

Psychometrische kwaliteiten van de Hospital Ethical Climate Survey: een cross-sectionele studie bij Belgische psychiatrische verpleegkundigen¹

M. CLAEYS, A. FAELENS, B.G.C. SABBE, D. SCHRIJVERS, B. DIERCKX DE CASTERLÉ, P. LUYTEN

- ACHTERGROND** De complexe zorgsituatie bij het verplegen van psychiatrische patiënten maakt dat verpleegkundigen voortdurend voor ethische dilemma's komen te staan. Het ethische klimaat op een afdeling is hierbij van groot belang. Deze studie is de eerste naar dit ethisch klimaat in de psychiatrie.
- DOEL** Onderzoeken of de enige vragenlijst die het ethisch klimaat in algemene ziekenhuizen meet, de Hospital Ethical Climate Survey (HECS), een valide en betrouwbaar instrument is voor de psychiatrie.
- METHODE** Cross-sectioneel onderzoek, uitgevoerd in een psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen. Alle 320 verpleegkundigen werden uitgenodigd om deel te nemen, met een respons van 265. De factorstructuur van de HECS werd nagegaan via exploratieve principaalcomponentenanalyse (PCA) en confirmatorische factoranalyse (CFA). De betrouwbaarheid van de verkregen subschalen werd onderzocht.
- RESULTATEN** Vijf factoren werden geïdentificeerd, waarbij de gevonden factorstructuur van de vertaalde HECS grotendeels overeenkwam met die van het originele instrument en met de onderliggende theoretische basis. Door de toegevoegde items over paramedici werd de dimensie 'verhouding met arts' uitgebreid naar 'verhouding met andere disciplines'.
- CONCLUSIE** De betrouwbaarheid van het instrument bleek goed en was vergelijkbaar met die in vroeger onderzoek in de somatische gezondheidszorg. De onderzochte setting had significant betere scores voor ethisch klimaat dan eerder onderzochte settings.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)12, 778-787

TREFWOORDEN ethisch klimaat, psychiatrie, psychometrische kwaliteiten, verpleegkunde,



ARTIKEL



De complexe zorgsituatie bij het verplegen en begeleiden van psychiatrische patiënten maakt dat verpleegkundigen voortdurend te maken krijgen met ethische problemen en dilemma's (Lind e.a. 2004; Sturm 2004). Hierbij gaat het niet alleen om opvallende ethische problemen zoals euthanasie of gedwongen opname. Het zijn vooral dagelijkse situaties zoals te weinig privacy, toezicht op medicatie of hygiëne, die verpleegkundigen als problematisch en stresserend ervaren (Bloemhoff 2002).

Hoewel deze ethische zorgproblemen en moeilijkheden om hiermee om te gaan zich vaak voordoen, is er tot op heden weinig onderzoek gedaan naar de ethische zorgcontext waarin verpleegkundigen werken. Deze arbeidscontext kan het bespreken van deze problemen bevorderen, maar ook bemoeilijken. Verder onderzoek naar het ethisch klimaat zou waardevolle informatie kunnen leveren bij het in kaart brengen van deze problematiek.

Definities

Het ethisch klimaat kan gedefinieerd worden als ‘de organisatorische voorwaarden en praktijken die een invloed hebben op discussie en besluitvorming met betrekking tot moeilijke zorgproblemen met ethische implicaties’ (Hart 2005; Olson 1998). Dit ethisch klimaat is één onderdeel van de organisatorische context waarin verpleegkundigen werken.

Het concept ‘ethisch klimaat’ is gebaseerd op twee theoretische modellen. De theorie van Schneider (1990) beschrijft het organisatieklimaat als ‘de individuele percepties van de werknemer over de organisatie die de attitudes en het gedrag van de werknemer beïnvloeden, en als referentiekader voor zichzelf dienen’. De theorie van Brown (1990) stelt dat de organisatorische condities om werknemers te engageren voor ethische reflectie, gebaseerd zijn op de aanwezigheid van vijf basisvoorwaarden: recht op informatie, mogelijkheid om van mening te verschillen, opvattingen kunnen wijzigen tijdens overleg, bevraging en debat worden aangemoedigd en alle relevante groepen zijn betrokken bij de besluitvorming.

Beide modellen zijn de basis voor de ontwikkeling van het Amerikaans meetinstrument *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) door Olson (1998). Het originele instrument bestaat uit 26 vragen onderverdeeld in vijf dimensies: de relatie van de verpleegkundige met 1. artsen, 2. hoofdverpleegkundige, 3. collega-verpleegkundigen, 4. patiënten en 5. de instelling.

De relatie met artsen handelt voornamelijk over respect voor en vertrouwen in de arts en betrokkenheid bij het klinisch beslissingsproces. De relatie met de hoofdverpleegkundige gaat niet enkel over vertrouwen en respect, maar ook over ondersteuning. Bij de relatie met collega’s is het belangrijk dat men kan rekenen op zijn of haar collega’s en dat zij bekwaam geacht worden. De relatie verpleegkundige-patiënt betreft het geven van informatie over de te verwachten zorg en respect voor wensen van de patiënt. Ten slotte gaat de relatie met de instelling over ondersteuning vanuit ziekenhuisrichtlijnen en procedures en een duidelijk beeld van de ziekenhuismissie.

Vroeger onderzoek

Het concept ‘ethisch klimaat’ werd reeds onderzocht in verscheidene algemene ziekenhuizen, maar tot op heden is nog geen onderzoek verricht in een psychiatrische setting.

