toepassing van de methoden resulteert in een beperking van de klinische blik. Een beperkte aandacht ten aanzien van de specifieke omstandigheden op de afdeling en de wijze waarop het signaleringssysteem geïmplementeerd moet worden werd door vier respondenten genoemd.

Discussie

De attitude en eigen-effectiviteit van trainingsdeelnemers ten aanzien van het gebruik van het signaleringssysteem bij de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt was na de training op alle meetmomenten significant hoger dan een theoretisch gemiddelde.

Deelnemers lijken dus positief ten opzichte van het systeem te staan en hebben vertrouwen in hun eigen capaciteiten het systeem toe te passen. In Engeland is na een vergelijkbare training eveneens een positieve attitude en hoge mate van vertrouwen in de eigen capaciteiten bij zorgverleners aangetoond (21). De resultaten sluiten tevens aan op de uitkomsten van kwalitatieve onderzoeken waarin aanwijzingen naar voren zijn gekomen dat het vertrouwen in de eigen capaciteiten van verpleegkundigen ten aanzien van deze systemen hoog is (7).

Gebleken is dat deelnemers zonder verpleegkundige opleiding een positievere attitude hebben. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat zij het signaleringssysteem als steun ervaren. De behoefte aan ondersteuning van verpleegassistenten bij het signaleren en communiceren van veranderingen in de situatie van een patiënt wordt tevens beschreven in een Amerikaans onderzoek (22).

Seniorverpleegkundigen ervaren het systeem mogelijk als ondermijning van de klinische blik, zoals dit tevens door hen in de respons op de open vragen naar voren is gebracht, waardoor de minder positieve attitude kan worden verklaard.

De hogere scores ten aanzien van de eigen-effectiviteit van respondenten met een verpleegkundige vervolgopleiding en gespecialiseerd- en seniorverpleegkundigen sluiten aan op het ASE-model waarin gesteld wordt dat kennis en ervaring (opgedaan door een (verpleegkundige) vervolgopleiding) het vertrouwen in de eigen capaciteiten bevorderen (12).

De significante afname van de attitude direct na de training in vergelijking met een maand na de training kan mogelijk worden verklaard doordat deelnemers allereerst enthousiast en gemotiveerd zijn het geleerde toe te passen en na verloop van tijd minder positief worden en er sprake is van een beperkt gebruik van het geleerde (9). Het significante verschil zou tevens verklaard kunnen worden doordat twee verschillende groepen met elkaar vergeleken zijn. Uit de meting op T2 en T3, waarbij gebruik is gemaakt van dezelfde respondenten, blijkt tevens een afname van de attitude. Deze afname kan met behulp van het ASE-model verklaard worden door een beperkt gebruik van of slechte ervaringen met het systeem. Ten aanzien van de eigen-effectiviteit is er sprake van een toename tussen T1 en T2. Deze toename zou een aanwijzing kunnen zijn voor het gebruik van de methode in de praktijk. Deze toename zet zich niet voort, er is immers geen sprake van een significant verschil tussen T2 en T3. Een verdere toename van de eigen-effectiviteit lijkt beperkt mogelijk omdat deze op T2 al erg hoog is, waardoor er mogelijk sprake is van een plafond-effect (19). De aanhoudende hoge mate van vertrouwen in de eigen capaciteiten sluit aan op bevindingen in een longitudinaal onderzoek in een Nederlands ziekenhuis naar de effecten van een vergelijkbare eendaagse training (11).

Beperkingen

Dat de attitude en eigen-effectiviteit van trainingsdeelnemers op alle meetmomenten significant hoger was dan een theoretisch gemiddelde is niet onverwacht, omdat de Q-Q-plot en de Kolmogorov-Smirnov toets reeds aantoonde dat deze uitkomstvariabelen niet normaal verdeeld waren. De attitude en eigen-effectiviteit zijn dermate hoog dat er sprake zou kunnen zijn van een antwoordtendens door mogelijk een te stellige formulering.

