

**De beelden en opvattingen van studenten verpleegkunde over
de geestelijke gezondheidszorg: een onderzoek naar de
psychometrische eigenschappen van een vragenlijst**

Student: Alex van der Heijden

Masterthesis Onderwijskunde

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Onderwijskundig Ontwerp en Advisering

Studentnummer: 8709394

Begeleider: Dr. Jeroen Janssen

Tweede begeleider: Dr. Liesbeth Baartman

Juli 2009

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1 Probleemstelling	3
1.1 Aanleiding	3
1.1.1 Doelstelling	3
1.2 Theoretische context	4
1.2.1 Onderzoek vragenlijst	4
1.2.2 Beroepskeuzetheorieën	4
1.2.3 Theory of Planned Behavior	6
1.2.4 Categorieën Hoekstra	8
1.2.5 Theoretisch beïnvloedingsmodel	9
1.3 Vraagstelling	10
2 Methode	11
2.1 Deel 1: Opvattingen over de ggz en de invloed daarvan op de differentiatiekeuze	11
2.1.1 Doel en opzet.	11
2.1.2 Selectie van de deelnemers.	11
2.1.3 Interviews	12
2.1.4 Analyse interviews	15
2.2 Deel 2: Betrouwbaarheid en validiteit vragenlijst 'beeldvorming ggz'	18
2.2.1 Doel en opzet:	18
2.2.2 Vragenlijst 'beeldvorming ggz' :	18
2.2.3 Deelnemers	18
3 Resultaten:	20
3.1 Resultaten kwalitatieve analyse.	20
3.1.1 Resultaten per cluster	20
3.1.2 Resultaten per geïnterviewde	27
3.2 Resultaten kwantitatieve analyse.	29
3.2.1 Factoranalyse	29
3.2.2 Factoroplossingen	30
3.2.3 Betrouwbaarheidsanalyse categorieën Hoekstra	32
3.2.4 Categorieën en factoren	32
4 Conclusie en discussie:	34
4.1 Conclusie	34
4.2 Discussie	36
Literatuurlijst:	40
Bijlage 1: Verzonden informatie over het interview en interviewdeelname	43
Bijlage 2: verschillen tussen vragenlijst Hoekstra en vragenlijst 'beeldvorming ggz'	45
Bijlage 3: uitkomsten vragenlijst 'beeldvorming ggz'	46

Samenvatting

In het onderzoek naar de beelden en opvattingen van studenten verpleegkunde aan de hbo-v's van de Hogeschool Inholland en de Hogeschool van Amsterdam wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst. Deze vragenlijst is echter nog niet gevalideerd.

Uit divers onderzoek blijkt dat (aankomende) studenten verpleegkunde vaak stereotype en negatieve beelden en opvattingen hebben over de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische patiënten. De aantrekkelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg als toekomstig verpleegkundig werkveld, is door deze beelden niet groot. Terwijl er voor de komende jaren in Nederland een toenemende vraag naar ggz-verpleegkundigen verwacht wordt.

In dit onderzoek is de vragenlijst onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. Door middel van een kwalitatief onderzoek is de inhoudsvaliditeit onderzocht. Bij veertien studenten van de hbo-v van de Hogeschool van Amsterdam zijn via internet en het softwareprogramma MSN halfgestructureerde interviews afgenomen. De constructvaliditeit en de betrouwbaarheid van de vragenlijst is onderzocht via een exploratieve factoranalyse (principale componentenanalyse met oblique rotatie).

Het kwalitatieve onderzoek liet zien dat negatief stereotype beelden voorspellend zijn voor een negatieve keuze voor de ggz als afstudeerrichting en toekomstig werkveld. Stage-ervaring in de ggz heeft een positieve invloed op de beelden over de ggz. Een positieve stage-ervaring is bovendien voorspellend voor de keuze voor de ggz-differentiatie. Verder bleek enige invloed van de voorkeuren van ouders op de keuze voor de afstudeerrichting. Uit de factoranalyse kwamen vier goed interpreteerbare factoren naar voren. Deze factoren kwamen echter slechts gedeeltelijk overeen met de in de vragenlijst gehanteerde categorieën. De conclusie is dat de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst matig is. En dat de constructvaliditeit redelijk goed is.

Gezien de methodologische beperkingen van het kwalitatieve deel van het onderzoek, is het wenselijk de gevonden factoren die van invloed zijn op de keuze voor de ggz-differentiatie in een vervolgonderzoek te toetsen.

1 Probleemstelling

1.1 Aanleiding

Een van de domeinen waar verpleegkundigen in Nederland kunnen werken is de geestelijke gezondheidszorg (ggz), ook wel de psychiatrie genoemd. In 2007 werkten in de gezondheidszorg als geheel ongeveer eenenveertigduizend hbo-verpleegkundigen, waarvan ongeveer eenentwintigduizend (51%) in de algemene gezondheidszorg (agz) en zesentachtighonderd (21%) in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Van der Windt, Smeets, & Arnold, 2008). De verhouding tussen agz en ggz hbo-verpleegkundigen is dus ongeveer 3 op 1. Om in de toekomst voldoende hbo-verpleegkundigen voor de ggz te kunnen afleveren, moeten de hbo-v's voldoende verpleegkundigen voor de ggz opleiden.

Een aantal ontwikkelingen in de ggz maakt dat de vraag naar ggz-verpleegkundigen (zowel op mbo als op hbo niveau) de komende jaren zal toenemen. Ontwikkelingen zoals dubbele vergrijzing, toename van cliënten met meerdere psychische en psychiatrische problemen, en een toename van werk binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg. Verwacht wordt dat voor 2012 in Amsterdam en omstreken de vraag naar hbo-verpleegkundigen veel groter zal zijn dan het aanbod (Calibris, 2009). Het blijkt bovendien dat de hbo-v's in Amsterdam en Alkmaar weinig verpleegkundigen afleveren die in de ggz gaan werken. Met name onder de studenten die de dagopleiding volgen is het animo voor een carrière in de ggz zeer gering. Dit is extra zorgelijk voor de toekomstige verpleegkundige arbeidsplaatsbezetting in de ggz.

De Nederlandse samenleving heeft een vrij negatief beeld over psychiatrische ziekten en patiënten: het roept beelden op van onder andere verslaving, agressie, delinquentie en overlast (Van Schie, Meijer, & Wiegman, 1997; Van Weeghel, 2005). Uit divers onderzoek blijkt dat ook (aankomende) studenten verpleegkunde, zowel in Nederland als in het buitenland, niet ongevoelig zijn voor de negatieve beelden over de ggz in de samenleving (Happell, 1999b; Hoekstra, Van Meijel, & Van der Hoofd-Leemans, 2007). Zij hebben negatieve, stereotype en onrealistische beelden over de ggz. Deze beelden lijken een belangrijke rol te spelen bij de keuze van een afstudeerrichting tijdens de opleiding en dus bij de keuze van het latere werkveld binnen de verpleegkundige gezondheidszorg (Hoekstra et al., 2007).

Gezien de eerder genoemde ontwikkelingen waarbij de vraag naar verpleegkundigen werkzaam in de ggz toeneemt en de ontwikkeling dat op de hbo-v's in Amsterdam en Alkmaar het aantal studenten dat voor de ggz-differentiatie kiest afneemt, is op deze hbo-v's een onderzoek gestart om te achterhalen waarom studenten niet voor de ggz als afstudeerrichting kiezen en welke onderwijskundige maatregelen ter vergroting van het aantal in de ggz afstuderende studenten, genomen kunnen worden. Welke denkbeelden studenten over de ggz hebben, wordt op deze hbo-v's via een schriftelijke vragenlijst achterhaald. Deze vragenlijst¹ is echter slechts gevalideerd op zicht (*face validity*).

1.1.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste, het achterhalen van de factoren (opvattingen, overtuigingen, denkbeelden bij studenten) die mogelijk voorspellend zijn voor het al dan niet kiezen voor de ggz als differentiatierichting, en daaruit volgend de ggz als toekomstig werkveld. Ten tweede, het valideren van de vragenlijst 'beeldvorming ggz', zodat deze vragenlijst op een wetenschappelijke verantwoorde manier kan worden ingezet. Het onderzoek naar de factoren (eerste doel) is van belang voor de validatie van de vragenlijst (tweede doel).

¹ De vragenlijst wordt verder de *vragenlijst 'beeldvorming ggz'* genoemd.

Uitkomsten van mijn onderzoek zijn van belang voor een mogelijke aanpassing van het curriculum van de hbo-v's, zodat er meer studenten voor de ggz-differentiatie kiezen. Waarbij de keuze voor de ggz is gebaseerd op reële beelden en verwachtingen over de ggz.

1.2 Theoretische context

1.2.1 Onderzoek vragenlijst

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' die gebruikt wordt bij de bovengenoemde hbo-v's, is gebaseerd op het idee dat de negatieve, stereotype en onrealistische beelden van studenten verpleegkunde over de ggz invloed hebben op de keuze om voor de ggz te kiezen. Met behulp van de vragenlijst wil men achterhalen welke beelden studenten hebben over de ggz en welke invloed deze beelden hebben in de keuze voor hun differentiatierichting.

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is gebaseerd op de vragenlijst die Hoekstra (2006) gebruikt heeft om studenten voor haar kwalitatieve onderzoek te selecteren. De vragenlijst van Hoekstra bestond uit 25 stellingen en 4 open vragen. Hoewel de vragenlijst op basis van literatuuronderzoek is geconstrueerd, is de vragenlijst slechts gevalideerd op zicht (*face validity*), wat wil zeggen dat de vragenlijst is voorgelegd aan een panel van deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg. De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is gemaakt op basis van de vragenlijst van Hoekstra; er is een open vraag aan toegevoegd en een aantal van de stellingen zijn anders geformuleerd. Zie Tabel 2 voor de verschillen. De ggz- en onderwijsexpertise van de ontwikkelaars van de vragenlijst is leidend geweest voor de formulering van de vragenlijst 'beeldvorming ggz'.

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is het instrument voor het verkrijgen van data in het onderzoek dat de hbo-v van de Hogeschool van Amsterdam en de hbo-v's in Amsterdam en Alkmaar van de Hogeschool Inholland zijn gestart om te achterhalen waarom studenten weinig voor de ggz als afstudeerrichting kiezen. De vragenlijst 'beeldvorming ggz' zal gedurende het zesjarige onderzoek bij drie cohorten (cohort 2008/2009, 2009/2010 en 2010/2011) afgenomen worden. In elk cohort wordt de vragenlijst 'beeldvorming ggz' vijf keer afgenomen, dat wil zeggen, aan het begin van de opleiding en vervolgens aan het eind van elk schooljaar.

Gezien de duur en het aantal keer dat de vragenlijst wordt afgenomen (totaal vijftien keer) is het van belang dat de vragenlijst 'beeldvorming ggz' een valide beeld geeft van de opvattingen en beelden van studenten over de ggz. Validiteit gaat over de mate waarin een instrument meet wat dat instrument beoogt te meten. In het geval van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' dus de opvattingen en beelden die studenten over de ggz hebben. De vraag is of alle relevante opvattingen en beelden via de vragenlijst boven water komen. Met andere woorden: dekt de vragenlijst 'beeldvorming ggz' alle relevante beelden en opvattingen van studenten over de ggz? Verder is het van belang dat de schalen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz', die gebaseerd zijn op de vijf factoren van Hoekstra, betrouwbaar zijn.

De betrouwbaarheid van een meting verwijst naar de mate waarin een meting beïnvloed wordt door toevallige of onsystematische fouten (Boeijs, 2006). Betrouwbaarheid van de vragenlijst is in dit onderzoek bepaald door het meten van de interne consistentie van de aanwezige schalen in de vragenlijst.

1.2.2 Beroepskeuzetheorieën

Aan het eind van hun tweede studiejaar maken de studenten een keuze voor het verpleegkundig domein waarin ze zich in de differentiatiefase willen specialiseren. De keuze voor een domein houdt ook een keuze voor een werkveld in waar zij na hun opleiding willen gaan werken: het werkveld de

agz, de ggz, of de mgz (maatschappelijke gezondheidszorg). De keuze die zij maken is dus een beroepskeuze waarvoor zij in de opleiding een studiekeuze moeten maken.

Hoe mensen beroeps- en studiekeuzes maken is uitgebreid onderzocht. Er bestaan twee tradities die hieronder uitgelegd worden. Theorieën in beide tradities hebben voor dit onderzoek hun gebreken. Daarom zal buiten deze tradities gekeken worden naar een theorie die beter geschikt is voor dit onderzoek.

De twee tradities binnen de beroepskeuze- en studiekeuzetheorieën zijn vrijwel van elkaar gescheiden. De eerste traditie gaat over theorievorming over beroepskeuze (*career choice*), waarbij het gaat om de keuze van een bepaald beroep of beroeps carrière. De tweede traditie gaat over theorievorming over studiekeuze (*academic choice*), waarbij het gaat om de keuze van bepaalde vakken of opleidingsrichtingen binnen een schoolse omgeving (Stokking, 1997). In beide tradities zijn een aantal theoretische stromingen te onderscheiden (Stokking, 1997). Ten eerste een stroming waarbij kiezen als rationeel beslissen wordt gezien en waarbij de afstemming tussen beroep en persoon centraal staat. Beroeps- of studiekeuze wordt gezien als een in principe rationeel en in vrijheid verlopend proces. Men maakt een zo goed mogelijke keuze tussen de eigen wensen en mogelijkheden en tussen de eisen en kenmerken van de studie of het beroep. Deze stroming wordt gedomineerd door de theorie van Holland (1959).

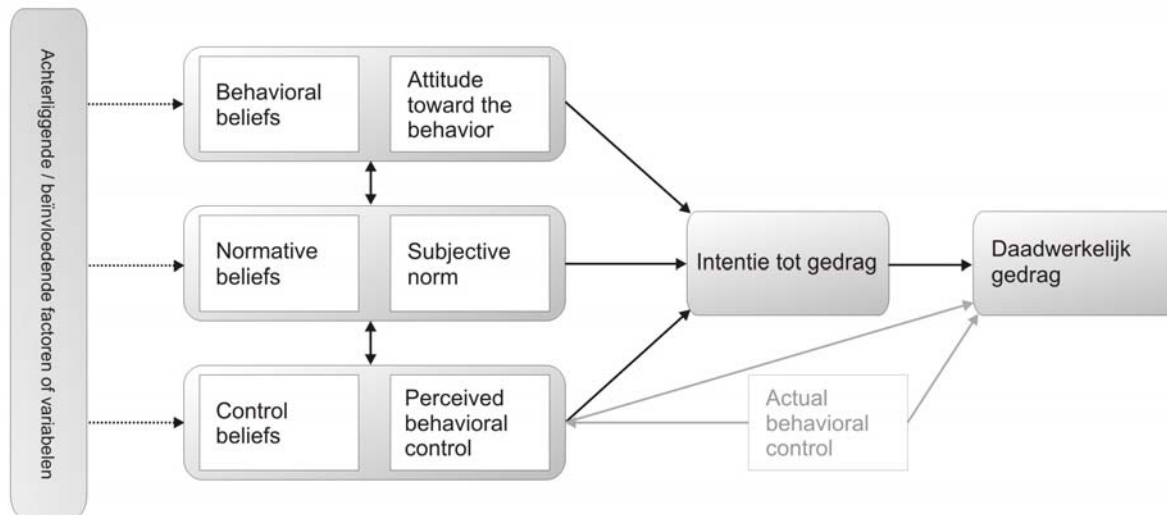
Een tweede stroming ziet beroeps- of studiekeuze als een resultaat van een proces van ontwikkeling of socialisatie. Er wordt van uitgegaan dat de persoonlijke ontwikkeling in fases verloopt, en dat via deze fases ook bepaalde loopbaankeuzes tot stand komen. Individuele vrijheid in deze loopbaankeuze is in deze stroming veel minder aanwezig. Een bekende theorie is die van Super (zie Super, 1980).