In vroeger onderzoek werd met de HECS aangetoond dat een positief ethisch klimaat een belangrijke steun kan betekenen voor verpleegkundigen bij hun ethische praktijkvoering (Ulrich e.a. 2007). Er werd aangetoond dat lagere scores op ethisch klimaat correleerden met hogere scores voor ethische stress, wat wil zeggen dat men zich machteloos en overspoeld voelt tijdens de dagelijkse praktijk. Een

AUTEURS

MARLEEN CLAEYS, master verpleeg- en vroedkunde, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertushuis, Duffel.

ASTRID FAELENS, master verpleeg- en vroedkunde, UPC UZLeuven-Kortenberg.

BERNARD SABBE, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen en Vrije universiteit Brussel; coördinator CAPRI (Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute); stagemeester psychiatrie PC Sint-Norbertus, Duffel.

DIDIER SCHRIJVERS, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertushuis, Duffel, Universiteit Antwerp, Faculty of Medicine and Health Sciences, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Antwerpen.

BERNADETTE DIERCKX DE CASTERLÉ, hoogleraar Nursing Ethics, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Faculteit Geneeskunde, KU Leuven.

PATRICK LUYTEN, hoogleraar Klinische Psychologie, Faculteit Psychologie and Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven; tevens: senior lecturer, Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London.

CORRESPONDENTIEADRES

Astrid Faelens, master verpleeg- en vroedkunde, UPC UZLeuven-Kortenberg, Binkomstraat 2, 3210 Lubbeek, België.

E-mail: astridfaelens@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-5-2014.

ondersteunend ethisch klimaat toont een positief verband met arbeidstevredenheid en een negatieve relatie met de intentie van verpleegkundigen om elders te gaan werken, wat ook werd aangetoond in vroeger onderzoek in algemene ziekenhuizen.

Doelstelling

Wij onderzochten in de eerste plaats of het enige bestaande instrument, de HECS, een valide en betrouwbaar instrument is om het ethisch klimaat te meten in een psychiatrische werksetting. Hierbij werden de vijf dimensies afzonderlijk beschreven. Voorzover ons bekend, werd deze onderzoeksvraag tot op heden niet eerder onderzocht.

Gebruikmakend van principale componentenanalyse (PCA) en confirmatorische factoranalyse (CFA) werd de factorstructuur van de HECS in deze steekproef onderzocht. Vervolgens werden taal- en inhoudvaliditeit en conver-

gente validiteit van de aangepaste HECs onderzocht. Daarna werd de betrouwbaarheid van de aldus verkregen subschalen onderzocht. Als laatste werd de perceptie van verpleegkundigen omtrent het ethisch klimaat beschreven en vergeleken wij de gemiddelde scores met vroeger onderzoek.

METHODE

Onderzoeksopzet

Deze studie maakt deel uit van een ruimer onderzoek waarin de relatie tussen ethisch klimaat en arbeidswelzijn van de verpleegkundigen werd nagegaan bij een ruime steekproef van verpleegkundigen werkzaam in een psychiatrisch centrum. Hierover publiceerden wij reeds een artikel met overeenkomstige data en inhoud in een Engelstalig tijdschrift (Claeys e.a. 2013).

In deze studie werd gebruikgemaakt van een cross-sectionele en correlatieve onderzoeksopzet. Goedkeuring voor het onderzoek werd verkregen bij de Ethische Commissie van het psychiatrisch ziekenhuis St.-Norbertus te Duffel; dit ziekenhuis heeft een capaciteit van 600 bedden, inclusief een universitaire dienst van 90 bedden.

Van 1 juni tot 8 juli 2009 werden alle 320 verpleegkundigen of hulpverleners werkzaam in een verpleegkundige functie bevraagd aan de hand van een anonieme schriftelijke vragenlijst. Op alle 24 afdelingen werd een korte presentatie over het onderzoek gegeven. Extra aandacht werd besteed aan informatie over de vragen 'wat is ethiek?' en 'wat is de dagelijkse ethische praktijkvoering voor de verpleegkundige?'. Eveneens werd de anonieme en vertrouwelijke behandeling van gegevens gegarandeerd. Deelname aan de studie was op vrijwillige basis. In een begeleidende brief werden de deelnemers verder geïnformeerd over het onderzoek, waarin ook werd aangegeven dat het invullen van de vragenlijst beschouwd wordt als het geven van informed consent.

Tijdens het onderzoek werden de hoofdverpleegkundigen driemaal gecontacteerd voor evaluatie en motivatie. Eveneens werd elke afdeling tweemaal persoonlijk bezocht en werden twee herhalingsbrieven verdeeld. Daarnaast werd via andere informatiekanalen binnen het ziekenhuis het onderzoek aangekondigd, werd achtergrondinformatie gegeven en opgeroepen tot deelname, om op die manier de respons te maximaliseren.

Meetinstrumenten

De originele HECs bestaat uit 26 vragen onderverdeeld in vijf dimensies, te weten de relatie van de verpleegkundige met 1. artsen, 2. hoofdverpleegkundige, 3. collega-verpleegkundigen, 4. patiënten en 5. de instelling. Elk item wordt gescoord op een vijfpuntenschaal, van 1 ('bijna

nooit waar') tot 5 ('bijna altijd waar'). Voorbeelden van bevraagde items zijn te vinden in **TABEL 1**.