Ten aanzien van de respons op de verschillende meetmomenten bestaan grote verschillen. Het responspercentage op T2 en T3 is beperkt, zoals kan worden verwacht bij het afnemen van schriftelijke vragenlijsten. Daarnaast moet kritisch gekeken worden naar de mate waarin het afnemen van de vragenlijst in groepsverband de meting op T1 mogelijk heeft beïnvloed. Een analyse van de ontbrekende waarden doet vermoeden dat het tijdstip en de plaats van afname van invloed zijn geweest op de respons. De ontbrekende waarde op de items die attitude en eigen-effectiviteit meten varieerde voor T1 tussen 0,0 en 1,6%, terwijl er op T2 en T3 geen ontbrekende waarden op deze items zijn. De ontbrekende waarden ten aanzien van de demografische gegevens van de respondenten varieerde respectievelijk voor T1 en T2 en T3 tussen 1,0 - 2,6% en 0,0 - 1,6%.

De aangetoonde ontwikkeling en verschillen ten aanzien van de attitude en eigen-effectiviteit zijn beperkt generaliseerbaar doordat ze zijn aangetoond in een monocentrische studie met een instrument waarvan de validiteit verder onderzocht kan worden. De aangetoonde unidimensionaliteit van de attitude- en eigen-effectiviteitsschaal moeten kritisch worden bekeken. De verschillende factoren zijn geïnterpreteerd als de verschillende componenten die in een attitude kunnen worden onderscheiden. De factoranalyse heeft echter het bestaan van twee factoren binnen de affectieve subschaal aangetoond. Daarbij is ervan uitgegaan dat de attitude en eigen-effectiviteit ten aanzien van het signaleringssysteem worden gemeten. Er ontbreekt echter inzicht in welke mate deze varieert ten aanzien van de afzonderlijke methoden uit het signaleringssysteem. Aanwijzingen voor ervaren verschillen bestaan in de kwalitatieve data. Respondenten geven aan dat zij de communicatiemethode SBAR, die bij het oproepen van de arts/SIT gebruikt kan worden, beperkt waardevol vinden.

Conclusies

Deelnemers aan de training 'Vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt' hebben een positieve attitude en een hoge mate van vertrouwen in de eigen capaciteiten ten aanzien van het signaleringssysteem. De attitude neemt onder alle verpleegkundigen na de training af. Seniorverpleegkundigen staan het minst positief ten opzichte van het signaleringssysteem. De eigen-effectiviteit blijft na de training hoog en is minder groot bij trainingsdeelnemers zonder verpleegkundige (vervolg)opleiding.

Aanbevelingen

Aanbevelingen vervolptrainingen

De afname van de attitude en de verschillen die bestaan tussen de trainingsdeelnemers ten aanzien van de attitude en eigen-effectiviteit bepalen dat twee verschillende vervolptrainingen noodzakelijk zijn. Deze noodzaak wordt onderschreven in een recente literatuurstudie waarin wordt gesteld dat een enkele training niet resulteert in complexe gedragsveranderingen en de uitkomsten van evaluatieonderzoek gebruikt moeten worden om vervolptrainingen op maat te maken (23). Ten eerste is een training noodzakelijk die erop gericht is de attitude van seniorverpleegkundigen ten aanzien van het signaleringssysteem te optimaliseren, omdat de attitude van deze groep beperkt is en zij in de organisatie een belangrijke rol hebben bij de implementatie van de nieuwe werkwijze. Een positieve houding ten opzichte van een innovatie is namelijk een voorwaarde voor een succesvolle implementatie (21). In de tweede plaats is een training noodzakelijk voor trainingsdeelnemers zonder verpleegkundige (vervolg)opleiding waarin het oefenen met het signaleringssysteem centraal staat. Oefenen maakt het namelijk mogelijk het lagere vertrouwen in de eigen capaciteiten te optimaliseren (14).