Een derde stroming gaat uit van een keuze op grond van sociaal cognitieve leerprocessen. In deze stroming staat ten eerste het begrip *self-efficacy* centraal. Self-efficacy is de overtuiging van iemand om bepaald gedrag succesvol te kunnen uitvoeren (Gibson, Griepentrog, & Marsh, 2007). Ten tweede het idee dat waar mensen goed in denken en blijken te zijn, zij daar ook een voorkeur voor ontwikkelen. Deze stroming heeft met de eerste gemeen dat een (beroeps)keuze doelgericht wordt gemaakt. Met de tweede stroming heeft zij gemeen dat deze keuze gemaakt wordt op basis van beelden en verwachtingen die men heeft opgedaan in hun sociale omgeving. Een bekende theorie is de 'Social Cognitive Career Theory' van Lent, Brown en Hackett. Deze theorie is gebaseerd op de 'Social Cognitive Theory' van Bandura (Lent, Brown, & Hackett, 2002).

Gezien bovenstaand overzicht is het de vraag wat een geschikte theorie of geschikt model is om inzicht te krijgen in het keuzeproces van de differentiatierichting bij hbo-v studenten. De aanname dat de keuze voor een bepaalde differentiatierichting doelgericht is en op weloverwogen gronden gemaakt wordt, is aannemelijk. Dat er echter ook niet-rationele processen een rol spelen, is eveneens aannemelijk, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de invloed van stereotype beelden bij studenten over de ggz op hun keuzerechtvaardiging (Hoekstra, 2006; Hoekstra et al., 2007). Een voor dit onderzoek bruikbare theorie moet dus deze twee aannames in zich hebben. Een theorie die dit in zich heeft is de 'Theory of Planned Behavior' (TPB) van Ajzen (2005). Deze theorie komt niet voort uit de beroepskeuze- of de studiekeuzetraditie, maar heeft een psychologische achtergrond, en bestrijkt een breder domein dan de beroeps/studiekeuzetheorieën. Zo is er veel onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de TPB bij bijvoorbeeld gezondheidsbevorderend gedrag (Ajzen, 1991; Conner & Sparks, 1996). De TPB is een algemeen model dat op systematische wijze individuele keuzeprocessen in kaart kan brengen (Kemper, Van Hoof, Visser, & De Jong, 2007). Een voor dit onderzoek goed hanteerbaar onderscheid in de TPB is het onderscheid tussen de intentie tot bepaald (keuze)gedrag en het daadwerkelijk uitvoeren van dat (keuze)gedrag. Het is in het onderzoek aan de hbo-v's van Amsterdam en Alkmaar immers het doel om juist die intentie, en wat de redenen voor die intentie zijn, in kaart te krijgen.

1.2.3 Theory of Planned Behavior

De TPB is in 1985 door Ajzen voorgesteld als een theorie die duidelijk maakt hoe mensen tot bepaald gedrag komen. De TPB probeert een antwoord te geven op hoe mensen tot een voornemen komen (intentie) om bepaald gedrag uit te voeren én hoe deze intentie tot gedrag ook tot daadwerkelijk gedrag leidt. Uitgangspunt van de TPB is “... human beings usually behave in a sensible manner; that they take account of available information and implicitly or explicitly consider the implications of their actions.” (Ajzen, 2005, p. 117).



Figuur 1: Het model van de 'Theory of Planned Behavior'

Volgens de TPB is de intentie tot gedrag en het daadwerkelijk gedrag afhankelijk van drie determinanten (zie Figuur 1). De eerste determinant is de attitude tot het (toekomstig) gedrag (*attitude towards the behavior*), of de mate waarin het uit te voeren gedrag positief of negatief wordt beoordeeld. De attitude tot dat gedrag wordt gedetermineerd door de aanwezige overtuigingen over de consequenties die dat gedrag heeft en geeft (*behavioral beliefs*). In het geval van de hbo-studenten in dit onderzoek bepalen allerlei opvattingen over de ggz en over het werken in de ggz, of zij positief of negatief staan tegenover het werken in de ggz.

De tweede determinant is de subjectieve norm (*Subjective norm*). Het is de waargenomen of ervaren sociale druk van anderen om bepaald gedrag al dan niet uit te voeren. De subjectieve norm wordt gedetermineerd door de opvattingen van voor de persoon belangrijke anderen of groepen, zoals vrienden, familie en/of medestudenten, én de mate waarin deze opvattingen door de persoon belangrijk worden gevonden (*normative beliefs*). In het geval van de hbo-v studenten gaat het om de mate waarin de student beïnvloed wordt door de opvattingen die ouders, vrienden en klasgenoten over de ggz hebben, om bijvoorbeeld niet voor de ggz te kiezen.

De derde determinant is de zelf waargenomen controle over het gedrag (*Perceived behavioral control*). Het verwijst naar de opvatting van mensen over hun vermogen om bepaald gedrag al dan niet te kunnen uitvoeren. Deze opvatting worden gedetermineerd door alle waargenomen of ervaren factoren die mogelijk een negatieve of positieve invloed hebben op de uitvoering van het gedrag (*control beliefs*). In het geval van de hbo-v studenten betekent dit dat hun ideeën over de vaardigheden en houding die nodig zijn voor het werken in de ggz, hun idee over de eigen geschiktheid voor het werken in de ggz bepaald.

Het begrip *Perceived behavioral control* is verenigbaar met het begrip *self-efficacy* van Bandura (Ajzen, 1991; Bandura, 1977), en is een latere toevoeging aan de 'Theory of Reasoned Action' van

Fishbein en Ajzen (Ajzen, 1991). De 'Theory of Reasoned Action' bleek alleen geldig tot gedrag dat uit vrije wil vertoond kan worden. Veel gedrag vereist echter bepaalde vaardigheden, kwalificaties of bronnen die niet altijd aanwezig zijn. Daarom is de TPB uitgebreid met de determinant *Perceived behavioral control*. Het kunnen inschatten van bepaalde vereisten beïnvloedt namelijk de stap van intentie naar gedrag. Hoe juister de inschatting wordt gemaakt, hoe groter de kans dat de intentie ook tot daadwerkelijk gedrag leidt. De mate waarin een van de determinanten *Attitude*, *Subjective norm* of *Perceived behavioral control* voorspellend is voor de intentie is afhankelijk van de sterkte van de andere determinanten.

De hierboven genoemde *beliefs* (behavioral, normative en control beliefs) worden gevormd en/of beïnvloed door een veelvoud aan variabelen, zoals leeftijd, sekse, intelligentie, emoties, invloed van media, enz. Deze achterliggende of beïnvloedende factoren (*background factors*) kunnen bestaan uit omgevingsinvloeden, demografische variabelen en persoonlijkheidskenmerken (Kemper et al., 2007). Zij vormen echter geen noodzakelijke verbinding met bepaalde *beliefs*, en maken daarom ook geen deel uit van het TPB model (vandaar de gestippelde pijlen in het model). Zo kan bijvoorbeeld de leeftijd voor bepaald keuzegedrag in een specifieke situatie relevant zijn, maar in een andere situatie niet.

Samengevat: mensen hebben de intentie om bepaald gedrag uit te voeren als zij het gedrag positief evalueren (*attitude*), zij een positieve sociale druk ervaren om het gedrag uit te voeren (*Subjective norm*), én als zij geloven dat zij de mogelijkheden en bekwaamheden hebben het gedrag uit te voeren (*Perceived behavioral control*). De TPB gaat er vanuit dat de stap van intentie naar daadwerkelijk gedrag vooral afhankelijk is of de zelf waargenomen controle over het gedrag een realistische waarneming of inschatting is. Is dat het geval, dan zal de intentie tot gedrag ook tot dat gedrag leiden. Met andere woorden: de *Perceived behavioral control* is dan gelijk aan de *Actual behavioral control* (Ajzen, 2005).

Het achterhalen van de factoren die bepalend zijn voor de intentie en daadwerkelijke keuze voor de differentiatierichting ggz, is het doel van dit onderzoek. De TPB geeft deze factoren slechts in abstracte zin, namelijk in de vorm van de drie determinanten. Uit eerder onderzoek naar studiekeuze zijn specifiekere omschreven beïnvloedende factoren gevonden. Zo heeft Kemper et al. (2007) in zijn onderzoek naar de studiekeuzes van middelbare scholieren op basis van literatuurstudie de drie determinanten van de TPB met factoren ingevuld die van belang bleken te zijn bij studiekeuzes die middelbare scholieren maken. De *Attitude* wordt bepaald door ideeën over de opleiding (bijvoorbeeld inhoud opleiding, lengte opleiding), over ideeën over het beroep dat met de opleiding uitgeoefend kan worden (bijvoorbeeld kans op baan, verwacht salaris) en over ideeën met betrekking tot de context van de opleiding (kenmerken stad en opleidingsinstelling). De *Subjective norm* wordt bepaald door de ouders, vrienden en middelbare school. En de *Perceived behavioral control* wordt bepaald door de eigen ervaringen en verwachtingen van anderen ten aanzien van studie, beroep en context opleiding.

Hoewel nog vrij weinig, is ook in andere onderzoeken die werk- of studiekeuzeprocessen als onderwerp hadden gebruik gemaakt van de TPB. Zo hebben Arnold et al. (2006) de TPB gebruikt om de intentie om een bepaald beroep in de Britse gezondheidszorg (verpleegkundige, fysiotherapeut of röntgenlaborant) te gaan uitoefenen bij verschillende groepen bepaald. Zij vonden sterke aanwijzingen voor de relevantie van de drie determinanten van de TPB. Ook bij Coombs et al. (2007) is de TPB gebruikt om bij verschillende groepen de intentie te bepalen om de beroepen verpleegkundige, fysiotherapeut of röntgenlaborant in de Britse gezondheidszorg te gaan uitoefenen. Het onderzoek liet zien dat de *Attitude* de sterkste voorspeller van de intentie was. Giles en Rea (1999) hebben met behulp van de TPB onderzoek gedaan naar de beroepsvoorkeur van mannelijke en vrouwelijke middelbare scholieren voor sekse-atypische beroepen. Hier bleek dat met name de *self-efficacy* (wat gelijk te stellen is aan *Perceived behavioral control* (Ajzen, 1991)) van belang is in het

beroepskeuzeprocessen. In het onderzoek van Hergenrather, Rhodes en McDaniel (2005) naar de factoren die van invloed zijn op de intentie van re-integratiemedewerkers om mensen met aids aan een baan te helpen, liet de TPB zien dat de determinant *Attitude* van voorspellende waarde was. McKinlay en Cowan (2003) hebben met de TPB de houding van verpleegkundestudenten tegenover het werken met bejaarde patiënten onderzocht. Op basis van een vragenlijst onder 172 verpleegkundestudenten bleek dat *Attitude* en in mindere mate *Subjective norm* voorspellend waren voor de intentie om met bejaarde patiënten te gaan werken.

Uit bovenstaande alinea blijkt het nut en de bruikbaarheid van de TPB bij werk- en studiekeuzeprocessen. Met name de determinant *Attitude* lijkt een belangrijke voorspellende determinant te zijn.

1.2.4 Categorieën Hoekstra

Hoekstra (2006) heeft in een literatuurstudie de beeldvorming van studenten over het werken in de geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Een belangrijk concept in haar onderzoek is het concept 'beeld'. Zij verstaat onder 'beeld' een mentale voorstelling van iets of iemand, veelal gebaseerd op gevoelens, overtuigingen en opvattingen. Beeldvorming wordt gezien als een continu in tijd aan veranderingen onderhevig 'beeld'. Het beeld dat iemand over iets of iemand heeft is dus niet iets vaststaand.

Uit haar literatuuronderzoek blijkt dat een afwijzing van de keuze voor de ggz sterk samenhangt met de beelden die studenten over de ggz als beroepsveld hebben. Zij komt bij deze beelden tot vier te onderscheiden categorieën:

1. Het beeld wat studenten over psychiatrische patiënten hebben. Studenten hebben vaak angstige gevoelens ten aanzien van psychiatrische patiënten, vaak op grond van misconcepties, zoals dat psychiatrische patiënten gevaarlijk, onvoorspelbaar en niet te genezen zijn (Happell & Martin, 2001; Happell & Rushworth, 2000a);
2. Het beeld dat studenten hebben over het werken in de geestelijke gezondheidszorg. Studenten hebben het idee dat het werk in de ggz onder andere saai, stressvol en frustrerend is. Of dat je vooral met bejaarde patiënten te maken hebt. Verder blijkt dat veel studenten nauwelijks een beeld hebben van de ggz als werksetting (Happell, 1999a, 1999b; Happell & Rushworth, 2000a, 2000b);
3. De ideeën die studenten hebben over de eigen geschiktheid om in de ggz te kunnen werken. Studenten denken dat bepaalde karaktereigenschappen nodig zijn om in de ggz te kunnen werken en denken vaak dat ze deze niet hebben (Happell & Rushworth, 2000a);
4. De privé-ervaringen van studenten met de ggz en de ervaringen van zijn of haar omgeving met de ggz. Het blijkt dat het hebben van genoemde ervaringen een positieve invloed heeft op het beeld dat studenten hebben over psychiatrische patiënten en het werken in de ggz (Ferguson & Hope, 1999; Happell & Rushworth, 2000b).