Uit onderzoek van Olson bij 360 verpleegkundigen werkzaam in 2 algemene ziekenhuizen in de Verenigde Staten (1998) blijkt dat het origineel instrument een goede betrouwbaarheid en validiteit bezit. De inhoudsvaliditeit werd ondersteund door een theoretische analyse van het concept 'ethisch klimaat' en een panel van experts inzake ethiek, organisatie en verpleegkunde. De betrouwbaarheid van het originele instrument, de interne consistentie (Cronbachs α), werd berekend voor de totale schaal en voor elk van de vijf subschalen. De resultaten waren α 's van 0,91 voor het 26-iteminstrument en voor de subschalen artsen, hoofdverpleegkundige, collega-verpleegkundigen, patiënten en instelling betroffen deze waarden respectievelijk 0,81; 0,92; 0,73; 0,68 en 0,77.

De volgende sociodemografische variabelen werden opgenomen in de vragenlijst: geslacht, burgerlijke stand, leeftijd, religie, werktijd equivalent, dag- of nachtploeg, aantal dienstjaren, aantal jaren in huidige positie, opleidingsniveau en setting.

Daarnaast werd 'sociale steun' gemeten met de subschaal 'sociale steun' van de *Job Content Questionnaire* (JCQ) (Houtman 1995; Karasek 1985), om de convergente validiteit met de HECs vast te stellen. Deze schaal valt in twee deeldimensies uiteen: 'steun van collega's' en 'steun van hoofdverpleegkundige'. Beide schalen zijn samengesteld uit vier items en hebben vier antwoordmogelijkheden, van 0 ('helemaal oneens') tot 3 ('helemaal eens'). Deze schalen hebben respectievelijk een Cronbachs α van 0,78 en 0,83.

Data-analyse

De validiteit van het instrument werd aan de hand van een aantal deelaspecten beoordeeld. Taalvaliditeit werd onderzocht met de terugvertaalmethode (Brislin 1980). Het originele meetinstrument werd voorgelegd aan een panel van vijf experts in ethiek, psychiatrie, onderzoek en leidinggeven, om de inhoudsvaliditeit te beoordelen. Om de relevantie van de vragen te beoordelen werd een *content validity index* (CVI) berekend (Polit & Beck 2004). Validiteit van bewoording werd nagegaan door zeven verpleegkundigen werkzaam in een ander psychiatrisch ziekenhuis.

De factorstructuur van de aangepaste HECs werd onderzocht met exploratieve factoranalyse met als extractiemethode principale componentenanalyse (PCA) met varimaxrotatie (Polit & Beck 2004). Het aantal factoren werd bepaald met de volgende criteria: eigenwaarde $\geq 1,0$ en verklaarde variantie van een factor minimaal 4%. Hierna werd een confirmatorische factoranalyse (CFA) uitgevoerd met Lisrel-software (Jöreskog & Sörbom 1993), om te bepalen of de theoretische factorstructuur paste bij de daadwerkelijke structuur (een goede *fit* vertoonde). *Root*

TABEL 1 Resultaten van enquête *Hospital Ethical Climate Survey* onder verpleegkundigen (n = 265) op Vlaamse psychiatrische instelling; gemiddelden, frequenties en factorladingen

| | Gemiddelde totale schaal 3,85 (SD 0,46) Uitersten gemiddelden 2,67-4,81 | Bijna nooit waar | Zelden waar | Soms waar | Vaak waar | Bijna altijd waar | Factor lading |
|--|--|------------------------|----------------|--------------|--------------|-------------------------|------------------|
| Verhouding tot andere disciplines (artsen en paramedici) | | | | | | | |
| | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | Factor 1 |
| Verpleegkundigen en artsen respecteren elkaars mening, zelfs bij een meningsverschil over wat het beste is voor de patiënt (M = 3,74) | 1,1 | 4,2 | 29,2 | 50,4 | 15,2 | 0,798 | |
| verpleegkundigen en artsen respecteren elkaar (M = 4,08) | 0,8 | 2,3 | 18,3 | 45,6 | 33,1 | 0,713 | |
| artsen vragen mening van verpleegkundige omtrent behandelingsbeslissingen (M = 3,47) | 1,5 | 12,7 | 34,0 | 40,9 | 10,8 | 0,709 | |
| er is wederzijds vertrouwen tussen verpleegkundige en artsen (M = 4,00) | 8,0 | 3,8 | 18,2 | 49,6 | 27,7 | 0,691 | |
| verpleegkundige en paramedici respecteren elkaars mening, zelfs bij een meningsverschil over wat het beste is voor de patiënt (M = 3,79) | 0,4 | 3,8 | 28,9 | 50,9 | 16,3 | 0,691 | |
| er is wederzijds vertrouwen tussen verpleegkundigen en paramedici (M = 3,94) | 0,0 | 3,4 | 23,2 | 49,8 | 23,6 | 0,666 | |
| paramedici luisteren naar bezorgdheden die de verpleegkundige heeft omtrent een moeilijk ethische zorgsituatie (M = 3,60) | 0,8 | 5,0 | 39,3 | 43,5 | 11,5 | 0,662 | |
| ik neem deel aan behandelbesluiten voor de patiënten (M = 3,55) | 5,8 | 6,2 | 27,4 | 48,3 | 12,4 | 0,578 | |
| tijdens het beslissingsproces omtrent een handelactie van een zorgsituatie of -probleem, wordt rekening gehouden met alle gevoelens en waarden van de betrokkenen (M = 3,55) | 1,1 | 3,0 | 43,7 | 44,1 | 8,0 | 0,570 | |
| Verhouding tot hoofdverpleegkundigen | | | | | | | |
| | | | | | | | Factor 2 |
| als ik niet kan beslissen wat goed of slecht is omtrent een concrete zorgsituatie, ondersteunt mijn leidinggevende mij daarbij (M = 3,64) | 2,7 | 9,5 | 30,2 | 36,6 | 21,0 | 0,855 | |
| mijn leidinggevende is iemand die ik kan vertrouwen (M = 3,98) | 1,5 | 8,1 | 18,8 | 33,8 | 37,7 | 0,854 | |
| mijn leidinggevende biedt een luisterend oor als ik praat over zorgsituaties of -problemen van patiënten (M = 3,94) | 0,4 | 5,7 | 20,1 | 47,0 | 26,9 | 0,835 | |
| mijn leidinggevende is iemand die ik respecteer (M = 4,08) | 0,8 | 4,2 | 18,7 | 38,5 | 37,8 | 0,799 | |
| mijn leidinggevende ondersteunt mij in mijn beslissingen rond patiëntenzorg (M = 3,85) | 1,1 | 4,2 | 23,4 | 51,3 | 19,9 | 0,788 | |
| wanneer mijn collega's er niet in slagen te beslissen wat juist of verkeerd is in een specifieke zorgsituatie, heb ik al gezien dat mijn leidinggevende hen helpt (M = 3,59) | 2,3 | 8,6 | 32,3 | 41,6 | 15,2 | 0,717 | |
| Verhouding tot collega's | | | | | | | |
| | | | | | | | Factor 3 |
| ik werk met bekwame collega's (M = 4,25) | 0,0 | 0,8 | 9,8 | 52,7 | 36,7 | 0,739 | |
| mijn collega's-verpleegkundigen helpen mij met moeilijke zorgsituaties of -problemen (M = 4,25) | 0,0 | 1,1 | 11,4 | 49,2 | 38,3 | 0,736 | |
| mijn collega's-verpleegkundigen luisteren naar mijn bezorgdheden rond patiëntenzorg (M = 4,08) | 0,0 | 1,1 | 16,7 | 55,3 | 26,9 | 0,583 | |
| verpleegkundigen gebruiken de nodige info om een zorgsituatie of -probleem aan te pakken (M = 4,01) | 0,0 | 0,8 | 18,3 | 59,9 | 21,0 | 0,500 | |