Aanbevelingen vervolgonderzoek

Aanbevolen wordt dit trendonderzoek te vervolgen zodat een ontwikkeling van de attitude en eigen-effectiviteit blijvend inzichtelijk is en vervolptrainingen op maat ontwikkeld kunnen blijven worden. In vervolgonderzoek is aandacht voor de verdere operationalisering van de gedragsdeterminant 'sociale invloed' gewenst, waarbij de relatie tussen de arts en de verpleegkundige kan worden meegenomen, omdat dit eveneens van invloed is op de toepassing van methoden om de vitaal bedreigde patiënt vroegtijdig te herkennen en behandelen (18).

Volgend op deze onderzoeken om de mogelijkheden tot gedragsveranderingen te evalueren wordt onderzoek aanbevolen om het werkelijk gebruik van het signaleringssysteem na te gaan in de praktijk door middel van een kwalitatief observationeel onderzoek (5). Inzicht in de invloed van barrières en vaardigheden is daarbij noodzakelijk om het bestaan of uitblijven van een relatie tussen de gedragsdeterminanten en het gebruik van het signaleringssysteem te verklaren. Aansluitend onderzoek waarin de relatie tussen het gebruik van een signaleringssysteem en de optimalisering van de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt centraal staat voorziet uiteindelijk in een behoefte aan onomstotelijk bewijs voor de effectiviteit van deze systemen.

Implicaties voor de praktijk

Voor alle (Nederlandse) ziekenhuizen is het relevant de (ontwikkeling van de) attitude en eigen-effectiviteit en de verschillen die er kunnen zijn tussen gebruikers van signaleringssystemen te achterhalen om gerichte trainingen aan te kunnen bieden zodat de doelen van dit thema uit het veiligheidsprogramma optimaal behaald kunnen worden.

Referenties

- (1) Wagner C, Struben V. Op weg naar het veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Utrecht: NIVEL 2007.
- (2) VMSveiligheidsprogramma. 2010; Available at: <http://www.vmszorg.nl/Over-het-programma>. Accessed 06/18, 2010.
- (3) VMSZorg. Praktijkgids vitaal bedreigde patiënt. 2008; Available at: http://vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/Vitaal/20090100_praktijkgids_vitaalbedreigdpatient.pdf. Accessed 10/01, 2009.
- (4) DeVita M, Schaefer J, Lutz J, Wang H, Dongilli T. Improving medical emergency team (MET) performance using a novel curriculum and a computerized human patient simulator. *Br.Med.J.* 2005;14(5):326-331.
- (5) McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD005529. DOI: 10.1002/14651858.CD005529.pub2
- (6) Rensen, P. & Schrier, J. Syllabus Vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt. 2009.
- (7) Endacott R, Elliott S, Chaboyer W. An integrative review and meta-synthesis of the scope and impact of intensive care liaison and outreach services. *J.Clin.Nurs.* 2009;18(23):3225-3236.
- (8) Inspectie voor de gezondheidszorg. Jaarbeeld 2009, met hart en ziel werken aan krachtig toezicht. 2010.
- (9) Kirkpatrick DL. Evaluating training programs: The four levels. : Berrett-Koehler; 1998.
- (10) Arthur W, Bennett W, Edens PS, Bell ST. Effectiveness of training in organizations: A meta-analysis of design and evaluation features. *J.Appl.Psychol.* 2003;88(2):234-244.
- (11) Turner N, Cate TJ. Evaluation of the effects of the Advanced Paediatric Life-Support course. 2008.
- (12) Sassen B. Gezondheidsvoorlichting en preventie, leidraad voor verpleegkundigen. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg; 2004.
- (13) Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. : Prentice-Hall; 1980.
- (14) Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Understanding and changing health behaviour: From health beliefs to self-regulation 2000:299-339.
- (15) Attree M. Evaluating healthcare education: Issues and methods. *Nurse Education in Practice* 2006;6(6):332-338.
- (16) Bijl JV, Poelgeest-Eeltink AV, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J.Adv.Nurs.* 1999 Aug;30(2):352-359.
- (17) van der Pligt J, de Vries N. Opinions en attitudes: meting, modellen en theorie. : Uitgeverij Boom; 1995.
- (18) Odell M, Victor C, Oliver D. Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *J.Adv.Nurs.* 2009;65(10):1992-2006.
- (19) Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed.: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

(20) CCMO. Available at: <http://www.ccmo-online.nl/main.asp?pid=10&sid=30&ssid=51>. Accessed 11-14, 2009.