In Hoekstra et al. (2007)² worden vijf categorieën genoemd: *omgeving, behandelbaarheid, ideeën over het werk, autonomie van verpleegkundigen, ideeën over geschiktheid*. Helaas wordt niet uitgelegd wat deze categorieën precies inhouden. Daarom is getracht de vijf categorie uit Hoekstra et al. te beschrijven op grond van informatie uit Hoekstra (2006). Op grond van de informatie uit Hoekstra (2006) valt te concluderen dat de categorie *omgeving* grotendeels overeen komt met de categorie *beeld studenten over de psychiatrische patiënt*. Verder kan de categorie *behandelbaarheid* als een categorie gezien worden die voortkomt uit de categorie *beeld studenten over de psychiatrische patiënt*. De categorie autonomie van verpleegkundigen kan als een subcategorie van *ideeën*

² De relatie tussen Hoekstra (2006) en Hoekstra et al. (2007) is dat de eerste een masterthesis is, en de tweede een wetenschappelijk artikel is op basis van het onderzoek, gedaan in de masterthesis.

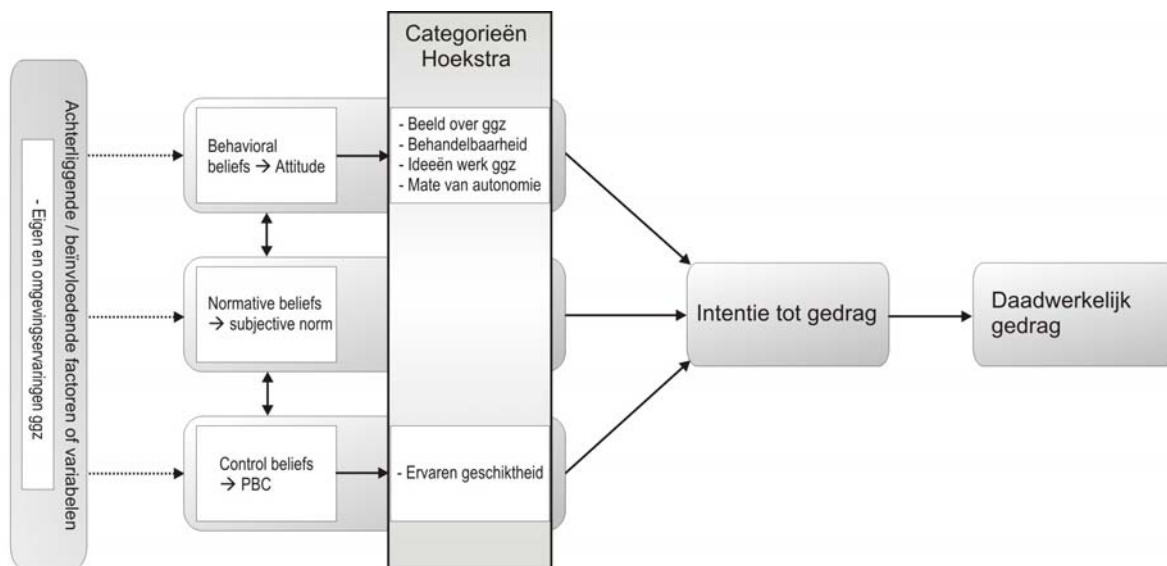
over werk in ggz gezien worden. De vijf categorieën van Hoekstra et al. worden in dit onderzoek worden daarom als volgt omschreven:

1. het beeld wat studenten over psychiatrische patiënten hebben;
2. de behandelbaarheid van psychiatrische patiënten;
3. ideeën over het werken in de ggz als verpleegkundige;
4. de autonomie van verpleegkundigen in de ggz;
- 5) de ervaren eigen geschiktheid voor het werken in de ggz als verpleegkundige.

Er is voor een synthese van de verschillende categorieën gekozen, omdat de stellingen van de vragenlijst niet allemaal onder een van de vier categorieën van Hoekstra (2006) te plaatsen viel. De stellingen vallen wel allemaal te plaatsen onder de vijf categorieën waar in dit onderzoek mee gewerkt wordt.

1.2.5 Theoretisch beïnvloedingsmodel

In dit onderzoek zijn de TPB en de vijf categorieën van Hoekstra samengevoegd in een theoretisch beïnvloedingsmodel (Figuur 2). De categorieën geven aspecten aan die van invloed op de keuze voor de ggz. Het idee is dat de (intentie tot de) keuze voor de ggz als differentiatierichting wordt bepaald door de drie determinanten (zie § 1.2.3). De determinanten *Attitude* en *Perceived behavioral control* zijn verder gespecificeerd op basis van de categorieën van Hoekstra. De determinant *Attitude* is gespecificeerd in *beeld over de wat studenten over de ggz hebben, de behandelbaarheid van psychiatrische patiënten, ideeën over het werken in de ggz als verpleegkundige, en de autonomie van verpleegkundigen in de ggz.*



Figuur 2: Theoretisch beïnvloedingsmodel

De determinant *Subjective norm* kon aan de hand van de categorieën niet verder gespecificeerd worden. In de onderzoeken van Hoekstra (2006) en Hoekstra et al. (2007) komen geen categorieën voor die de opvattingen van voor de persoon belangrijke anderen weergeven. Hoekstra geeft overigens wel aan dat studenten het oordeel en de goedkeuring van hun ouders belangrijk vinden. De determinant *Perceived behavioral control* is gespecificeerd in de *ervaren eigen geschiktheid voor het werken in de ggz als verpleegkundige.*

Het onderscheid wat in de TPB wordt gemaakt tussen enerzijds *beliefs* en *Attitude*, *Subjective norm* en *Perceived behavioral control* anderzijds, is voor de categorieën van Hoekstra niet te maken.

Zo gaat de categorie *beeld wat studenten over de ggz hebben* zowel over de opvattingen, beelden en gevoelens over de ggz, als over de daaruit voortvloeiende houding tegenover de ggz. De categorie *privé- en omgevingservaringen ggz* is niet onder een van de determinanten onder te brengen en is geplaatst onder de *achterliggende / beïnvloedende factoren* van het TPB. Privé-ervaring met de geestelijke gezondheidszorg of psychiatrische ziekten (of dergelijke ervaringen in de nabije omgeving) is op te vatten als een factor die invloed kan hebben op factoren die bepalend zijn voor (de intentie tot) de differentiatiekeuze.

1.3 Vraagstelling

Bovenstaande leidt tot de volgende vraagstelling:

Welke beelden hebben studenten verpleegkunde over de geestelijke gezondheidszorg en welke invloed hebben deze beelden op de keuze voor de ggz-differentiatie, en is de vragenlijst 'beeldvorming ggz' een valide en betrouwbaar meetinstrument om de beelden over de ggz te meten?

2 Methode

Dit onderzoek heeft een kwalitatief onderzoeksdeel en een kwantitatief onderzoeksdeel. In deel 1 wordt het kwalitatieve onderzoek beschreven en in deel 2 het kwantitatieve onderzoek.

2.1 Deel 1: Opvattingen over de ggz en de invloed daarvan op de differentiatiekeuze

2.1.1 Doel en opzet.

Het achterhalen van de opvattingen over de ggz bij studenten verpleegkunde en de invloed van deze opvattingen op hun keuze voor een differentiatierichting is gedaan door middel van een kwalitatief onderzoek. Via afname van interviews bij studenten verpleegkunde zijn de opvattingen over de ggz en de redenen voor de differentiatiekeuze in kaart gebracht. Het kwalitatieve onderzoek levert gegevens waarmee de bevindingen uit de kwantitatieve analyses van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' 'gecheckt' kunnen worden.

2.1.2 Selectie van de deelnemers.

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle voltijdsstudenten van de hbo-v van de Hogeschool van Amsterdam en de hbo-v's in Amsterdam en Alkmaar van de Hogeschool Inholland. De onderzoekspopulatie is gelijk aan de populatie van het onderzoek naar de beeldvorming over de ggz op genoemde hbo-v's. Op basis van resultaten van de statistische analyse van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' is besloten om alleen studenten van de Hogeschool van Amsterdam te interviewen. De resultaten gaven namelijk geen relevante verschillen te zien tussen de drie hbo-v's en de onderzoeker had bij de hbo-v van de Hogeschool van Amsterdam de beste mogelijkheden om studenten te benaderen.

Om alle mogelijke opvattingen over de ggz bij studenten te kunnen achterhalen is het van belang zowel studenten die de ggz-differentiatie als studenten die een andere differentiatie hebben gekozen of gaan kiezen te interviewen én dat uit elk studiejaar studenten worden geïnterviewd. Er is dus sprake van een doelgerichte (*purposeful*) steekproef. Er worden doelgericht studenten uit de studentenpopulatie geselecteerd die de gewenste kenmerken hebben. Doel van kwalitatief onderzoek is om de factoren te achterhalen die van belang zijn voor het onderzoek van een bepaalde doelgroep, niet de mate van vóórkomen van deze factoren in de doelgroep (Boeije, 2006). De selectie van de te interviewen studenten dient zodanig te gebeuren dat de kans dat alle beïnvloedende factoren die een rol bij studenten spelen ook genoemd worden, het grootst is. Nagegaan moet worden waar en hoe de te onderzoeken verschijnselen het best onderzocht kunnen worden (Hamilton & Bowers, 2006).

Naar aanleiding van twee proefinterviews met vierdejaarsstudenten is de nadruk gelegd op de selectie van eerstejaars- en tweedejaarsstudenten. Het bleek namelijk dat de vierdejaarsstudenten moeite hadden met het herinneren van hun opvattingen over de ggz aan het begin van hun opleiding.

Een ander selectie criterium was de vaardigheid van de te interviewen studenten om zich goed en snel schriftelijk te kunnen uitdrukken. Dit vanwege de schriftelijke aard van de interviewvorm. De mentoren van de studenten is gevraagd naar geschikte studenten voor het interview. De respons van de via deze manier geselecteerde studenten, bleek echter zo laag te zijn dat besloten is telkens ongeveer 20 studenten van de onderzoekspopulatie aan te schrijven, net zo lang tot er voldoende studenten zich hadden aangeboden. In totaal zijn er 82 van 512 voltijdsstudenten benaderd, daarvan hebben 17 studenten positief gereageerd en is bij 14 van hen het interview afgenomen. Bij de laatste twee studenten is het interview simultaan afgenomen, waarbij de studenten elkaars antwoorden konden lezen en zo nodig op elkaar konden reageren. Er zijn voornamelijk eerstejaars- en tweede-

jaarsstudenten geïnterviewd (Tabel 1). De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewden was 21 jaar, waarbij de leeftijd uiteen liep van 18 tot 31 jaar. Alle geïnterviewde studenten waren vrouwen.

Bij kwalitatief onderzoek is saturatie van de gegevensverzameling van belang. Saturatie houdt in dat bij analyse van de gegevens er door nieuwe gegevens geen nieuwe informatie over de relevante onderwerpen wordt verkregen (Boeije, 2006). Om te bepalen of er voldoende saturatie is bereikt zijn eerst de eerste elf afgenomen interviews gecodeerd en geanalyseerd, waarna de laatste twee interviews zijn geanalyseerd op nieuwe informatie. Het bleek dat deze twee interviews geen informatie opleverde die een aanpassing van de clusters en codes nodig maakte (zie Tabel 3), zodat geconcludeerd kan worden dat er voldoende saturatie is bereikt.

Tabel 1: Selectie van studenten voor interviews per leerjaar en differentiatiekeuze

	1 ^{ste} jaars	2 ^{de} jaars	3 ^{de} jaars	4 ^{de} jaars
Ggz	1	2	3	2
Niet-ggz	3	3		

2.1.3 Interviews

Methode van interviews

De interviews zijn via internet afgenomen met behulp van het softwareprogramma MSN, een zogenoemd chatprogramma, en via de e-mail. De oorspronkelijke reden voor deze keuze is dat afname en verwerking van interviews via MSN tijdsbesparend is ten opzichte van afname en verwerking van interviews die *face-to-face* worden afgenomen.

Internet wordt de laatste tien tot vijftien jaar in toenemende mate gebruikt om onderzoeksdata bij mensen te verzamelen. Ook het gebruik van internet bij afname van interviews, een belangrijk onderzoeksinstrument bij kwalitatief onderzoek, neemt toe (Scholl, Mulders, & Drent, 2001). In vergelijking met het traditionele interview zijn er bij interviewen via internet duidelijke verschillen zichtbaar. Het meest opvallende verschil is dat men bij het traditionele interview fysiek samen in een ruimte zit (met andere woorden, *face-to-face* zit) en bij het interview via internet men fysiek gescheiden is. De interviewer zit bijvoorbeeld op kantoor, terwijl de geïnterviewde thuis zit. Het voordeel is dat het makkelijker is de geïnterviewde te bereiken, want in principe kan de geïnterviewde zich op elke plek op de wereld bevinden, ongeacht waar de interviewer zich bevindt.

Een ander verschil is dat een interview via internet zowel synchroon als asynchroon kan plaatsvinden. Dit in tegenstelling tot het traditionele interview, wat altijd synchroon plaats vindt. Interviews via e-mail is asynchroon en wordt meest gebruikt (Hamilton & Bowers, 2006; Hunt & McHale, 2007). Het voordeel is dat de geïnterviewde ruim de tijd heeft om op een zelf gewenst moment een antwoord te geven. De interviewer is in staat op deze wijze meerdere interviews af te nemen en kan op basis van verkregen informatie gaande het interview makkelijk vragen veranderen.

Een belangrijk verschil is het verschil in oriëntatie tussen spraak bij traditionele interviews versus schrift bij interviews via internet. Interviews via internet gebeurt via het typen van tekst³, het voordeel hiervan is dat het interview niet achteraf hoeft te worden getranscribeerd, wat veel tijdswinst oplevert en geen omzettingfouten geeft. Een ander voordeel van schrift als medium is dat beide partijen meer tijd voor reflectie op vraag en antwoord hebben (Chen & Hinton, 1999; Hamilton & Bowers, 2006). Als een nadeel kan het verlies aan spontaniteit en diepgang gezien worden; de interviewer kan niet meer reageren op allerlei non-verbale uitingen van de geïnterviewde (Chen & Hinton, 1999; Hamilton & Bowers, 2006). Overigens geeft volgens Beck (2005) divers onderzoek verschillende resultaten qua spontaniteit en diepgang te zien. Een ander nadeel kan een mindere

³ Dat interviewen via internet schriftelijk van aard *moet* zijn, is vandaag de dag niet noodzakelijk. Het is vaak technisch goed mogelijk om ook spraak en beeld synchroon over te brengen. Maar e-mailen en chatten gebeurt vooralsnog voornamelijk schriftelijk.

mate van betrokkenheid van de geïnterviewde zijn. De betrokkenheid kan negatief beïnvloed worden doordat er op het non-verbale aspect van de communicatie geen beroep wordt gedaan, maar ook het asynchrone karakter en het fysiek gescheiden zijn kan een negatieve invloed hebben op de betrokkenheid.