TABEL 1 Vervolg

| | Bijna nooit waar | Zelden waar | Soms waar | Vaak waar | Bijna altijd waar | Factor lading |
|---|------------------------|----------------|--------------|--------------|-------------------------|------------------|
| Gemiddelde totale schaal 3,85 (SD 0,46) Uitersten gemiddelden 2,67-4,81 | | | | | | |
| Verhouding tot patiënten | | | | | | Factor 4 |
| pat'n weten wat ze kunnen verwachten omtrent hun zorg (M=3,75) | 0,0 | 4,2 | 28,0 | 56,1 | 11,7 | 0,693 |
| de wensen van de patiënt worden gerespecteerd (M = 3,77) | 0,0 | 1,5 | 32,4 | 53,1 | 13,0 | 0,631 |
| verpleegkundigen worden gesteund en gerespecteerd in dit ziekenhuis (M=3,61) | 0,0 | 6,2 | 38,8 | 43,1 | 11,9 | 0,541 |
| ik ben in staat op mijn afdeling zorg te geven zoals ik denk dat ze zou gegeven moeten worden (M = 4,16) | 0,0 | 1,9 | 9,5 | 59,8 | 28,8 | 0,516 |
| op de afdeling wordt veilige patiëntenzorg gegeven (M = 4,21) | 0,0 | 1,1 | 10,6 | 54,8 | 33,5 | 0,497 |
| Verhouding tot instelling | | | | | | Factor 5 |
| ziekenhuisrichtlijnen of -procedures helpen mij bij moeilijke zorgsituaties of -problemen (M = 3,27) | 3,1 | 11,5 | 45,8 | 34,7 | 5,0 | 0,738 |
| een duidelijk beeld van de ziekenhuismissie wordt gedeeld met de verpleegkundigen (M = 3,41) | 1,5 | 9,6 | 41,0 | 41,8 | 6,1 | 0,655 |
| verpleegkundigen hebben toegang tot alle info die nodig is om een zorgsituatie of -probleem van een patiënt op te lossen (M = 4,21) | 0,4 | 1,1 | 11,8 | 50,0 | 36,6 | 0,490 |

mean square error of approximation (RMSEA) ≤ 0,08, confirmative fit index (CFI) ≥ 0,90 en standardized root mean square residual (SRMR) ≤ 0,80 werden beschouwd als een goede fit. Convergente validiteit werd nagegaan door de correlaties tussen de schaal 'sociale steun' van de JCQ en de dimensies 'verhouding tot hoofdverpleegkundige' en 'verhouding tot collega's' van de HECS te berekenen. Dit gebeurde met Pearsons correlatiecoëfficiënten. Dataverwerking gebeurde met het statistische computerprogramma SPSS versie 16.

RESULTATEN

Beschrijvende gegevens van de steekproef

Er werden 320 personen bevraagd, van wie er 265 de vragenlijst invulden (83% respons). De gemiddelde leeftijd in de steekproef bedroeg 40,7 jaar (SD 9,7 jaar; uitersten 22-62). De grootste groep betrof de 41- tot 50-jarigen (42,3%). De steekproef bestond overwegend uit vrouwen (85,6%) en het merendeel van de deelnemers was gehuwd of samenwonend.

De grootste groep werkte voltijds (51,8%), overdag (80,5%), meer dan 20 jaar (44,4%) en maximaal 5 jaar op de huidige afdeling (38,8%). Van de deelnemers werkte de kleinste groep op een afdeling voor de middenlange termijn

(21,1%). De verdeling over afdelingen voor behandeling op lange en korte termijn was ongeveer gelijk (42,2% en 36,8%).