(21) Featherstone P, Smith GB, Linnell M, Easton S, Osgood VM. Impact of a one-day inter-professional course (ALERT (TM)) on attitudes and confidence in managing critically ill adult patients. *Resuscitation* 2005;65(3):329-336.

(22) Twedell D, Donahue M, Smith L, Dykes P, Fitzpatrick JJ. The EMPOWER project: an initiative to educate and mentor paraprofessional staff. *J.Contin.Educ.Nurs.* 2009 Nov;40(11):487-488.

(23) Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2

Samenvatting

Inleiding: Om de vroegtijdige herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt te optimaliseren is in een perifeer opleidingsziekenhuis een training ontwikkeld waarin deelnemers gebruik leren maken van een signaleringssysteem.

Doel: Het onderzoek is erop gericht inzicht te geven in de (ontwikkeling van de) attitude en eigen-effectiviteit van deelnemers na de training ten aanzien van dit signaleringssysteem en in welke mate deze verschillend zijn ten aanzien van geslacht, leeftijd, werkplek, ervaring, functie en opleidingsniveau.

Methode: Door middel van een kwantitatief beschrijvend trendonderzoek zijn gegevens verzameld direct na de training (T1), een maand (T2) en drie maanden (T3) na de training bij twee cohorten met een voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst. Door middel van een factoranalyse is een unidimensionele en interne consistente attitude- en eigen-effectiviteitsschaal aangetoond. Om groepen te vergelijken zijn Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis toetsen gebruikt.

Resultaten: De gemiddelde individuele somscores zijn op alle meetmomenten significant hoger dan een theoretisch gemiddelde. De attitude en eigen-effectiviteit verschillen significant respectievelijk ten aanzien van 'functie' en 'opleidingsniveau' en 'functie' en 'verpleegkundige vervolgopleiding'. Een significante afname van de attitude tussen T1, T2 en T3 werd aangetoond, tussen T1 en T2 ten aanzien van de eigen-effectiviteit.

Conclusies: Respondenten hadden een positieve attitude en een hoge mate van vertrouwen in de eigen capaciteiten ten aanzien van het signaleringssysteem welke na de training afnamen. De attitude van seniorverpleegkundigen en de eigen-effectiviteit van verpleegkundigen zonder verpleegkundige (vervolg)opleiding zijn significant lager.

Aanbevelingen: Twee verschillende vervolgotrainingen worden aanbevolen; een training gericht op het optimaliseren van 1) de attitude van seniorverpleegkundigen en 2) de eigen-effectiviteit van verpleegkundigen zonder verpleegkundige (vervolg)opleiding. Aanbevolen wordt dit trendonderzoek te continueren en de resultaten te gebruiken bij het ontwikkelen van specifieke trainingen waardoor het gebruik van signaleringssystemen in alle (Nederlandse) ziekenhuizen geoptimaliseerd wordt.

Trefwoorden: veiligheidsprogramma, training, attitude, eigen-effectiviteit, signaleringssysteem.

Abstract

Introduction: To optimize the early identification and treatment of patients at risk of physically deterioration on the ward a training was developed in a peripheral teaching hospital, in which participants learn to make use of a signaling system.

Aim: To determine the (development of) attitude and self-efficacy of training participants regarding the signaling system and to what extent they differ in terms of sex, age, workplace, experience, function and education.