Een punt van aandacht is het identificatieprobleem: is de geïnterviewde wel degene die hij zegt te zijn. Verwisseling van identiteit is vanwege de fysieke afstand en de aard van de communicatie, namelijk schriftelijk, veel makkelijker dan bij face-to-face interviews (James & Busher, 2007). In dit onderzoek lijkt het identificatieprobleem niet te bestaan, gezien de aard van de selectieprocedure en het interviewonderwerp. Wat wel problematisch kan zijn, en wat dicht tegen het identificatieprobleem aanligt, is dat de geïnterviewde samen met een ander antwoorden geeft op de vragen van de interviewer, terwijl de interviewer niet op de hoogte is van de aanwezigheid van die ander. Het grote gevaar is dat de authenticiteit van de antwoorden van de geïnterviewde verloren gaat (James & Busher, 2007). Dit probleem is getracht te ondervangen door de studenten uitdrukkelijk te vragen alleen te zijn op het moment van interviewafname.

Wat in de literatuur vaak ook als nadeel wordt aangegeven is de selectieve beschikbaarheid van internet en daaraan gerelateerde chatprogramma's (Chen & Hinton, 1999). In dit onderzoek is voor de doelgroep de beschikbaarheid van internet geen probleem: iedereen beschikt over een persoonlijk e-mailadres en heeft via de school ook een internetaansluiting. Verder bleek dat bij de deelnemende studenten iedereen bekend was met MSN. Dit wordt ook gestaafd in de literatuur, waaruit blijkt dat chatten onder jongeren een van de meest populaire vormen van interactie op het internet is (Centraal Bureau voor de Statistiek, n.d.; Im & Chee, 2001).

Vanwege de relatieve onbekendheid met online interviews is in elk interview aan de student gevraagd hoe zij het interview via MSN heeft ervaren. Veruit de meesten vonden het interview via MSN leuk om te doen. Als positief punt werd aangegeven het feit dat men thuis het interview kon doen. Verder werd positief ervaren dat men iets meer tijd heeft om weloverwogen antwoord te geven. Het gemis van de non-verbale interactie (gezichtuitdrukkingen, gebaren, lichaamshoudingen, enz.), werd door enkelen opgemerkt, en dat werd zowel als een voordeel als een klein nadeel ervaren. Ook werd eenmaal opgemerkt een face-to-face interview leuker te vinden dan een interview via MSN. Iedere student gaf aan te hebben kunnen zeggen wat zij wilde zeggen. Bij degenen die aangaven niet mee te willen doen aan het interview, gaf één iemand aan dat zij een hekel aan MSN had. Kortom, online interviews via MSN lijkt, in ieder geval tijdens dit onderzoek, gelijkwaardig te zijn aan de traditionele manier van interviews. Een groot voordeel voor de interviewer is dat het interview niet getranscribeerd hoeft te worden, wat veel tijdswinst heeft opgeleverd. De ruwe interviewtekst is wel bewerkt voordat aan het coderen werd begonnen, door de spel- en tikfouten te verbeteren en de bij voorhand niet relevante interviewdelen (bijvoorbeeld de verwelkoming en afsluiting) te verwijderen.

Procedure afname interviews

Bij het afnemen van de interviews is de volgende procedure gevolgd:

- Stap 1: Afname van twee proefinterviews, waarbij bekeken werd of de afnamemethode via MSN werkte (voldoende tijd, voldoende diepgang);
- Stap 2: Afname van vier interviews, waarna de interviewteksten door de begeleider van de HvA gecontroleerd zijn op techniek (doorvragen e.d.) en inhoud (gemiste onderwerpen en/of gemiste vragen);
- Stap 3: Afname van zeven interviews, waarbij het laatste interview in de vorm van een groepsinterview met twee studenten.

Deelname studenten aan interview

De studenten werden via de e-mail benaderd of zij mee wilden doen aan het interview (Bijlage 1). Zo ja, dan werd via de e-mail of telefonisch een datum en tijd gekozen voor afname. Deze afspraak werd via de email bevestigd, waarbij tegelijkertijd aanvullende informatie over het onderzoek en de spelregels voor het interview werd verzonden (Bijlage 1). Na afloop van het interview via MSN werd de interviewtekst aan de studenten gezonden.

Afname van het interview nam 1 á 1½ uur in beslag. Na het interview werd de student in staat gesteld om gedurende één week nog aanvullingen aan te brengen in de tekst. Ook kon de interviewer in deze week nog aan de student om verduidelijking vragen. Het interview is hierdoor deels synchroon en deels asynchroon in tijd (Hamilton & Bowers, 2006). Na het verlopen van deze week was verandering of aanvulling niet meer mogelijk. Het asynchrone deel van het interview had tot doel om de informatieoverdracht van het interview te vergroten, omdat de verwachting was dat in het synchrone deel van het interview er mogelijk minder informatie wordt overgebracht, dan vergeleken met een traditionele interview in dezelfde tijdsspanne, omdat schrijven langzamer gaat dan spreken. Dit komt overigens in divers onderzoek niet naar voren als een verschil (zie Hamilton & Bowers, 2006; Hunt & McHale, 2007) en er is tijdens dit onderzoek nauwelijks gebruik van gemaakt. Slechts één student heeft aanvullingen in de toegezonden interviewtekst gegeven. De interviewer heeft bij 3 studenten verdiepingvragen via de e-mail gesteld.

Er werden twee proefinterviews afgenomen om de interviewtechniek uit te proberen. Dit waren twee vierdejaarsstudenten die voor de ggz differentiatie hadden gekozen. Aan één van hen is voor aanvang van het interview een aantal vragen ter voorbereiding gestuurd. Dit bleek goede informatie op te leveren én in het interview sneller tot verdiepingvragen te leiden. Het voor aanvang opsturen van vragen werd daarom opgenomen in het interviewprotocol (Bijlage 1).

Topiclijst

Het eerste deel van de vraagstelling gaat over de opvattingen over de ggz die studenten hebben. Het interview bestaat uit twee onderdelen; het onderdeel dat bestaat uit vragen over de opvattingen over de ggz, en het onderdeel dat bestaat uit vragen over de redenen voor de gemaakte keuze of de redenen voor de intentie voor een keuze. Het vragen naar de redenen gebeurt om de invloed van bepaalde beelden op de differentiatiekeuze te kunnen onderzoeken. Hoewel beide onderdelen logisch gezien te scheiden zijn, bleek tijdens het interviewen dat beide onderdelen qua bevraging en beantwoording door elkaar liepen.

In beide onderdelen wordt met drie dimensies gewerkt: beelden over de ggz, zowel eigen beelden als beelden van de maatschappij; houding ten aanzien van werken in de ggz; en kwaliteiten voor werken in de ggz. De dimensies zijn gebaseerd op de determinanten van de TPB en de categorieën van Hoekstra et al. (2007). In Tabel 2 zijn deze dimensies uitgewerkt in subdimensies en voorbeeldvragen. Bij de eerste dimensie, beelden over de ggz, zijn een aantal onderwerpen waarover uitspraken gedaan zouden kunnen worden, achter de hand gehouden. Deze onderwerpen gaven de interviewer de mogelijkheid tot enige sturing als een geïnterviewde moeite had specifiek te worden. De onderwerpen zijn: *Werkperspectief; Verslaving; Uiterlijk en verzorging; Levensperspectief; Behandelbaarheid; Agressie; Schuld of pech; Leeftijd (ouderen); Bereikbaarheid en zichtbaarheid*. Deze onderwerpen komen ook voor in stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz'.

Tabel 2: Topiclijst interview

<i>Deel 1 interview</i>		
Dimensie	Subdimensie	Vragen
Beelden/ideeën/opvattingen/visies over psychiatrie, psychiatrische patiënten (zowel eigen beelden, als beelden die de maatschappij heeft).	<ul style="list-style-type: none"> • Zelfbeeld over de ggz • Zelfbeeld over 'de' psychiatrische patiënt • Beeld van anderen/samenleving 	<p>Welk beeld heb jij over de ggz/psychiatrie?</p> <p>Waar denk je aan als je denkt aan psychiatrische patiënten?</p> <p>Welk beeld volgens jou heeft de samenleving over de ggz?</p>
Houding ten aanzien van werken in de ggz.	<ul style="list-style-type: none"> • Carrière mogelijkheden • Uitdagendheid • Status 	Hoe zie je het werken in de ggz in vergelijking met andere werkvelden?
Ervaren kwaliteiten/ vaardigheden om in de ggz te gaan werken. <ul style="list-style-type: none"> • Karaktereigenschappen • Vaardigheden 		<p>Over welke kwaliteiten moet een ggz-verpleegkundige beschikken?</p> <p>Over welke vaardigheden moet een ggz-verpleegkundige beschikken?</p> <p>Denk jij dat je over de juiste kwaliteiten beschikt voor het werken in de ggz?</p> <p>Denk jij dat je over genoeg vaardigheden beschikt voor het werken in de ggz?</p>
<i>Deel 2 interview</i>		
Dimensie	Subdimensie	Vragen
Beelden/ideeën over psychiatrie, psychiatrische patiënten.		<p>Kun je aangeven wat jouw reden/redenen zijn om te kiezen voor de differentiatie?</p> <p>In hoeverre heeft jouw beeld over de ggz een rol bij de keuze voor de differentiatie gespeeld?</p>
Houding ten aanzien van werken in de ggz.	<ul style="list-style-type: none"> • Eigen houding • Houding omgeving 	In hoeverre hebben carrière/uitdaging/aanzien een rol gespeeld?
Ervaren invloed door omgeving.		Heeft je nabije omgeving invloed op je differentiatiekeuze gehad?
Ervaren kwaliteiten/ vaardigheden om in de ggz te gaan werken	<ul style="list-style-type: none"> • Karaktereigenschappen • Vaardigheden 	In hoeverre hebben jouw kwaliteiten / vaardigheden een rol gespeeld?

2.1.4 Analyse interviews

Bij het analyseren van de gegevens van de interviews is de volgende procedure gevolgd:

- Stap 1: Na interviewafname is de interviewtekst bewerkt door niet relevante passages te verwijderen en door de toevoeging van de voorbereidingsvragen en antwoorden daarop aan de interviewtekst;
- Stap 2: Open codering van de eerste zes bewerkte interviewteksten;
- Stap 3: Na open codering van eerste zes interviewteksten codering voorleggen aan inhoudsdeskundige ter controle betrouwbaarheid codering;
- Stap 4: Open codering van de overige vijf interviewteksten;
- Stap 5: Axiale codering van de codes en categorieën die in stap 3 en 4 gemaakt zijn;
- Stap 6: Op basis van coderingskader (Tabel 3) de laatste twee interviews analyseren;
- Stap 7: Selectieve codering.

Coderingskader

Het coderingskader bevat codes op drie niveaus. De meest basale codes zijn de codes op basisniveau. Deze codes zijn op inductieve wijze toegekend aan zinsdelen, zinnen en/of alinea's van de interviewteksten. Deze basiscodes zijn vervolgens geclusterd op onderwerpniveau, bijvoorbeeld *ggz-werk-*

carrière en *ggz-geschiktheid*. De clusters op onderwerpniveau zijn vervolgens weer geclusterd op categorieniveau, bijvoorbeeld de codes *Beeld-ggz/patiënten* en *Ggz-als-werkveld*. De clusters op onderwerp en categorieniveau vormen samen het coderingskader en zijn gebaseerd op het theoretisch beïnvloedingsmodel. De clusters op beide niveaus zijn gaandeweg het coderen aangepast om relevante basiscodes een plaats te kunnen geven. Met andere woorden: het coderingskader geeft richting aan het codeerproces, en het codeerproces past het kader aan (zie Miles & Huberman, 1994, p. 58). In Tabel 3 is het uiteindelijke resultaat van het codeerproces weergegeven. De betekenis van de clusters is in paragraaf 3.1.1 gegeven.

Tabel 3: Coderingskader voor clustering en codering van de interviewgegevens

<i>Clusters categorieniveau</i>	<i>Clusters onderwerpniveau</i>	<i>Codes basisniveau</i>
1. Beeld-ggz/patiënten	Agressie-ggz/patiënten*	
	Behandeling patiënten	
	Ggz/patiënten-houding	Positieve houding ggz Negatieve houding ggz
	Patiënten-oorzaak*	
	Ggz-bekendheid*	
	Kenmerken	Kenmerken ggz(-instelling) Kenmerken patiënt
	Diversen	Zelfde beeld als samenleving Angst
2. Ggz-ervaring		Omgeving ervaring ggz Invloed ggz ervaring Geen ggz ervaring
3. Ggz-als-werkveld	Ggz-werk-carrière	Carrièremogelijkheden onbekend Carrièremogelijkheden min Carrièremogelijkheden plus
	Ggz-werk-waardering	Waardering Status gelijk Status minder Hiërarchie Autonomie
	Ggz-werkinvulling	Werkzaamheden Manier van werken
4. Kwaliteiten-inhoud		Soort eigenschap
	Kwaliteiten-inhoud-houding	Professionaliteit Geduld Standvastigheid Creativiteit Houding diversen
	Kwaliteiten-inhoud-vaardigheden	Communicatieve vaardigheden Agressiehantering Luistervaardigheid Observeren Vaardigheden diversen
5. Kwaliteiten-geschiktheid	Ggz-geschiktheid	Geschiktheid plus Geschiktheid min
	Ggz-beheersing	Beheersing plus Beheersing min
6. Keuze-hbov	Rol-omgeving-keuze	Invloed ouders/omgeving Overleg keuze
	Keuze-redenen-hbov*	
	Rol-moment-keuze*	

<i>Clusters categorieniveau</i>	<i>Clusters onderwerpniveau</i>	<i>Codes basisniveau</i>
7. Keuze-differentiatie	Keuze-redenen-differentiatie	Voorkeur ggz Voorkeur agz Voorkeur onbekend Invloed beeld over ggz
	Rol-stage-keuze	Negatieve stage-ervaring ggz Positieve stage-ervaring ggz Negatieve stage-ervaring agz
	Rol-omgeving-keuze	Oordeel ouders/omgeving Houding ouders/omgeving Invloed ouders/omgeving Overleg bij keuze

*niet alle clusters op onderwerpniveau konden in meerdere basiscodes onderverdeeld worden.