Validiteit en betrouwbaarheid

TAALVALIDITEIT

De originele en terugvertaalde versie konden als equivalent worden beschouwd. Op basis van de regels voor het opstellen van vragenlijsten werd de term 'ziekenhuismissie' verklaard als 'waarden en principes waar de instelling voor staat' in de vragenlijst, en de termen 'manager' en 'peers' werden vertaald als 'hoofdverpleegkundige' (leidinggevende van de afdeling) en 'collega-verpleegkundigen' (Polit & Beck 2004). De uitdrukking 'my manager helps me' werd in de vragenlijst vervangen door 'mijn hoofdverpleegkundige ondersteunt mij', omdat 'helpen' de indruk kan geven dat de hoofdverpleegkundige het probleem oplost.

INHOUDSVALIDITEIT

Deze experts merkten op dat in de psychiatrische hulpverlening meer beroepsgroepen worden betrokken in de teamwerking en besluitvorming. De groep paramedici werd vervolgens toegevoegd aan het instrument. De theo-

rie van Brown, die de basis vormt van het concept ‘ethisch klimaat’, stelt eveneens dat alle belangrijke groepen betrokken moeten worden bij de besluitvorming.

Er werden drie vragen toegevoegd aangaande de verhouding van de verpleegkundige met paramedici, te weten 1. verpleegkundigen en paramedici respecteren elkaars mening, zelfs bij een meningsverschil over wat het beste is voor de patiënt, 2. er is een wederzijds vertrouwen tussen verpleegkundigen en paramedici en 3. paramedici luisteren naar bezorgdheden die de verpleegkundige heeft omtrent een moeilijke ethische zorgsituatie.

Op basis van de cvi (Polit & Beck 2004) werd geen enkele vraag uit het meetinstrument verwijderd, aangezien elk item de minimumscore van 3 behaalde. Het hele instrument had een totale cvi-score van 0,94, wat zeer goed is.

VALIDITEIT VAN BEWOORDING

Zeven verpleegkundigen werkzaam in een ander psychiatrisch ziekenhuis werd gevraagd om de HECS in te vullen en deze te beoordelen op duidelijkheid en begrijpelijkheid. Hun algemene indruk over de aangepaste HECS was positief. Het doel was duidelijk en de lay-out overzichtelijk. Veranderingen in de instructies en de begeleidende brief werden aangebracht, om enkele gebruikte termen zoals ‘ethisch klimaat’ en ‘dagelijkse ethische zorgsituaties’ beter te duiden. Ook de mogelijke implicaties van het onderzoek werden meer expliciet vermeld.

BEGRIPSVALIDITEIT

De vertaalde vragenlijst, met inbegrip van drie items aangaande de verhouding van de verpleegkundige met paramedici, werd getest op zijn begripsvaliditeit met behulp van PCA.

Dit resulteerde in zes factoren met eigenwaarde $\geq 1,0$. De zesde factor bestond slechts uit twee items en de verklaarde variantie bedroeg minder dan 4%. De vijf overige factoren kwamen overeen met de originele factorstructuur. Hoewel niet als criterium vermeld, vertoonde het eigenwaardediagram een duidelijke knik op 5 factoren.

Voor de nieuw voorgestelde versie voor psychiatrie werd

geopteerd voor een structuur met vijf factoren, waarbij de factor ‘verhouding met artsen’ werd uitgebreid met 3 items aangaande paramedici. Aldus werd een nieuwe factor ‘verhouding met andere disciplines’ gevormd. Deze versie bevatte 27 items. Uitvoering van de exploratieve factoranalyse leverde 5 factoren die gezamenlijk 59,5% van de variantie verklaarden (zie **TABEL 2**). Alle items hadden factorladingen van ten minste 0,45 (zie **TABEL 1**).

Hierna werd een confirmatorische factoranalyse (CFA) uitgevoerd. In dit onderzoek bedroeg RMSEA 0,0574, CFI 0,970 en SRMR 0,0594, wat duidt op een goede fit van het theoretisch model (Ong & van Dulmen 2006).

De betrouwbaarheid van het totale instrument bedroeg $\alpha = 0,92$ voor de 27 items. Betrouwbaarheid van de dimensies bedroeg in deze steekproef voor dimensie ‘andere disciplines (artsen en paramedici)’ 0,89, ‘hoofdverpleegkundigen’ 0,92, ‘collega’s’ 0,71, ‘patiënten’ 0,74 en ‘instelling’ 0,58. Deze interne consistenties waren goed, met uitzondering van de dimensie ‘instelling’.

Ten slotte werd ook de convergente validiteit onderzocht. De correlatie tussen HECS en sociale steun (JCQ) bedroeg $r = 0,70$ ($p < 0,0001$).

Perceptie van het ethisch klimaat van een psychiatrische afdeling door verpleegkundigen

ETHISCH KLIMAAT

De onderzochte populatie kenmerkte zich door een gemiddelde score boven de middenscore (3,85). Volgens de handleiding van het instrument HECS dient men een gemiddelde score boven 3 als een meer positief ethisch klimaat te beoordelen (Olson 1998). Het gemiddelde in deze steekproef verschilde significant van de totale gemiddelde score van 3,7 ($t = 5,17$; $p < 0,001$) die werd verkregen in eerder onderzoek in algemene ziekenhuizen in de Verenigde Staten (Hart 2005). Aangezien in vroeger onderzoek geen resultaten voor de subschalen werden onderzocht, konden we geen diepgaande vergelijking maken. In volgende paragrafen worden de scores beschreven op de subschalen in het huidig onderzoek (zie **TABEL 1**).