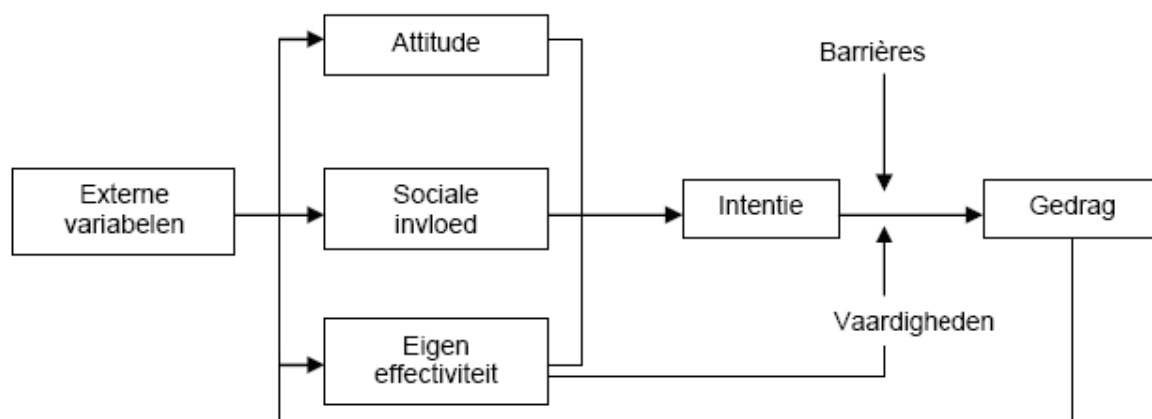
Method: A quantitative descriptive trend research was performed. Data was collected using a questionnaire developed for this study in two cohorts. One cohort completed the questionnaire immediately after the training (T1), the other cohort completed the questionnaire one month (T2) and three months (T3) after the training. A factor analysis demonstrated that the attitude- and the self-efficacy subscales were one-dimensional and internally consistent. To compare groups, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used.

Results: The average individual sum scores at all measurement times were significantly higher than an theoretical average. The attitude differed significantly with respect to 'function' and 'education'. Self-efficacy differed significantly with respect to 'function' and 'nurse continuation schooling'. A significant decrease in attitude was demonstrated between T1, T2 and T3 and T1 and T2 with regard to self-efficacy.

Conclusions: Respondents demonstrated a positive attitude and a high degree of self-efficacy regarding the signaling system which decreased after the training. The attitude of senior nurses and the self-efficacy of nurses without further education and student nurses were significant lower.

Recommendations: Based on the differences in attitude and self-efficacy between training participants the need for two different subsequent trainings is demonstrated; a training aimed at optimizing 1) the attitudes of senior nurses and 2) the self-efficacy of nurses without further education and student nurses. It is recommended to continue this trend research and to use the findings to develop specific trainings to optimize the use of signaling systems in all (Dutch) hospitals.

Keywords: safety program, training, attitude, self-efficacy, signaling system.

Tabellen en figuren**Figuur 1****ASE-model**

Bron: Sassen B. Gezondheidsvoorlichting en preventie, leidraad voor verpleegkundigen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2004.