Codering gegevensverzameling

Alle elf interviewteksten zijn eerst geredigeerd: spel- en tikfouten zijn verbeterd; niet relevante tekst (namen van deelnemers en tijdsaanduidingen) is verwijderd; antwoorden op doorvraag vragen zijn zo goed als mogelijk samengevoegd onder de oorspronkelijke vraag; vragen en antwoorden die niets met het onderwerp van doen hadden (bijvoorbeeld de afrondings- en evaluatievragen) zijn verwijderd. De geredigeerde teksten zijn vervolgens opgenomen in het softwareprogramma voor kwalitatieve analyse *Atlas.ti* (versie 6). Met *Atlas.ti* is voor de eerste zes interviewteksten aan elk relevant tekstfragment een basiscode en een of meerdere codes op categorie- en onderwerpniveau toegevoegd. De resultaten zijn vervolgens beoordeeld door twee deskundigen om te bepalen of de basiscodes begrijpelijk en inhoudelijk relevant waren. De ene deskundige – een onderwijskundige van de hbo-v - keek vanuit zijn ervaring met studenten hbo-v naar de codering, de andere deskundige – de begeleider bij dit onderzoek – keek vooral vanuit een theoretisch perspectief. Na aanpassingen naar aanleiding van het commentaar van de deskundigen, zijn vervolgens de vijf andere interviewtekst gecodeerd. De volgende stap was het clusteren van alle basiscodes onder de categorie- en onderwerpcodes. In deze fase zijn veel basiscodes samengevoegd of herbenoemd of verwijderd. Ook zijn enkele nieuwe onderwerpcodes geïntroduceerd en bestaande verwijderd.

Na het coderen zijn alle fragmenten per code geclusterd en vervolgens is het geheel (codes en fragmenten) geanalyseerd op overlappingen en juiste plaatsing. Het resultaat was dat de categoriecodes *beeld-ggz* en *beeld-patiënten* zijn samengevoegd en het aantal onderwerpcodes drastisch is verminderd. De basiscodes konden vrijwel allemaal met de onderwerpcodes samengevoegd worden. De drie nog niet gecodeerde interviews zijn vervolgens gecodeerd met behulp van de reeds geconstrueerde codes zoals die in het coderingskader zijn weergegeven (Tabel 3).

2.2 Deel 2: Betrouwbaarheid en validiteit vragenlijst 'beeldvorming ggz'

2.2.1 Doel en opzet:

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is, zoals in de inleiding is beschreven, nog niet gevalideerd. In dit onderzoek wordt de vragenlijst 'beeldvorming ggz' zowel op inhoudsvaliditeit als op constructvaliditeit onderzocht. Onder inhoudsvaliditeit wordt verstaan: de mate waarin een meting het bedoelde domein weergeeft. In het geval van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' gaat het om de vraag of de items alle relevante opvattingen van studenten over de ggz in beeld brengen. De inhoudsvaliditeit is onderzocht door de opvattingen waarnaar de stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' verwijzen, te vergelijken met de opvattingen zoals die in het kwalitatieve deel (zie Methode deel 1) van het onderzoek naar voren zijn gekomen. Gekeken is of de beelden over de ggz in het kwalitatieve deel overeen komen met de beelden over de ggz in de stellingen en vice versa.

Onder constructvaliditeit wordt verstaan: de mate waarin een meting overeenkomt met andere gerelateerde metingen, die theoretisch samenhangen met de onderliggende variabele(n) of construct (Pallant, 2007). Voor het bepalen van de constructvaliditeit van de vragenlijst is door middel van een exploratieve factoranalyse bepaald of de stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' te herleiden zijn tot een aantal onderliggende factoren. De items die onder de gevonden factoren vallen zijn op betrouwbaarheid getest met behulp van de coëfficiënt alfa (beter bekend als Cronbachs alfa). Doel is om de interne consistentie van de items onder een factor te bepalen; en om de sterkte van het construct waarnaar een gevonden factor verwijst te meten (Cortina, 1993). Omdat in het resultatenhoofdstuk ook is onderzocht of de factoren overeenkomen met de vijf categorieën van Hoekstra, is er ook een itemanalyse op de categorieën uitgevoerd.

2.2.2 Vragenlijst 'beeldvorming ggz' :

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is gebaseerd op de vragenlijst van Hoekstra (2006). Die vragenlijst was gebaseerd op de oorspronkelijke vier categorieën van Hoekstra (2006) (zie § 1.2.4) die zij had afgeleid uit literatuuronderzoek. Haar vragenlijst bestond uit 4 algemene vragen en 25 stellingen. De algemene vragen hadden betrekking op de privé- en omgevingservaringen met de psychiatrie en het werken in de ggz. Deze vragenlijst was bedoeld als selectie-instrument voor de keuze van te interviewen studenten. De stellingen in haar vragenlijst zijn gemaakt op basis van haar categorieën.

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is qua opzet identiek aan de vragenlijst van Hoekstra (2006), alleen is de formulering van een aantal vragen en stellingen aangepast om een grotere *face-validity* te krijgen. In Bijlage 2 zijn de verschillen in formulering opgenomen. In de vragenlijst 'beeldvorming ggz' zijn de antwoordmogelijkheden van de algemene vragen 1, 2 en 4 dichotoom, namelijk ja of nee. Bij vraag 3 zijn er meerdere antwoordmogelijkheden. De stellingen zijn te scoren op een vierpunts-Likertschaal. De vragenlijst 'beeldvorming ggz' vraagt buiten de stellingen en de algemene vragen ook naar de leeftijd, geslacht en vooropleiding.

2.2.3 Deelnemers

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is in september 2008, aan het begin van het schooljaar, afgenomen bij alle eerstejaars voltijdsstudenten van de hbo-v van de Hogeschool van Amsterdam, de hbo-v van de Hogeschool Inholland, locatie Amsterdam en de hbo-v van de Hogeschool Inholland, locatie Alkmaar. Er zijn totaal 348 studenten benaderd, waarvan 278 studenten een vragenlijst hebben ingevuld, wat een respons geeft van 80% (Tabel 4). Deze studenten hebben de volgende kenmerken: de vooropleiding is voornamelijk havo (Tabel 5); de gemiddelde leeftijd is 18,5 jaar (SD = 1,95) met een modus van 18 jaar en een bereik van 16 tot en met 32 jaar; 12% is van het mannelijk geslacht en 88% van het vrouwelijk geslacht.

Tabel 4: Respons vragenlijsten per hogeschool en locatie

	Totaal	Respons	Respons %
HiH Amsterdam	81	45	56%
HiH Alkmaar	58	45	78%
HvA	209	188	90%
Totaal	348	278	80%

HiH = hbo-v Hogeschool Inholland

HvA = hbo-v Hogeschool van Amsterdam

Tabel 5: Vooropleiding studenten

	Aantal	Percentage %
Havo	212	76%
Vwo / gymnasium	42	15%
Hbo / universitaire opleid.	4	2%
anders	20	7%
Totaal	278	100%

De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is in papieren vorm verspreid. De verspreiding werd verzorgd door de mentoren van de verschillende klassen. Zij zorgden ook voor het verzamelen van de vragenlijsten en het noteren van de aantallen ingevulde exemplaren per mentorgroep. De data van de vragenlijsten zijn vervolgens handmatig in een SPSS-bestand ingevoerd.

Het door de studenten ingevulde kruisje op de vierpunts-Likertschaal gaf bij het overzetten in het SPSS-bestand regelmatig aanleiding tot onduidelijkheden. Zo hadden veel studenten tussen de twee middelste vakjes een kruisje gezet, om zo een midden of neutrale positie aan te geven. Hoewel er sprake is van informatie, is besloten – om de dataset zo zuiver mogelijk te houden – elke afwijking (een 'tussen'kruisje of twee kruisjes naast elkaar) als een missing value te beschouwen.

3 Resultaten:

3.1 Resultaten kwalitatieve analyse.

De resultaten van de interviews zijn in twee delen weergegeven. Het eerste deel is een samenvatting van de interviewinhouden op basis van het coderingskader (zie Tabel 3). In het tweede deel is per geïnterviewde student een samenvatting van de belangrijkste resultaten gegeven.

3.1.1 Resultaten per cluster

De resultaten zijn per cluster op onderwerpniveau weergegeven. Elke samenvatting van een cluster op onderwerpniveau bevat een of meerdere kenmerkende fragmenten. Bij elk fragment is aangegeven van welke geanonimiseerde student het fragment is, wat haar leeftijd is en welke keuze ze denkt te gaan doen of heeft gemaakt. Onder elk cluster is de betekenis van dat cluster gegeven.

Beeld-ggz/patiënten

(Beelden en opvattingen over de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische patiënten.)

Agressie-ggz/patiënten:

(Beelden en opvattingen over het voorkomen van agressie in de ggz en onder patiënten.)

De helft van de geïnterviewden hadden het idee dat in de ggz veel agressie voorkomt.

Zijn verhaal was: "ik vocht, ik lag boven en patiënt onder, toen lag ik weer onder etc." Dat is het enige verhaal wat ik hoorde over de psychiatrie. Vandaar mijn beeld. Mijn gedachte was: "Het zal een gevaarlijk beroep zijn." "Een vaag iets waar verpleegkundigen kunnen werken, maar wat ze er nou doen...??? Voor de lol vechten ofzo..???" (student 6, 21 jaar, ggz)

Een aantal gaf expliciet aan de agressie in de ggz eng te vinden. Het idee dat er veel agressie voorkomt is voor één iemand reden geweest om voor de agz te kiezen.

Het is alleen zo dat ik vrij wisselende verhalen heb gehoord over het werk en dan met name over agressie. Aan agressie had ik nog niet zo eerder gedacht dus dat was voor mij een belangrijke reden om voor de agz te kiezen. (student 4, 25 jaar, agz)

Behandeling patiënten:

(Beelden en opvattingen over de mogelijkheden van behandeling van mensen met een psychiatrische ziekte.)

Twee geïnterviewden gaven expliciet aan dat psychiatrische patiënten behandeld kunnen worden.

Ik heb zelf wel altijd gedacht dat deze mensen geholpen moeten/kunnen worden. (student 8, 18 jaar, ggz)

Ggz/patiënten-houding:

(De houding van studenten tegenover de ggz en psychiatrische patiënten.)

Eenzijds gaven velen op grond van hun ideeën over de ggz, aan de ggz eng en beangstigend te vinden.

Daarnaast vind ik het feit dat de cliënten dus psychische problemen hebben ook best eng....dat ze bijvoorbeeld dingen zien of horen en daardoor hun gedrag wordt beïnvloed. (student 3, 20 jaar, agz)

Anderzijds wordt ook aangegeven nieuwsgierig te zijn naar de ggz en niet negatief tegenover de ggz te staan, ondanks een andere keuze dan de ggz.

Ik was wel nieuwsgierig naar hoe het zou zijn om met mensen met psychische problemen te werken. Ik was nieuwsgierig naar hoe de zorg voor psychiatrische patiënten eruit zou zien. Ik vroeg me af hoe je deze patiënten kon helpen. (student 8, 18 jaar, ggz)

Patiënten-oorzaak:

(Beelden en opvattingen over de oorzaak van psychiatrische ziekten en –problematiek.)

Over de oorzaak van psychische problematiek en psychiatrische ziektes wordt door twee geïnterviewden iets gezegd. Zij geven beide ongeveer hetzelfde aan: iets mis in de hersenen, externe oorzaken, en ziekte is genetisch bepaald. Het idee dat de problemen van psychiatrische patiënten (deels) hun eigen schuld is, wordt niet aangehangen.

Ik dacht en denk dat er iets mis was in hun hersenen, of dat er iets in hun leven gebeurd was wat hun gedrag zou beïnvloeden. De ziektes worden vaak door factoren van buitenaf beïnvloed. (student 2, 18 jaar, ggz)

Ggz-bekendheid:

(De mate van bekendheid van de ggz bij de studenten.)

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat zij, voordat zij aan de opleiding begonnen, nauwelijks iets wisten over de ggz. Ze beseften niet dat de ggz onderdeel van de hbo-v was. Daardoor was een keuze voor de hbo-v voor enkelen ook automatisch een keuze voor de agz.

Ik vond de psychiatrie iets wat ver van mijn bed stond. Ik had er nog nooit mee te maken gehad. Ik zag het ook niet zitten aan het begin van mijn opleiding om die richting te kiezen. (student 12, 21 jaar, agz)

Kenmerken:

(Door de studenten aangegeven kenmerken van de ggz en van psychiatrische patiënten.)

Het beeld over de ggz-instellingen is dat het plaatsen zijn waar mensen langdurig of voorgoed worden opgenomen, vaak tegen de zin van de patiënt.

Voordat ik aan de opleiding begon kende ik eigenlijk alleen het beeld van de ggz waarbij mensen verplicht in een inrichting komen en daar ook niet snel meer vandaan komen. (student 3, 20 jaar, agz)

Het beeld van psychiatrische patiënten is vooral dat er geen of nauwelijks contact met ze mogelijk is, dat ze onvoorspelbaar gedrag vertonen. Een veel genoemd kenmerk is verder dat psychiatrische patiënten stemmen horen en dingen zien die andere mensen niet horen of zien.

Het leek me een groep mensen die ontspoord was: De weg kwijt, alle remmen los, niet weten wat normaal is en geen rekening met anderen houden. (student 2, 18 jaar, ggz)

Mensen die eigenlijk heel erg teruggetrokken zijn en bezig zijn met zichzelf. Druk met stemmen in hun hoofd. Of gewoon heel veel niet kunnen... Mensen die de hele dag in een stoel zitten en geen tijd hebben om (buiten hun eigen hoofd zeg maar) ergens aandacht aan te besteden. (student 8, 18 jaar, agz)

Ggz-ervaring

(De eigen ervaring van de student met de ggz en/of ervaringen met de ggz in de nabije omgeving van de student)

Veel studenten geven aan voorafgaand aan de opleiding geen ervaring met de psychiatrie te hebben gehad.

Verder had ik nog nooit echt van dichtbij meegemaakt hoe een psychiatrische patiënt zich gedraagt. (student 9, 19 jaar, agz)

Bij degene die aangaven dat wel te hebben gehad, bleek de ervaring te bestaan uit werkende familie of kennissen in de ggz, of familie / kennissen die opgenomen zijn (geweest) of een psychiatrische ziekte (depressie) hebben gehad.

Dit komt ook omdat mijn familie en vrienden allemaal wel ervaring hebben met de psychiatrie. (student 1, 22 jaar, agz)

Eén student gaf aan dat haar ervaring mede bepalend voor haar keuze voor de ggz is geweest.

Ja, ik ken een paar kennissen die in behandeling waren. En dat heeft zeker voor mij meege-speeld om voor de ggz⁴ te kiezen. (student 4, 25 jaar, agz)

Ggz-als-werkveld

(Beelden en opvattingen over het werken in de ggz als verpleegkundige.)

Ggz-carrière:

(De ervaren carrièremogelijkheden van een verpleegkundige werkzaam in de ggz.)

Over de carrièremogelijkheden in de ggz vergeleken met de agz, denken de geïnterviewden verschillend. Vrijwel iedereen schat de carrièremogelijkheden in de agz groter in dan in de ggz. Sommige zien weinig carrièremogelijkheden binnen de ggz.

Ik denk dus ook dat je als ggz-verpleegkundige niet echt veel carrière mogelijkheden hebt in de zin van nieuwe dingen leren, omdat je heel gericht bent op een bepaald soort patiënten. (student 3, 20 jaar, agz)

Anderen denken dat ook in de ggz er voldoende mogelijkheden zijn voor een verdere carrière.