TABEL 2 Eigenwaarden, verklaarde variantie en interne consistentie van de factoren van de *Hospital Ethical Climate Survey*

| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Eigenwaarde | 9,03 | 2,96 | 1,75 | 1,26 | 1,08 |
| Verklaarde variantie (%) | 33,44 | 10,96 | 6,47 | 4,65 | 4,01 |
| Interne consistentie (gehele instrument $\alpha = 0,920$) | 0,885 | 0,918 | 0,706 | 0,743 | 0,584 |

VERHOUDING MET ANDERE DISCIPLINES

Voor 78% was het 'vaak' of 'bijna altijd' waar dat verpleegkundigen en artsen elkaar vertrouwen. Voor paramedici was dit 73%. Voor de vraag: 'arts vraagt mening omtrent behandelbeslissingen' gaf 40% van de verpleegkundigen aan dat dit 'vaak waar' was, terwijl 34% dit 'soms waar' vond.

VERHOUDING MET DE HOOFDVERPLEEGKUNDIGE

Voor 72% van de verpleegkundigen was het 'vaak waar' of 'bijna altijd waar' dat ze de hoofdverpleegkundige konden vertrouwen; 10% vond dit 'bijna nooit' of 'zelden waar'. Van de deelnemers ervoer 76% de hoofdverpleegkundige als iemand waar ze 'vaak' of 'bijna altijd' respect voor hebben, en 70% voelde zich 'vaak' of 'bijna altijd' ondersteund in zijn of haar beslissingen rond patiëntenzorg. Bijna 74% vond 'vaak' of 'bijna altijd' een luisterend oor bij de hoofdverpleegkundige.

VERHOUDING MET COLLEGA'S

Bijna 90% vond het 'vaak' tot 'bijna altijd waar' dat men met bekwame collega's werkt, ook 88% ervoer dat collega's 'vaak' tot 'altijd' helpen bij moeilijke zorgsituaties of -problemen. Ruim 82% voelde zich beluisterd door collega's bij bezorgdheden over patiëntenproblemen.

VERHOUDING MET PATIËNTEN

Bijna 90% van de deelnemers vond dat ze 'vaak' of 'bijna altijd' zorg kunnen geven zoals ze vinden dat die gegeven moet worden. Bijna 50% van de deelnemers vond dat de wensen van de patiënt 'vaak' gerespecteerd worden, voor 32% was dit 'soms waar'. Voor 88% van de deelnemers was het 'vaak' of 'bijna altijd' waar dat er veilige patiëntenzorg wordt gegeven. Iets meer dan 32% vond het 'zelden' of 'soms' waar dat patiënten weten wat ze kunnen verwachten omtrent hun zorg.

VERHOUDING MET HET ZIEKENHUIS

Ruim 86% vond het 'vaak' of 'bijna altijd waar' dat ze toegang hebben tot alle info die ze nodig hebben om een patiëntenprobleem op te lossen, 11% vond dit soms waar. Voor 41% van de deelnemers was het 'vaak' waar dat er een duidelijk beeld van de ziekenhuissmissie gedeeld wordt met verpleegkundigen, evenveel mensen vinden dit echter slechts 'soms waar'. Bijna 40% vond het 'vaak' of 'bijna altijd waar' dat ziekenhuisprotocollen en richtlijnen hen helpen bij moeilijke zorgsituaties of problemen, 60% vond het tegendeel.

DISCUSSIE

Het gebruikte instrument

Ons onderzoek ondersteunt de betrouwbaarheid en validiteit van de HECs als instrument om het ethisch klimaat te meten bij verpleegkundigen op een psychiatrische afdeling.

Zowel de exploratieve als de confirmatorische factoranalyse toonde een vijffactorenstructuur. Dat komt overeen met vroegere bevindingen betreffende het originele instrument, dat werd ontwikkeld voor verpleegkundigen in een algemeen ziekenhuis.

Rekening houdend met de opmerkingen van de geconsulteerde experts en de theorie van Brown, werden drie items over paramedici toegevoegd aan de vragenlijst. Deze items laadden op de dimensie 'verhouding met arts'. Twee van de drie vragen handelen over respect en vertrouwen; mogelijk ziet de verpleegkundige zowel de arts als de paramedicus als een expert die hij of zij vertrouwt en voor wie hij of zij respect heeft. Mogelijk bevat deze subschaal te weinig items en zijn de gestelde vragen niet specifiek genoeg voor de doelgroep paramedici. Verder onderzoek is noodzakelijk.

Voorzover ons bekend is de huidige studie de eerste die het ethisch klimaat op een psychiatrische afdeling onderzocht. Er werd aangetoond dat het ethisch klimaat een extra dimensie bevat in de psychiatrische zorg, met name dat er een belangrijke impact van het multidisciplinair samenwerken is, waarbij niet enkel de arts, maar ook de paramedici een belangrijke rol spelen.

De betrouwbaarheid van de totale schaal was goed en vergelijkbaar met die in vroeger onderzoek (Hart 2005; Ulrich 2007). De betrouwbaarheid van de subschalen was ook goed, uitgezonderd de dimensie 'verhouding met de instelling' ($\alpha = 0,58$). Mogelijk zijn er te weinig vragen in deze dimensie, welke de lage betrouwbaarheid verklaart. Er werd een goede convergente validiteit vastgesteld tussen het instrument 'ethisch klimaat' en 'sociale steun', gemeten met de JCQ. Deze bevinding ondersteunt de hypothese dat sociale steun een belangrijke factor is in het ethisch klimaat.