Tabel 1

Factorladingen

	Factor			
	1	2	3	4
Door de SBAR te gebruiken voel ik mij zekerder in de communicatie met de arts over de patiënt	,787			
Door de methode en hulpmiddelen te gebruiken ben ik minder nerveus om mijn bevindingen over de patiënt over te brengen aan de arts	,777			
In contact met de arts ben ik minder angstig om mijn oordeel over de patiënt duidelijk te maken door de methode en hulpmiddelen te gebruiken	,697			
Ik ervaar ondersteuning van de SBAR bij de communicatie met de arts over de patiënt	,628			-,170
Ik vind het belangrijk dat ik in mijn volgende dienst gebruik maak van de ABCDEF-methode bij het behandelen van de patiënt		,810		
Ik vind het belangrijk dat ik in mijn volgende dienst gebruik maak van de ABCDEF-methode bij het beoordelen van de patiënt		,787		
Ik vind het belangrijk dat ik in mijn volgende dienst gebruik maak van de SIT-score bij het vaststellen van mijn oordeel over de patiënt		,774		
Ik vind het belangrijk dat ik in mijn volgende dienst gebruik maak van de SBAR bij de communicatie met de arts over de patiënt	,398	,565		
Mijn eigen intuïtie is belangrijker bij de zorg aan patiënten dan het gebruik van de ABCDEF-methode, de SIT-score en de SBAR			,668	,141
Bij het beoordelen van een patiënt is mijn ervaring als verpleegkundige belangrijker dan de ABCDEF-methode	,107		,665	
Ik ga enkele af op mijn 'niet-pluis gevoel'; dist is belangrijker dan de beoordeling van de patiënt met de ABCDEF-methode	-,101		,401	-,179
Als ik een paar dagen achter elkaar voor een patiënt zorg merk ik zelf wel dat een patiënt achteruitgaat, de ABCDEF-methode voegt daaraan niets toe			,399	-,189
Door het afnemen van de SIT-score voel ik mij gesteund bij de zorg aan de patiënt	,142			-,672
Het afnemen van de SIT-score zorgt dat ik mij zekerder voel	,188			-,647
Het toepassen van de ABCDEF-methode geeft mij een zeker gevoel bij het beoordelen van de vitaal bedreigde patiënt				-,628
Het toepassen van de ABCDEF-methode geeft mij een zeker gevoel bij het behandelen van de vitaal bedreigde patiënt				-,611
Het afnemen van de SIT-score maakt de zorg veiliger				-,547
Bij het consulteren van de arts is de vastgestelde SIT-score belangrijker dan mijn intuïtieve beoordeling van de patiënt			,105	-,262

Tabel 2
Responspercentage meetmomenten

Meetmomenten	Populatie	Aantal respondenten N (%)
T1 (direct na de training)	337	309 (91,7)
T2 (1 tot 2 maanden na de training)	113	63 (55,8)
T3 (3 tot 4 maanden na de training)	63	39 (61,9)

Tabel 3
Demografische gegevens en ontbrekende waarden onderzoekspopulatie

	Ontbrekende waarden	N (%)										
Geslacht Vrouw Man	0,8%	331 (88,7) 39 (10,5)										
Leeftijd <25 25-30 30-40 40-50 >50	2,4%	89 (23,9) 70 (18,8) 78 (20,9) 85 (22,8) 42 (11,3)										
Divisie waarin men werkzaam is Beschouwend Snijdend Behandelend Divers	1,9 %	158 (42,2) 118 (31,6) 83 (22,3) 7 (1,9)										
Locatie waarop men werkzaam is AH WZ	1,6%	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Cohort A</td> <td>Cohort B</td> </tr> <tr> <td>117 (34,0)</td> <td>29,1</td> <td>57,8</td> </tr> <tr> <td>240 (64,3)</td> <td>68,9</td> <td>42,2</td> </tr> </table>			Cohort A	Cohort B	117 (34,0)	29,1	57,8	240 (64,3)	68,9	42,2
	Cohort A	Cohort B										
117 (34,0)	29,1	57,8										
240 (64,3)	68,9	42,2										
Functie Verpleegkundige Gesp. verpleegkundige Senior verpleegkundige Leerling MBO-V Leerling HBO-V Anders	0,8 %	203 (54,4) 81 (21,7) 22 (5,9) 30 (8,0) 19 (5,1) 15 (4,0)										
Opleidingsniveau MBO-V HBO-V Inservice-A Geen	1,9 %	139 (37,3) 70 (18,8) 95 (25,5) 62 (16,6)										
VVO Geen Wel	0,8 %	283 (75,9) 87 (23,3)										
Aantal jaren werkzaam als gediplomeerd verpleegkundige <1 1-5 5-10 10-20 >20	1,6 %	108 (29,0) 68 (18,2) 64 (17,2) 62 (16,6) 65 (17,4)										
Aantal jaren werkzaam als gediplomeerd verpleegkundige in een alg. ziekenhuis <1 1-5 5-10 10-20 >20	1,9 %	113 (30,3) 72 (19,3) 66 (17,7) 61 (16,4) 54 (14,5)										