Voor een agz verpleegkundige zijn er meer mogelijkheden dan voor een ggz-verpleegkundige, dit is wel jammer. Veel specialisaties/masters zijn vaak gericht op agz. Echter zijn er naar mijn idee genoeg doorgroei mogelijkheden voor een ggz-verpleegkundige. Het ligt eraan waar je interesses liggen. (student 6, 21 jaar, ggz)

Ik denk dat er heel veel verschillende mogelijkheden zijn, van de forensische psychiatrie tot een RIBW. Van crisisafdelingen tot langdurig verblijf. Van tbs tot kinderen, er zijn erg veel mogelijkheden, die me allemaal even interessant lijken. (student 7, 20 jaar, ggz)

⁴ Deze student koos later alsnog voor de agz.

Ggz-waardering:

(De waardering en status van het verpleegkundig beroep in de ggz.)

Tussen de agz en de ggz ervaren de geïnterviewden zelf geen verschil in status. Wel hebben ze vaak het idee dat anderen wel een verschil in status ervaren ten faveure van de agz. Sommigen geven aan de ggz hoger te waarderen dan de agz.

De status van een verpleegkundige blijft dan toch wel veel hetzelfde. Wel denk ik dat mensen een ggz-verpleegkundige anders zullen bekijken doordat zij een beeld van de ggz hebben waarin, denk ik, veel agressie voorkomt. (student 3, 20 jaar, agz)

Ggz-werkinvulling:

(De werkzaamheden van een verpleegkundige in de ggz en de verschillen tussen de agz en ggz.)

Er worden door alle geïnterviewden verschillen aangegeven tussen de ggz en agz qua soort werkzaamheden en manier van werken.

De ggz is weinig doelgericht. Ik bedoelde hiermee dat het niet op één doel gericht is, maar in het geheel bekeken. Bijvoorbeeld op de polikliniek komt een patiënt binnen met een blindedarmontsteking, wordt gelijk geopereerd. Terwijl bij de ggz er eerst een gesprek wordt gevoerd met de patiënt zelf en daarna met de familie, daarna worden de behandelplannen opgesteld. (student 10, 31 jaar, agz)

Kwaliteiten-inhoud

(De kwaliteiten, eigenschappen en vaardigheden die een verpleegkundige in de ggz moet bezitten om goed te kunnen functioneren.)

Soort eigenschap:

(Beelden en opvattingen over de status van de benodigde kwaliteiten en eigenschappen: leerbaar of karaktereigenschap.)

Een aantal geïnterviewden is gevraagd of de benodigde kwaliteiten voor de ggz, aan te leren zijn of dat het iets is wat 'in je moet hebben'. Men vindt dat het meer dan in de agz nodig is dat je bepaalde, niet aan te leren, kwaliteiten bezit. Bijvoorbeeld geduld.

Ik denk dat iemand die in de ggz wilt werken, moet beschikken over veel geduld en rust en dat is niet echt iets wat je kunt aanleren. (student 11, 19 jaar)

Kwaliteiten-inhoud-houding:

(Houdings- of attitudeaspecten die van belang zijn voor een verpleegkundige in de ggz.)

Op de vraag welke houding iemand moet hebben om als verpleegkundige in de ggz te kunnen functioneren kwamen vele antwoorden. Het meest werd standvastigheid genoemd, veelal in de vorm van 'stevig in je schoenen staan' (3 keer).

Bij sommige stoornissen kan er erg manipulatief gedrag naar voren komen en daarbij moet je goed je doel blijven beseffen en vasthouden. Dan laat je je ook minder snel van je stuk brengen. (student 8, 18 jaar, ggz)

Verder werden geduld (4 keer) genoemd en creativiteit (2 keer). Opvallend is dat houdingsaspecten als empathie, betrokkenheid en dergelijke niet genoemd worden. De geïnterviewden lijken erg bang te zijn de regie in het contact met psychiatrische patiënten te verliezen. Het idee dat psychiatrische

patiënten niet te begrijpen zijn en zich oninvoelbaar gedragen, is mogelijk een reden dat de houdingsaspecten niet worden genoemd.

Kwaliteiten-inhoud-vaardigheden:

(Vaardigheden die van belang zijn voor een verpleegkundige in de ggz.)

De vaardigheden die in de ggz van belang zijn voor een verpleegkundige zijn volgens de geïnterviewden voornamelijk communicatieve vaardigheden.

Ik denk dat je als verpleegkundige in de ggz vooral veel communicatieve gespreksvaardigheden moet hebben. De zorg binnen de ggz is denk ik vooral gericht op communicatie met patiënten en veel minder op bijvoorbeeld basiszorg of verpleegtechnische handelingen. Hierdoor denk ik dat je goed over je communicatieve vaardigheden moet beschikken en zowel verbaal als non-verbaal sterk moet zijn. (student 3, 20 jaar, agz)

Ook werden agressiehanteringstechnieken, psychiatrische vakkennis luistervaardigheid en observatievaardigheden een aantal keren genoemd.

Kwaliteiten-geschiktheid

(De ervaren eigen geschiktheid om als verpleegkundige in de ggz te kunnen functioneren.)

Ggz-geschiktheid / Ggz-beheersing

(Ervaren geschiktheid voor de ggz qua houding.)

(Ervaren geschiktheid voor de ggz qua beheersing van relevante vaardigheden.)

De eigen geschiktheid om als verpleegkundige in de ggz te gaan werken wordt verschillend ingeschat. Degene die voor de ggz hebben gekozen of gaan kiezen, achten zich geschikt, maar allen voegen toe dat ze nog veel moeten leren. De vaardigheden die men denkt redelijk te beheersen zijn voornamelijk communicatieve vaardigheden. Geduld als aanwezige eigenschap wordt ook geregeld genoemd

Communicatieve vaardigheden. Ja, dat denk ik wel (dat ik die heb), maar ik blijf me ontwikkelen. (student 5, 23 jaar, ggz)

Degene die voor de agz hebben gekozen of gaan kiezen, achten zich vaak niet geschikt voor de ggz. Wat men niet denkt te beheersen is onder andere communicatieve vaardigheden, voldoende assertief zijn en overzicht hebben. Ook vond men zichzelf vaak niet professioneel genoeg voor de ggz. Één iemand miste bij zichzelf de 'onvoorwaardelijke acceptatie'.

Sowieso ben ik communicatief nog niet zo sterk in de zin dat ik snel niet meer goed weet wat ik moet zeggen om iemand te overtuigen om juist iets te gaan doen of juist niet. (student 3, 20 jaar, agz)

Keuze-differentiatie

(De aangegeven redenen voor de keuze van de differentiatierichting en de factoren die daarop van invloed zijn geweest.)

Keuze-redenen-differentiatie / Rol-stage-keuze

(De aangegeven redenen voor de keuze van de differentiatierichting.)

(De invloed die de stage heeft gehad voor de uiteindelijke differentiatiekeuze.)

De redenen om al dan niet de ggz-differentiatie te kiezen zijn divers. De meest genoemde reden is een positieve stage-ervaring in de ggz.

In de eerste helft van mijn tweede jaar heb ik stage gelopen in een ggz-instelling en dat heeft mijn ogen geopend. (student 7, 20 jaar, ggz)

Mijn interesse ligt ook meer bij de ggz. Dit komt ook omdat ik een heel erg leuke stage in de ggz heb gehad waar ik erg vrijgelaten werd in mijn leren. Daar bedoel ik mee: goede begeleiding, maar ook veel zelf proberen en doen. (student 8, 18 jaar, ggz)

Een andere reden is dat werken in de ggz als uitdagend wordt gezien. Plus dat werken in de ggz als afwisselender wordt gezien. Daarnaast wordt een negatieve stage-ervaring in de agz ook als reden voor de ggz-differentiatie gegeven. Carrière mogelijkheden in de ggz zijn niet als reden genoemd om voor de ggz te kiezen. Wel gaf een geïnterviewde aan voor de ggz te hebben gekozen omdat daar nog heel veel te leren valt. Interesse en nieuwsgierigheid hoe psychiatrische patiënten met hun ziekte omgaan is ook als reden genoemd.

Jawel, omdat ik het heel interessant vind hoe mensen (in de psychiatrie) zo ver kunnen komen dat ze ziek worden en daarnaast vind ik het interessant om te bestuderen wat mensen allemaal beleven tijdens hun ziek zijn. (student 1, 22 jaar, agz)

Andere redenen die zijn genoemd zijn: meer tijd in de ggz om met mensen te praten; een verhaal van een familielid over de ggz in de oorlog; de ggz als uitdaging; en afwisseling in de ggz.

Maar het belangrijkste is afwisseling. Ik ben snel verveeld. En ik merk in de ggz dat er veel afwisseling is. Ik heb meer ervaring op verschillende agz afdelingen. Maar ik heb op de chronische afdeling stage gelopen en nu dus op een acute opnameafdeling. Afwisseling (in de chroniciteit) zat in de patiënten vond ik. Geen een schizofreen is hetzelfde. Ook al waren ze daar chronisch. (terwijl een hartpatiënt) voor mij geen uitdaging is om er mee om te gaan. (student 6, 21 jaar, ggz)

Overigens geeft vrijwel iedereen meerdere redenen aan om voor de ggz-differentiatie te kiezen, waarbij positieve stage-ervaringen wel als erg belangrijk of doorslaggevend gezien worden.

Rol-omgeving-keuze

(De invloed die de nabije omgeving van de student heeft gehad op de uiteindelijke differentiatie-keuze.)

De invloed en het oordeel van de omgeving (ouders, vrienden, klasgenoten) speelt een rol in de keuze voor de ggz, maar volgens eigen zeggen geen grote rol. Men heeft vaak wel overlegd met anderen, maar de keuze wordt zelf gemaakt. De sociale druk van anderen is er wel en wordt ook door de studenten opgemerkt, maar dit leidt niet tot het idee dat zij voor een bepaalde studie of studierichting moesten kiezen.

Ik heb het met mijn ouders, zusje, klasgenoten, vriendinnen en mijn studieloopbaanbegeleiders gehad over mijn differentiatierichting. Ik vroeg hen om advies: wat zou jij doen en waarom? (student 9, 19 jaar, agz)

Ouders en vrienden hebben vaak een voorkeur voor de agz.

Mijn moeder vond het maar niets. Die vond het 'eng' ook omdat ze niet wist wat het inhield. Mijn verdere familie vond het ook maar vreemd. "Wat moet jij in een gekkenhuis?" vrienden moest ik ook eerst uitleggen wat het was/is. (student 6, 21 jaar, ggz)

3.1.2 Resultaten per geïnterviewde

In Tabel 6 zijn de resultaten van paragraaf 3.1.1 per geïnterviewde weergegeven. De tabel is gebaseerd op het theoretisch beïnvloedingsmodel, waarin de determinanten *Attitude*, *Subjective norm* en *Perceived behavioral control* zijn gecombineerd met de categorieën van beelden over de ggz van Hoekstra.. Het bestaat uit de clusters op onderwerpniveau, gegroepeerd onder de determinanten van het theoretisch model, voor zover dit mogelijk was (zie ook Figuur 3). Zo zijn de clusters *ggz-ervaring* en *rol-stage-keuze* niet onder een van de drie determinanten te plaatsen. Alleen die clusters zijn opgenomen waar door de geïnterviewden oordeelsuitspraken zijn gedaan én waar door meer dan twee geïnterviewden uitspraken zijn gedaan. Bij elk cluster is of aangegeven of men positief of negatief staat tegenover de inhoud van het cluster, of dat de cluster een rol heeft gespeeld bij de differentiatiekeuze (bij de clusters *rol-stage-keuze* en *rol-omgeving-keuze*), en of men ervaring bezit (bij de cluster *ggz-ervaring*). Bij de onderwerpcluster *rol-omgeving-keuze* is onderscheid gemaakt tussen de invloed die de ouders of de omgeving op de besluitvorming hebben gehad, en de houding van de ouders of omgeving tegenover de ggz. Zowel de intentie die bij het begin van de opleiding bestond, als de intentie of reeds gemaakte keuze op het moment van interviewen, is aangegeven.

Tabel 6: Samenvatting kenmerken geïnterviewde studenten

Studenten		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Clusters onderwerpniveau #															
2. ggz-ervaring		ja	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	ja	nee
Attitude	1. agressie-ggz/patiënten*		-	-	-		-					-	-		
	1. behandeling patiënten*			±					+			+			
	1. ggz/patiënten-houding*	+	-	-	+	-	±	-	±	-	-	+	-	-	
	1. ggz-bekendheid*	ja	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	ja	nee
	3. ggz-werk-carrière**			-			-				-				
	3. ggz-werk-waardering**	±	±	±	±	+	+	+	+	±	±	±	±	±/-	±
Subj. Norm	7. rol-omgeving-keuze														
	invloed	ja		ja	ja		nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	nee	ja
	houding	+		-	-	+	-	-	±	-		±		+	
PBC	5. ggz-geschikth/beheers.	-	±	-		+	+	+	+	±	+	-	-		
7. rol-stage-keuze		ja -				ja	ja	ja	ja	nee			ja -	ja -	ja -
(intentie) keuze diff.	begin opleiding	ggz	agz	agz	ggz	agz	agz	agz	agz	agz	agz	agz	agz	agz	agz
	interview afname	agz	agz	agz	agz	ggz	ggz	ggz	ggz	agz	agz	agz	agz	agz	agz
studiejaar		2	1	2	1	4	4	2	2	2	1	1	3	3	3
leeftijd		22	18	20	25	23	21	20	18	19	31	19	21	19	20
<p>Legenda: + is voornamelijk positieve uitspraken over de cluster - is voornamelijk negatieve uitspraken over de cluster ± is neutrale of zowel positieve als negatieve uitspraken over de cluster Een leeg vakje geeft aan dat er geen uitspraak over is gedaan</p>															

cijfers bij onderwerpclusters geven de categorieclusters aan. 1 = beeld-ggz/patiënten, 2 = ggz-ervaring, 3 = ggz-als-werkveld, 4 = kwaliteiten-inhoud, 5 = kwaliteiten-geschiktheid, 7 = keuze-differentiatie

* het oordeel wat de geïnterviewden hebben vóór en/of bij het begin van de opleiding

** het oordeel wat de geïnterviewden hebben tijdens de afname van het interview

De determinant *Attitude* bestaat uit de categorieclusters *beeld-ggz/patiënten* en *ggz-als-werkveld*. Bij *beeld-ggz/patiënten* blijkt dat de geïnterviewden veelal stereotype beelden over de ggz en psychiatrische patiënten hebben: men denkt dat patiënten agressief zijn, dat ze verward, onvoorspelbaar en onverzorgd zijn. Patiënten worden veelal gedwongen opgenomen in ggz-instellingen, en waar ze eenmaal opgenomen niet snel meer uitkomen. Men oordeelde aan het begin van de opleiding dan ook negatief over de ggz en psychiatrische patiënten. Het hebben van ggz-ervaring in de directe omgeving – zoals opgenomen familieleden of depressieve kennissen – heeft een positieve invloed op het beeld over de ggz: slechts één van de vier studenten met ggz-ervaring is door deze ervaring niet positiever over de ggz gaan denken. Een uitzondering is het idee dat er veel agressie

voorkomt in de ggz: veel studenten denken dat, ongeacht eerdere ervaringen met de ggz in de directe omgeving. Het begrip agressie lijkt stevig te zijn verbonden met de psychiatrie.