Bevindingen

Deelnemers ervaren het ethisch klimaat in hun instelling overwegend als goed. Vooral respect en vertrouwen tussen verpleegkundigen en artsen alsook paramedici, scoorden betrekkelijk goed. Dit kan duiden op een goede samenwerking. Verder is psychiatrische zorg op zich reeds sterker gerelateerd aan ethische thema's dan de klassieke somatische geneeskunde. Dit maakt dat er meer aandacht is voor ethische aspecten in een psychiatrisch ziekenhuis, zowel

vanuit beleids- als zorgkundige perspectieven. Deze link slijpelt dan ook direct en indirect door naar de werkvloer met een mogelijke impact op het dagelijks handelen van medisch en paramedisch personeel.

Er is echter nog ruimte voor verbetering, want de mening van verpleegkundigen omtrent behandelingsbeslissingen wordt niet steeds gevraagd (50% scoorde dit item als bijna nooit, zelden of soms waar).

Bij de dimensie 'verhouding met collega's' wordt hoog gescoord. Bijna 90% vindt dat ze vaak tot altijd met bekwame collega's werken en hulp krijgen van collega-verpleegkundigen in moeilijke situaties. Dit resultaat is niet vanzelfsprekend, aangezien deze intensieve samenwerking een verhoogde kans geeft op relaties die onder druk komen te staan. Belangrijk is ook dat bijna 90% vindt dat men vaak tot altijd zorg kan geven zoals men vindt dat deze gegeven moet worden. Dit lijkt een opmerkelijke bevinding aangezien slechts 58,7% van een groep van 10.000 verpleegkundigen, werkzaam in zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen, stelde dat zij zorg kunnen geven zoals ze dat zouden willen (Siebens e.a. 2006).

De laagste scores worden gevonden bij de items over de instelling, wat de nodige aandacht vraagt. Een duidelijk beeld van de ziekenhuismissie wordt niet altijd gedeeld bij een groot deel van de deelnemers en ziekenhuisrichtlijnen of-procedures helpen niet altijd bij moeilijke zorgsituaties. Deze afdelingsoverstijgende informatie is mogelijk niet altijd duidelijk of bekend en zou dus efficiënter gecommuniceerd kunnen worden. Mogelijk zou de oprichting van werkgroepen rond ethische thema's op afdelingsniveau of op niveau van clusters van afdelingen hiertoe kunnen helpen

Het kan interessant zijn om de bestaande ethische richtlijnen op te zoeken en te evalueren of deze nog passen binnen de huidige sociale context. Deze richtlijnen zouden tevens gemakkelijk beschikbaar en bruikbaar moeten zijn. Het onderzoek van Bahcecik en Oztürk (2003) in algemene ziekenhuizen in Turkije toont dat het delen van de ziekenhuismissie en -richtlijnen ook een aandachtspunt is in de onderzochte settings.

Mogelijke praktische consequenties

Ethisch klimaat wordt steeds belangrijker aangezien de zorg complexer wordt. De communicatie over ethische problemen dient niet te worden beperkt tot een commissie voor medische ethiek of een andere vorm van georganiseerd beraad, maar kan geïntegreerd worden in bestaande overlegmomenten. Het moreel beraad/ethisch overleg kan ook genoemd worden als methode om ethisch te reflecteren op de werkvloer. Het is belangrijk dat er aan de basis een klimaat is waar verpleegkundigen een ethische gevoeligheid en weerbaarheid hebben, waardoor feiten en

opvattingen rond ethische kwesties bespreekbaar worden (Van der Arend & Gastmans 2002).

Binnen de beroepsattitude van verpleegkundigen werkzaam in psychiatrie is een basishouding van 'kritisch reflecteren' over zorgsituaties en over zichzelf reeds een evidentie. Mogelijk kan dit de stap naar ethische reflectie faciliteren. Het presenteren van deze studie op de afdelingen leerde dat het ethisch reflecteren aanwezig is, maar soms beperkt blijft tot het eigen denkproces of besproken wordt in medische termen. Hoewel verpleegkundigen wel nadenken over 'wat is het goede voor de patiënt', is men zich niet steeds bewust dat dit een ethisch denkproces betreft waar waarden worden afgewogen. Deze studie kan een aanzet zijn voor verdere exploratie hoe dit aangepakt kan worden.

Aangezien onze studie aantoont dat protocollen en richtlijnen onvoldoende ondersteuning bieden bij moeilijke ethische situaties, kan men denken aan het oprichten van werkgroepen waarin ethische thema's uit de praktijk bediscussieerd zouden kunnen worden, zoals vermeld. Dit kan op individueel afdelingsniveau of op niveau van clusters van verschillende afdelingen samen. Eventueel kan men hierbij experts van buiten de instelling consulteren.

Beperkingen en sterke punten

Ons onderzoek had een aantal beperkingen. Deze studie betrof een zelfrapportageonderzoek, wat tot gevolg kan hebben dat deelnemers de vragen verkeerd interpreteren of de vragenlijst in de groep invullen. Nochtans werd tijdens de mondelinge introductie opgeroepen om de lijst afzonderlijk in te vullen. Tevens kan sociale wenselijkheid een rol spelen bij zelfrapportage (Polit & Beck 2004).

Een gelegenheidssteekproef in één setting heeft als nadeel dat er moeilijk veralgemeend kan worden. Onderzoek naar factorstructuur is zeer steekproefafhankelijk. Het is dan ook raadzaam het onderzoek te herhalen in andere en meer settings, met als doel om de huidige bevindingen te bevestigen.