Tabel 4
T-toetsen voor één steekproef

	Theoretische range gemiddelde	T1 range gem.	Sig. (2-zijdig)	T2 range gem.	Sig. (2-zijdig)	T3 range gem.	Sig. (2-zijdig)
Attitude	18-90 54	49-89 69,99	,00	45-82 65,8	,00	51-75 64,9	,00
Eigen-effectiviteit	6-30 18	18-30 25,3	,00	22-30 26,5	,00	21-30 26,4	,00

Tabel 5
Post Hoc Kruskal-Wallis Toets tbv inzicht in verschillen ten aanzien van attitude tussen respondenten met verschillende functies dmv Mann-Whitney toetsen

	Verpleegkundige	Gespecialiseerd verpleegkundige	Leerling MBO	Leerling HBO	Senior verpleegkundige
Verpleegkundige		.639	.152	.045	.051
Gespecialiseerd verpleegkundige			.263	.114	.032
Leerling MBO				.599	.013
Leerling HBO					.004
Senior verpleegkundige					

Tabel 6
Post Hoc Kruskal-Wallis Toets tbv inzicht in verschillen ten aanzien van attitude tussen respondenten met verschillende opleidingsniveaus dmv Mann-Whitney toetsen

	Geen verpleegkundige opleiding	MBO-V	HBO-V	Inservice A
Geen verpleegkundige opleiding		.021	.022	.012
MBO-V			.821	.568
HBO-V				.743
Inservice A				

Tabel 7
Post Hoc Kruskal-Wallis Toets tbv inzicht in verschillen ten aanzien van eigen-effectiviteit tussen respondenten met verschillende functies dmv Mann-Whitney toetsen

	Verpleegkundige	Gespecialiseerd verpleegkundige	Leerling MBO	Leerling HBO	Senior verpleegkundige
Verpleegkundige		.013	.315	.240	.049
Gespecialiseerd verpleegkundige			.611	.032	.574
Leerling MBO				.161	.400
Leerling HBO					.037
Senior verpleegkundige					

Appendix I

Scorekaartje

Patiënt scoort 3 punten of meer -> Bel arts assistent!
 Arts assistent beoordeelt de patiënt en overlegt met hoofdbehandelaar en heeft binnen 30 minuten een behandel plan.
 Arts assistent / hoofdbehandelaar beoordeelt of hulp / advies van het SIT nodig is.
 Pieper SIT 81090 (arts assistent IC) of 81444 (verpleegkundige) in WZ.
 Pieper SIT 88707 (arts assistent IC) of 88549 (verpleegkundige) in AH.

SCORE	3	2	1	0	1	2	3
Ademfrequentie		<9		9-14	15-20	21-30	>30
Saturatie met zuurstof <90%					<90% met zuurstof		
Hartfrequentie		<40	40-50	51-100	101-110	111-130	>130
Syst. bloeddruk	<70	70-80	81-100	101-200		>200	
Urine productie					<75ml/ 4uur		
Bewustzijn Reageert op -->				A alert	V aanspreken	P pijn	U niet
Temperatuur		<35,1	35,1-36,5	36,6-37,5	>37,5		
Ongerustheid					Niet plus		