De geïnterviewden geven vrijwel allen aan dat zij aan het begin van de opleiding een onduidelijk beeld van de ggz hadden en dat men zich er niet van bewust was dat de ggz een richting was waar men later als verpleegkundige zou kunnen gaan werken. Opvallend is dat vrijwel iedereen de opleiding binnen kwam met het idee later in een algemeen ziekenhuis te gaan werken. Gevraagd naar de overwegingen om aan het begin van de opleiding voor de agz te kiezen, gaf men aan dat de ggz nooit als een alternatief in hun besluitvorming was meegenomen. Voor een aantal geïnterviewden was de keuze voor de hbo-v automatisch een keuze voor de agz.

Gedurende de opleiding verandert het beeld over de ggz en over psychiatrische patiënten in een meer reëel en genuanceerd beeld. Naast vakken als psychiatrie en psychopathologie, heeft vooral de stage die men in de ggz liep, gezorgd voor een positieve verandering van het beeld over de ggz. Negen van de veertien geïnterviewden hebben een stage in de ggz gelopen. Voor vier van hen was de ggz stage-ervaring zo positief dat zij voornamelijk vanwege de stage-ervaring voor de ggz hebben gekozen. Vier anderen hebben de ggz stage minder positief ervaren, maar het heeft hun beeld over de ggz wel genuanceerd en positiever gekleurd. Eén geïnterviewde student die aanvankelijk voor de ggz koos, heeft vanwege de stage in de ggz besloten om voor de agz te kiezen.

Degenen met de meest positieve beelden over de ggz, zijn degenen die ook voor de ggz-differentiatie hebben gekozen.

De status en carrièremogelijkheden van ggz-verpleegkundigen worden iets lager ingeschat dan die van agz-verpleegkundigen. De voorkeur voor de agz of ggz maakt hierbij niets uit. Ook geven de studenten aan dat de status en carrièremogelijkheden geen rol in hun keuze hebben gespeeld.

De determinant *Subjective norm*: zes studenten geven aan dat de directe omgeving een rol heeft gespeeld bij de keuze voor de differentiatie; zij hebben met ouders, vrienden en klasgenoten overlegd en het overleg heeft hun keuze beïnvloed. Zes andere studenten geven aan of niet te hebben overlegd met anderen en de keuze geheel zelfstandig te hebben gemaakt, of geven wel met anderen te hebben overlegd, maar niet te zijn beïnvloed door hen. Slechts bij één student is de invloed van anderen dominant geweest om de aanvankelijke keuze voor de ggz te veranderen in de keuze voor de agz.

De houding van de directe omgeving tegenover de ggz is bij ongeveer de helft van de geïnterviewde studenten negatief te noemen. Deze negatieve houding lijkt bij een aantal studenten hun keuze voor de ggz-differentiatie negatief te beïnvloeden.

De determinant *Perceived behavioral control (PBC)*: de geïnterviewden die voor de ggz kiezen of hebben gekozen vinden zich allen ook geschikt om in de ggz te gaan werken, hoewel men wel vaak denkt nog veel te moeten leren. Degenen die voor de agz hebben gekozen zijn van mening niet genoeg over de juiste vaardigheden en kwaliteiten te beschikken om in de ggz te gaan werken. Slechts één student heeft aangegeven zich geschikt voor de ggz te vinden, terwijl ze toch voor de agz koos. Alle geïnterviewden vinden dat werken in de ggz om extra en specifieke vaardigheden en kwaliteiten vraagt, vergeleken met de agz. De frase 'je moet sterk in je schoenen staan' wordt vaak genoemd door zowel degenen die voor de ggz als de agz kiezen.

3.2 Resultaten kwantitatieve analyse.

De uitkomsten van de vragen en stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' zijn, voor zover deze niet al in het methodedeel zijn gegeven, in Bijlage 3 opgenomen. Voor de volledige formulering van de vragen zie Bijlage 2.

3.2.1 Factoranalyse

Het achterhalen van de aan de items onderliggende variabelen – van belang voor het bepalen van de constructvaliditeit – is uitgevoerd met behulp van een exploratieve factoranalyse. De 25 stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' zijn onderzocht met een principale componentenanalyse (PCA). Voordat de PCA werd uitgevoerd is de bruikbaarheid van de data voor de factoranalyse beoordeeld. De correlatie matrix geeft weinig coëfficiënten van .3 of hoger (7%). De Kaiser-Meyer-Olkin waarde was .74 en de Bartlett's test voor sfericiteit was statistisch significant ($p < .00$).

De PCA gaf acht factoren te zien met een eigenwaarde groter dan 1, welke respectievelijk 16,6%, 9,0%, 7,0%, 6,1%, 5,3%, 4,5%, 4,4% en 4,2% van de variantie verklaren. Interpretatie van de scree-test gaf echter vijf relevante factoren. Daarom is er een parallelanalyse uitgevoerd met behulp van de *MonteCarlo PCA for Parallel Analysis* software. Bij parallelanalyse wordt de grootte van de eigenwaardes vergeleken met eigenwaardes die verkregen zijn door een willekeurig gegenereerde dataset met dezelfde omvang als de te onderzoeken dataset (25 variabelen en 278 deelnemers) (Pallant, 2007). Wanneer de eigenwaarde van een factor uit de onderzoeksdataset groter is dan die van de willekeurig gegenereerde dataset, dan is dat een relevante factor. De eerste vijf factoren bleken groter te zijn dan de factoren uit de willekeurig gegenereerde dataset. Op grond van de scree-test en de parallelanalyse is onderzocht of de eerste vijf factoren interpreteerbaar zijn. Dit is gedaan via een factoranalyse met een oblique Oblimin rotatie geforceerd voor vijf factoren. Er is gekozen voor een oblique rotatiemethode omdat het onwaarschijnlijk is dat de factoren onderling niet gecorreleerd zijn (Field, 2005). De onderlinge correlaties tussen de factoren bleken erg laag te zijn, geen van de correlaties was hoger .3, daarom is er ook een orthogonale Varimax rotatie uitgevoerd (Pallant, 2007). De Varimax rotatie gaf geen andere oplossingen dan de Oblimin rotatie. Vervolgens is nog een factoranalyse met oblique Oblimin rotatie op de acht factoren met een eigenwaarde groter dan 1 uitgevoerd. De vijf factoren oplossing met Oblimin rotatie gaf echter factoren die het best te interpreteren waren. Deze vijf factoren oplossing verklaart 44,1% van de totale variantie.

In Tabel 7 zijn de factorladingen groter dan $|\ .31 |$ weergegeven, dit is gezien de grootte van de steekproef ($n = 278$) de kritische waarde voor de significantie van de lading, uitgaande van een α niveau van .01 (*two-tailed*) (Stevens, 1996). Per factor is vervolgens een itemanalyse (Cronbach's α) uitgevoerd om de interne consistentie van de betreffende factor te bepalen. De vetgedrukte stellingen zijn stellingen die bij verwijdering een hogere α voor de betreffende factor gaven. In Tabel 7 is de structuurmatrix niet gegeven, omdat deze vergeleken met de patroonmatrix gelijke factoroplossingen met vrijwel gelijke factorladingen gaf.

Tabel 7: Patroonmatrix: vijf factoren oplossing met Oblimin rotatie

Stellingen	Componenten				
	1	2	3	4	5
11) Werken in de ggz is echt iets voor mannen.	.71				
20) In de ggz heb je - vergeleken met het algemeen ziekenhuis - weinig kansen om carrière te maken.	.65				
7) Als ik in het algemeen ziekenhuis werk, heb ik meer aanzien dan wanneer ik in de ggz werk.	.65				
21) Als je in de ggz werkt, dan ben je geen 'echte' verpleegkundige.	.62				
23) Mannen die werken in de ggz zijn watjes.	.52				
14) Als ik nu kies voor de ggz, kan ik later niet meer werken in het algemeen ziekenhuis.	.43				
9) Ieder mens kan psychische problemen krijgen, daar hoeft je niet gek voor te zijn.					
5) De meeste psychiatrische patiënten zijn agressief.		.74			
10) Psychiatrische patiënten zijn gevaarlijk.		.69			
3) De meeste psychiatrische patiënten zijn verslaafd.		.59			
6) Psychiatrische patiënten hebben een uitzichtloos bestaan.		.56			
4) Psychiatrische patiënten zijn in staat om normaal werk te doen.		-.52			
12) Mensen in mijn omgeving vinden het heel knap als ik met psychiatrische patiënten ga werken.			.71		
13) Werken met psychiatrische patiënten is uitdagend.			.67		
25) Ik heb de juiste persoonlijke eigenschappen om in de ggz te kunnen werken.			.64	-.38	
24) Mensen in mijn omgeving zouden het waarderen als ik zou kiezen voor het werken in de ggz.			.60		
22) Ik vind werken met psychiatrische patiënten eng.			-.34		
15) In de ggz heb je als verpleegkundige een grote invloed op de behandeling.			.32		
18) Je moet stevig in je schoenen staan om in de ggz te kunnen werken.				.62	
2) Je hebt echt een hbo diploma nodig om verpleegkundige zorg te kunnen verlenen aan psychiatrische patiënten.	.42			.58	
19) Psychiatrische patiënten zijn vaak oude mensen.				-.48	
1) Mensen in mijn omgeving vinden psychiatrische patiënten gewone mensen, net zoals jij en ik.		-.36		-.36	
16) Psychische ziekten zijn net zo goed te behandelen als lichamelijke ziekten.					.83
8) Psychische ziekten zijn goed te behandelen.					.70
17) Psychiatrische patiënten kunnen geen normaal leven leiden.		.33			-.36

3.2.2 Factoroplossingen

De vijf factoren oplossing met oblique Oblimin rotatie geeft de volgende interpretaties. Factor 1 verwijst naar het aanzien dat werken in de ggz als verpleegkundige heeft. Factor 2 verwijst naar stereotype kenmerken van psychiatrische patiënten. Onder stereotype wordt verstaan: een overdreven beeld van een groep mensen dat niet klopt met de werkelijkheid en die vaak negatief wordt beoordeeld. Factor 3 verwijst naar de mate van uitdaging die het werken in de ggz geeft. Factor 4 is niet zinvol te interpreteren. Factor 5 tenslotte verwijst naar de mate van behandelbaarheid van psychiatrische patiënten. Item 9 laadt op geen enkele factor hoger dan .31 en is daarom niet in een factor opgenomen. Gezien de inhoud van dit item, past item 9 niet bij een van de factorinterpretaties.

Van factor 4 is geen zinvolle interpretatie te geven. De items 2 en 18 verschillen qua inhoud zeer van de items 1 en 19. Een itemanalyse laat voor alle items een item-totaal-correlatie (RIT) zien van ruim onder de .30. Een aanwijzing dat de items in deze factor niet inhoudelijk bij elkaar horen. Een nadere analyse van de factorladingen (zie Tabel 6) laat zien dat item 2 ook vrij hoog laadt bij factor 1 (lading = .42) en de inhoud van dit item past goed binnen de interpretatie van factor 1. Echter een itemanalyse van factor 1 plus item 2 laat zien dat de Cronbach's α zonder item 2 hoger is ($\alpha = .71$) dan met item 2 ($\alpha = .69$). Idem met item 1, deze laadt ook vrij hoog (.36) op factor 2 en past qua inhoud goed bij de interpretatie van factor 2. Ook hier echter valt item 1 eruit na een item-analyse van factor 2 plus item 1 ($\alpha = .62$ versus $.65$).

Bij factor 5 valt na een itemanalyse item 17 eruit. Item 17 laadt .33 op factor 2 is inhoudelijk goed te plaatsen onder factor 2. Na een itemanalyse van factor 2 plus item 17 blijkt de Cronbach's α hoger te zijn (.67) dan zonder item 17 (.65). Door opname van item 17 aan factor 2 blijkt dat item 4 ook aan de betrouwbaarheid bijdraagt. Item 17 kan dus onder factor 5 geplaatst worden.

Tabel 8: Uiteindelijke factoren met per factor het gemiddelde, standaard deviatie en Cronbach's alfa

Fact.	Item	M	RIT#	Descriptieve stat. per factor	Cronbach's alfa	Interpretatie factor
1	7) Als ik in het algemeen ziekenhuis werk, heb ik meer aanzien dan wanneer ik in de ggz werk	1,88	.42	Gem.: 1,73 SD: 0.35 99% niet mee eens	$\alpha = .71$	Aspect aanzien bij werken in de ggz Conclusie: werken in de ggz heeft niet minder aanzien dan werken in de agz.
	11) Werken in de ggz is echt iets voor mannen	1,64	.51			
	20) In de ggz heb je -vergeleken met het algemeen ziekenhuis- weinig kansen om carrière te maken	2,00	.46			
	14) Als ik nu kies voor de ggz, kan ik later niet meer werken in het algemeen ziekenhuis	1,81	.33			
	23) Mannen die werken in de ggz zijn watjes	1,36	.45			
	21) Als je in de ggz werkt, dan ben je geen 'echte' verpleegkundige	1,78	.50			
2	3) De meeste psychiatrische patiënten zijn verslaafd	1,72	.36	Gem.: 1,90 SD: 0.35 96% niet mee eens	$\alpha = .67$	Stereotype kenmerken patiënten Conclusie: De genoemde beelden over patiënten worden niet bevestigd.
	4) Psychiatrische patiënten zijn in staat om normaal werk te doen*	2,69	.29			
	5) De meeste psychiatrische patiënten zijn agressief	1,90	.44			
	6) Psychiatrische patiënten hebben een uitzichtloos bestaan	1,67	.42			
	10) Psychiatrische patiënten zijn gevaarlijk	1,93	.52			
	17) Psychiatrische patiënten kunnen geen normaal leven leiden	1,93	.38			
3	12) Mensen in mijn omgeving vinden het heel knap als ik met psychiatrische patiënten ga werken	2,70	.37	Gem.: 2,80 SD: 0.38 80% mee eens	$\alpha = .60$ (15 valt eruit bij item analyse)	Aspect waardering bij werken in de ggz Conclusie: werken in de ggz kan op waardering rekenen.
	13) Werken met psychiatrische patiënten is uitdagend	3,03	.43			
	24) Mensen in mijn omgeving zouden het waarderen als ik zou kiezen voor het werken in de ggz	2,81	.33			
	22) Ik vind werken met psychiatrische patiënten eng*	2,09**	.28			
	25) Ik heb de juiste persoonlijke eigenschappen om in de ggz te kunnen werken	2,57	.43			
	15) In de ggz heb je als verpleegkundige een grote invloed op de behandeling	2,89	.15			
4	2) Je hebt echt een hbo-diploma nodig om verpleegkundige zorg te kunnen verlenen aan psychiatrische patiënten*	2,69	.15		$\alpha = .20$?
	18) Je moet stevig in je schoenen staan om in de ggz te kunnen werken*	3,21	.26			
	1) Mensen in mijn omgeving vinden psychiatrische patiënten gewone mensen, net zoals jij en ik	2,55	.16			
	19) Psychiatrische patiënten zijn vaak oude mensen	1,69	.16			
5	8) Psychiatrische ziekten zijn goed te behandelen	2,75	.35	Gem.: 2,51 SD: 0.44 N=259 43% neutraal	$\alpha = .55$	Behandelbaarheid Conclusie: psychiatrische ziekten zijn goed, maar niet zo goed als somatische ziekten te behandelen.
	16) Psychiatrische ziekten zijn net zo goed te behandelen als lichamelijke ziekten	2,28	.40			

* items zijn in de betrouwbaarheidsanalyses gespiegeld

** waarde op basis van het oorspronkelijke, niet gespiegelde item

RIT = Item-totaal-correlatie

In Tabel 8 zijn de uiteindelijke factoren (dus met de veranderingen die hierboven staan beschreven) opgenomen. Weergegeven zijn de factorinterpretatie, de Cronbach's α , het gemiddelde en standaarddeviatie per factor, en van de items afzonderlijk het gemiddelde en de RIT. Verder is per factor het percentage eens of oneens aangegeven bij een omschaling naar een tweepuntsschaal (eens – oneens).