De sterkte van dit onderzoek is de hoge betrouwbaarheid, door de grote steekproef en de hoge responsratio. Eveneens werden in dit onderzoek alle subschalen onderzocht, terwijl in vroeger onderzoek slechts de bevindingen van de totale schaal werden gerapporteerd.

Er is slechts zeer weinig onderzoek voorhanden over ethisch klimaat, bovendien betreft dit studies uit algemene ziekenhuizen. De vergelijkende cijfers in het onderzoeksrapport dienen bijgevolg met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.


Echter, gezien de beperkte onderzoeken aangaande dit onderwerp, voegt ons onderzoek belangrijke informatie toe aan de bestaande kennis.

CONCLUSIE

Dit onderzoek ondersteunt de betrouwbaarheid en validiteit van de HECS als instrument om het ethisch klimaat te meten bij verpleegkundigen op een psychiatrische afdeling. De deelnemers ervaren het ethisch klimaat in hun instelling overwegend als goed. Vooral respect en vertrouwen tussen verpleegkundigen en artsen alsook paramedici, scoorden betrekkelijk goed. De laagste scores worden gevonden bij de items over de instelling; ziekenhuisrichtlijnen of -procedures blijken niet altijd nuttig bij moeilijke zorgsituaties. De communicatie over ethische problemen dient op alle niveaus bevorderd te worden.

NOOT

1 Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *European Journal for Person Centered Healthcare* (2013; 1: 202-8) met als titel: 'Psychometric properties of the Hospital ethical Climate Survey: a cross-sectional study in a large sample of Belgian psychiatric nurses'. Afgedrukt met toestemming.

 De vertaalde en voor de psychiatrie aangepaste versie van de *Hospital Ethical Climate Survey* kan bij de auteurs van dit artikel worden opgevraagd.

LITERATUUR

- Arend A van der, Gastmans C. Ethisch zorg verlenen. 4de druk. Baarn: HB Uitgevers; 2002.
- Bahcecik N, Oztürk H. The Hospital Ethical Climate Survey in Turkey. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2003; 5: 94-9.
- Bloemhoff A. Durf jij pillen te verdelen? Ethische dilemma's op de werkvloer. *TvV* 2002; 6: 20-3.
- Brislin RW. Translation and content analysis of oral and written materials. In: Triandis HC, Berry JW, red. *Handbook of cross-cultural psychology*. Vol. 2 Methodology. Boston: Allyn and Bacon; 1980. p 137-64.
- Brown MT. Working ethics. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
- Claeys M, Faelens A, Sabbe B, Schrijvers D, Dierckx de Casterlé B, Luyten P. Psychometric properties of the Hospital ethical Climate Survey: a cross-sectional study in a large sample of Belgian psychiatric nurses. *European Journal for Person Centered Healthcare* 2013; 1: 202-8.
- Hart SE. Hospital ethical climate and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37: 173-7.
- Houtman I. Reliability and validity of the Dutch version of the Karasek Job Content Questionnaire. NIOSH/APA conference on stress, work and health. Washington: APA; 1995.
- Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8 user's reference guide. Mooresville: Scientific Software; 1993.
- Karasek, R. Job Content Questionnaire and User's Guide. Los Angeles: University of Southern California; 1985.
- Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image J Nurs Sch* 1998; 30: 345-9.
- Ong A, van Dulmen MHM. Oxford handbook of methods in positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Polit DF, Beck CT. Nursing research. Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2004.
- Schneider B. Organizational climate and culture. San Fransisco/Oxford: Jossey-Bass; 1990.
- Siebens K, Dierckx de Casterlé B, Abraham I, Dierckx K, Braes T, Darras E, e.a. The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: A cross-sectional questionnaire survey. *IJNS* 2006; 43: 71-82.
- Sturm BA. Ethics and care: an ethnographic study of psychiatric community health nursing practice. *Arch Psychiatr Nurs* 2004; 18: 106-15.
- Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Soc Sci Med* 2007; 65: 1708-19.

SUMMARY

Psychometric properties of the Hospital Ethical Climate Survey: a cross-sectional study among Belgian psychiatric nurses

M. CLAEYS, A. FAELENS, B.G.C. SABBE, D. SCHRIJVERS, B. DIERCKX DE CASTERLÉ, P. LUYTEN

BACKGROUND The task of caring for psychiatric patients is so complex that it often leads to ethical dilemmas. The ethical climate on a ward is a crucial factor. This is the first study about the ethical climate in mental healthcare.

AIM To investigate whether the only instrument currently available for measuring the ethical climate in general hospitals, namely the 'Hospital Ethical Climate Survey' (HECS), is a reliable and valid instrument for use on psychiatric wards.

METHOD A cross-sectional study was performed in a psychiatric hospital in Belgium. All 320 nurses were invited to participate (response rate = 265). The factor structure of the HECS was examined by means of explorative principal component analysis (PCA) and confirmatory factor analysis (CFA). The reliability of the constructed scale and subscales was investigated.

RESULTS Five factors were identified. The structure of these factors in the translated list was almost identical to the structure obtained with the original instrument and its underlying theoretical basis. Items relating to several other allied healthcare professions were added. This addition widened the subscale 'relationship with physician' so that it included 'relationship with other disciplines' (medical and allied healthcare workers).

CONCLUSION The reliability of the instrument appeared to be good and yielded scores comparable to those obtained as a result of earlier research performed in general hospitals. The setting for our investigation produced a significantly higher main score for the ethical climate than did previous studies.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)12, 778-787

KEY WORDS ethical climate, instrument validation, nursing, psychiatry