Appendix II**Vragenlijst**

		Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens
1	Mijn eigen intuïtie is belangrijker bij de zorg aan patiënten dan het gebruik van de ABCDEF-methode, de SIT-score en de SBAR	1	2	3	4	5
2	Bij het beoordelen van een patiënt is mijn ervaring als verpleegkundige belangrijker dan de ABCDEF-methode	1	2	3	4	5
3	Ik ga enkel af op mijn "niet-pluis gevoel"; dit is belangrijker dan de beoordeling van de patiënt met de ABCDEF-methode	1	2	3	4	5
4	Als ik een paar dagen achter elkaar voor een patiënt zorg merk ik zelf wel dat een patiënt achteruitgaat, de ABCDEF-methode voegt daaraan niets toe	1	2	3	4	5
5	Het toepassen van de ABCDEF-methode geeft mij een zeker gevoel bij het <i>beoordelen</i> van de vitaal bedreigde patiënt	1	2	3	4	5
6	Het toepassen van de ABCDEF-methode geeft mij een zeker gevoel bij het <i>behandelen</i> van de vitaal bedreigde patiënt	1	2	3	4	5
7	Bij het consulteren van de arts is de vastgestelde SIT-score belangrijker dan mijn intuïtieve beoordeling van de patiënt	1	2	3	4	5
8	Het afnemen van de SIT-score maakt de zorg veiliger	1	2	3	4	5
9	Door het afnemen van de SIT-score voel ik mij gesteund bij de zorg aan de patiënt	1	2	3	4	5
10	Het afnemen van de SIT-score zorgt dat ik mij zekerder voel in het herkennen van de vitaal bedreigde patiënt	1	2	3	4	5
11	Ik ervaar ondersteuning van de SBAR bij de communicatie met de arts over de patiënt	1	2	3	4	5
12	Door de SBAR te gebruiken voel ik mij zekerder in de communicatie met de arts over de patiënt	1	2	3	4	5
13	Door de methode en hulpmiddelen te gebruiken ben ik minder nerveus om mijn bevindingen over de patiënt over te brengen aan de arts	1	2	3	4	5
14	In contact met de arts ben ik minder angstig om mijn oordeel over de patiënt duidelijk te maken door de methode en hulpmiddelen te gebruiken	1	2	3	4	5

	<u>Ik vind het belangrijk dat ik in mijn volgende dienst gebruik maak van:</u>	Zeer mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Zeer mee eens
15	de ABCDEF-methode bij het beoordelen van de patiënt	1	2	3	4	5
16	de ABCDEF-methode bij het behandelen van de patiënt	1	2	3	4	5
17	de SIT-score bij het vaststellen van mijn oordeel over de patiënt	1	2	3	4	5
18	de SBAR bij de communicatie met de arts over de patiënt	1	2	3	4	5

Heeft u bij één of meerdere van deze laatste vier vragen een score van 3 of lager gegeven?

Indien ja:

Wat is de reden dat u het niet/beperkt eens bent met het belang van het gebruik van de methode of het hulpmiddel?

15.
16.
17.
18.

	<u>Ik heb er vertrouwen in dat ik:</u>	Nee absoluut niet	Niet	Neutraal	Wel	Ja absoluut wel
19	de vitaal bedreigde patiënt kan herkennen	1	2	3	4	5
20	de benodigde verpleegkundige interventies in kan zetten bij de vitaal bedreigde patiënt	1	2	3	4	5
21	de ABCDEF-methode kan toepassen bij het beoordelen van de patiënt	1	2	3	4	5
22	de ABCDEF-methode kan toepassen bij het behandelen van de patiënt	1	2	3	4	5
23	de SIT-score kan bepalen van de patiënt	1	2	3	4	5
24	mijn oordeel van de patiënt kan overbrengen aan de arts door gebruik te maken van de SBAR	1	2	3	4	5

1. Ik ben: man vrouw

2. Mijn leeftijd: ... jaar

3. Ik ben (voornamelijk) werkzaam op: (één afdeling aankruisen)

Antoniushove, afdeling:

1 2 6 7 8

9 10 11 Endoscopie

Westeinde Ziekenhuis, afdeling:

C5 C6A C6B C7A C7B

C8 C9 C11 C12 C13A

C13B Endoscopie Dialyse

4. Ik ben werkzaam als: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Algemeen verpleegkundige
- Gespecialiseerd verpleegkundige, namelijk;
- Senior verpleegkundige
- Leerling MBO-V (indien je leerling bent is dit de laatste vraag van de vragenlijst)
- Leerling HBO-V (indien je leerling bent is dit de laatste vraag van de vragenlijst)
- Anders, namelijk;

5. Verpleegkundige (vervolg)opleiding(en) die ik heb afgerond: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- MBO-V
- HBO-V
- Inservice-A
- Anders, namelijk;

6. Het aantal jaren dat ik werkzaam ben als gediplomeerd verpleegkundige: ... jaren

7. Het aantal jaren dat ik werkzaam ben als gediplomeerd verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis: ... jaren