3.2.3 Betrouwbaarheidsanalyse categorieën Hoekstra

De 25 stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' kunnen geplaatst worden onder een van de vijf categorieën zoals die paragraaf 1.2.4 zijn benoemd. Om deze indeling te kunnen vergelijken met de gevonden factoren van de factoranalyse, is voor de items, gegroepeerd onder de vijf categorieën, een itemanalyse gedaan. De resultaten zijn in Tabel 9 opgenomen.

Op basis van criteria uit de literatuur (Stokking, n.d.) zijn de volgende criteria gevolgd: de items moeten onderling positief correleren, dat betekent dat de sommige stellingen gespiegeld zijn; en het aantal items in de schaal moet minimaal 3 items bedragen, liefst 5 à 10 items. Op grond hiervan is er geen itemanalyse op de categorieën 4 en 5 uitgevoerd⁵. Verder wordt een schaal met een $\alpha > .7$ als een goede betrouwbare schaal gezien, een schaal met een α tussen .6 en .7 als een matig betrouwbare schaal, en een schaal met een $\alpha < .6$ als een onbetrouwbare schaal.

Tabel 9: Itemanalyse categorieën Hoekstra op de stellingen

Categorieën Hoekstra	Items*	Cronbach's alfa
1. Beeld studenten over psychiatrische patiënten	7 [#] , 3, 4, 5, 6, 9, 10, 17, 19, 22	.69
2. Behandelbaarheid	8, 16	.55
3. Ideeën over werk ggz	2 [#] , 7, 11, 12 [#] , 13, 14, 20, 21, 23, 24	.65
4. Autonomie verpleegkundigen	15	n.v.t.
5. Ervaren eigen geschiktheid	18, 25	n.v.t.

*Vet gedrukte items zijn gespiegeld

Verwijdering van deze items geeft een hogere alfa

3.2.4 Categorieën en factoren

De vraag naar de constructvaliditeit van de vragenlijst kan beantwoord worden door na te gaan of de vijf categorieën van Hoekstra overeenkomen met de gevonden factoren uit de factoranalyse.

Tabel 10: Vergelijking categorieën met factoren

	Items*	Items bij RIT > .35
Categorie 1 ($\alpha = .68$):	3, 4, 5, 6, 9, 10, 17, 19, 22	5, 6, 10, 17
Factor 2 ($\alpha = .67$):	3, 4, 5, 6, 10, 17	3, 5, 6, 10, 17
Categorie 2 ($\alpha = .55$):	8, 16	8, 16
Factor 5:	8, 16	8, 16
Categorie 3 ($\alpha = .66$):	7, 11, 13, 14, 20, 21, 23, 24	11, 20, 21, 23
Factor 1 ($\alpha = .71$):	7, 11, 14, 20, 21, 23	7, 11, 20, 21, 23
Categorie 3 ($\alpha = .66$):	7, 11, 13, 14, 20, 21, 23, 24	11, 20, 21, 23
Factor 3 ($\alpha = .60$):	12, 13, 22, 24, 25	12, 13, 25
Categorie 4:	15	niet uitgevoerd
Categorie 5:	18, 25	niet uitgevoerd
Factor 4:	1, 2, 18, 19	
niet-overlappende items	1, 2, 9, 15, 18, 19, 22, 25	1, 2, 3, 4, 7, 9, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 25
Categorie 1 = Beeld studenten over psychiatrische patiënten Categorie 2 = Mate van behandelbaarheid Categorie 3 = Ideeën over werk Categorie 4 = Autonomie verpleegkundigen Categorie 5 = Ervaren eigen geschiktheid		Factor 1 = werken in de ggz - aanzien Factor 2 = stereotype kenmerken patiënten Factor 3 = werken in de ggz - waardering Factor 4 = ? Factor 5 = behandelbaarheid

Items die bij verwijdering uit categorie of factor een hogere Cronbach's α gaven, zijn niet opgenomen in de tabel

⁵ Bij categorie 2 is wel een itemanalyse uitgevoerd omdat items 8 en 16 ook als een factor naar voren kwamen in de factoranalyse.

In Tabel 10 zijn onder elke categorie de meest passende factoren gezet, als gekeken wordt naar de gedeelde items. Bij de categorieën zijn de items die bij de itemanalyse bij verwijdering een hogere α gaven (zie Tabel 10) uit de categorie verwijderd. Eerst is gekeken naar de items zonder daarbij naar de RIT te kijken, vervolgens is alleen naar de items met een RIT groter van .35 gekeken. Volgens Stokking (n.d.) past een item met een lagere RIT dan .35 niet goed in een schaal.

Categorie 1: *beeld studenten over de ggz* wordt deels gedekt door factor 2: *stereotype kenmerken patiënten*. Alleen de items 9, 19 en 22 worden niet door factor 2 gedekt. Dat item 19 niet hoog genoeg laadt in factor 2 is opmerkelijk, omdat inhoudelijk gezien item 19 prima past bij de andere items van factor 2. Een itemanalyse van factor 2 met item 19 geeft een hogere α , dan factor 2 alleen ($\alpha = .68$ versus $.67$). Als gekeken wordt naar de RIT en items met waarde kleiner dan .35 uit de categorie of factor wordt verwijderd, dan blijkt dat categorie 1 en factor 2 beter overlappen, alleen item 3 komt niet in categorie 1 voor. Categorie 1 lijkt dan wat 'smaller' te verwijzen naar stereotype beelden over de psychiatrische patiënten.

Categorie 2: *de behandelbaarheid* is als factor uit de factoranalyse naar voren gekomen. *De behandelbaarheid* lijkt dus een goed onderliggend construct te zijn. Wel is de betrouwbaarheid van deze schaal te laag ($\alpha = .55$). dit komt waarschijnlijk door het te geringe aantal items in de schaal.

Categorie 3: *ideeën over werk ggz* heeft veel overlap met factor 1: *werken in de ggz – aanzien*; alleen items 13 en 24 komen niet overeen. Bij een RIT van $> .35$ komt alleen item 7 niet overeen. Categorie 3 heeft weinig overlap met factor 3: *werken in de ggz – uitdaging*. Ook niet als er van een RIT van $> .35$ wordt uitgegaan.

Verder valt op dat er voor categorie 4: *autonomie van verpleegkundigen* en categorie 5: *ervaren eigen geschiktheid* geen corresponderende factoren gevonden zijn en dus geen goede onderliggende constructen laten zien in de vragenlijst 'beeldvorming ggz'. Bij beide categorieën ligt dat aan het feit dat deze categorieën minder dan drie items bevatten, waardoor het bepalen van het onderliggend construct niet mogelijk is (Stokking, n.d.).

De factorinterpretaties verwijzen naar smallere constructen dan de constructen waarop de categorieën van Hoekstra zijn gebaseerd. Op grond van de factoranalyses en inhoudelijke overwegingen lijkt de volgende factor-indeling met bijbehorende items het meest zinvol:

Factor 1: *het aanzien van het werken in de ggz als verpleegkundige* (items 7, 11, 14, 20, 21, 23)

Factor 2: *stereotype beelden over psychiatrische patiënten* (items 3, 4, 5, 6, 10, 17, 19);

Factor 3: *de waardering van het werken in de ggz* (items 12, 13, 22, 24, 25)

Factor 4: *behandelbaarheid van psychiatrische patiënten* (items 8 en 16)

Factor 1 is een betrouwbare schaal met een Cronbach's α van .71. De factoren 2 en 3 scoren qua Cronbach's α matig betrouwbaar. Bovenstaande factoren zijn in Figuur 3 in het theoretisch beïnvloedingsmodel opgenomen.

Er blijven met deze indeling 20 items over.

4 Conclusie en discussie:

De vraagstelling in dit onderzoek luidt:

‘Welke beelden hebben studenten verpleegkunde over de geestelijke gezondheidszorg en welke invloed hebben deze beelden op de keuze voor de ggz-differentiatie, en is de vragenlijst ‘beeldvorming ggz’ een valide en betrouwbaar meetinstrument om de beelden over de ggz te meten?’

De belangrijkste deelvraag in de vraagstelling is of de vragenlijst 'beeldvorming ggz' een valide en betrouwbaar instrument is. De validiteit van de vragenlijst is onderzocht op inhoudsvaliditeit en op constructvaliditeit. De antwoorden van de eerste twee deelvragen van de vraagstelling, zijn nodig om te bepalen of de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst voldoende is. De constructvaliditeit en betrouwbaarheid zijn bepaald door het uitvoeren van een factoranalyse op de 25 stellingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz'.

4.1 Conclusie

Conclusies kwalitatief onderzoek

Met het kwalitatief onderzoek is onderzocht wat de beïnvloedende factoren zijn voor de differentiatiekeuze. Per determinant is hieronder aangegeven wat de conclusies zijn.

De conclusie voor de determinant *Attitude* is dat studenten met stereotype en negatieve beelden over de ggz en psychiatrische patiënten niet kiezen voor de ggz-differentiatie. Deze uitkomst is in lijn met bevindingen uit onderzoek van Happell en Rushworth (2000a; 2000b) en Surgenor, Dunn en Hom (2005). Verder blijkt dat het ontbreken van ervaring met de ggz of met psychiatrische patiënten samen gaat met stereotype en negatieve beelden over de ggz. Studenten die vóór de opleiding wel met de ggz of met psychiatrische patiënten in aanraking zijn gekomen, hebben een positief beeld en oordeel over de ggz. Dit is in overeenstemming met een onderzoek naar de attitudes tegenover psychiatrische verpleegkunde en psychiatrische ziekten, bij studenten verpleegkunde in Nieuw Zeeland (Surgenor et al., 2005): ook daar bleek dat degenen met eerdere ervaring met de ggz positiever over de ggz waren dan degenen zonder deze ervaring.

Gedurende de opleiding slaat het beeld en het oordeel over de ggz om in een genuanceerd beeld en een neutraal tot positief oordeel over de ggz. Een belangrijke factor in deze ommeezwaai is de stage-ervaring in de ggz. De positieve invloed van een stage in de ggz sluit goed aan bij de bevindingen van Happell en Rushworth (2000a; 2000b) en Ferguson en Hope (1999).

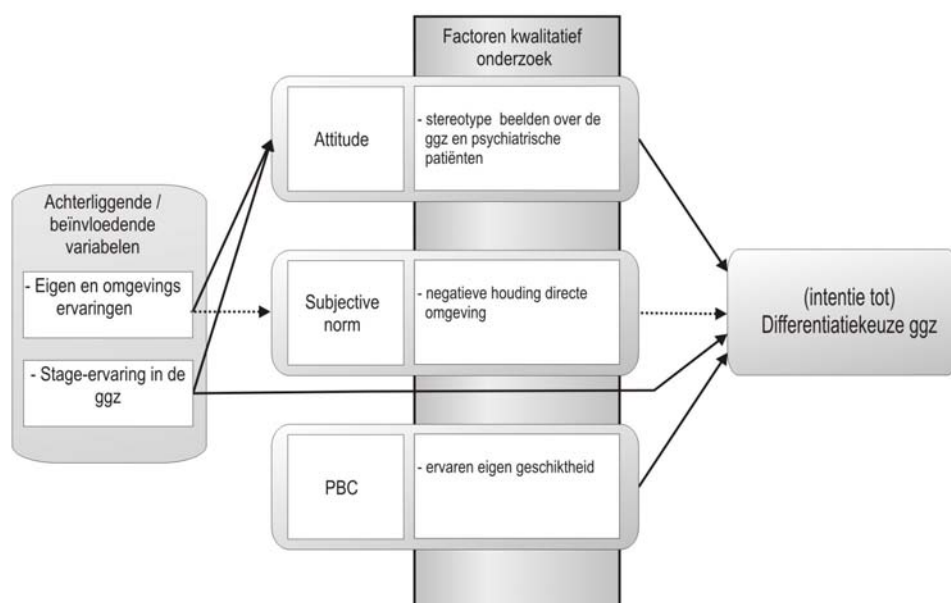
Uit het kwalitatief onderzoek blijkt niet dat carrièreperspectieven binnen de ggz en de waardering (status en aanzien) voor het werken in de ggz een rol spelen in het besluitvormingsproces voor de differentiatiekeuze.

De conclusie voor de determinant *Subjective norm* is dat de directe omgeving vooral als een soort 'check' lijkt te dienen: de studenten hebben een intentie voor een bepaalde keuze (hbo-v of differentiatie) en naarmate men onzekerder is over de eigen intentie, wordt er meer overlegd met anderen en is de invloed van anderen op de besluitvorming groter. Ook lijkt de negatieve houding van de directe omgeving bij enkele studenten invloed te hebben om niet voor de ggz-differentiatie te kiezen. Maar omdat dat niet voor alle studenten zo is, is de voorspellende waarde van *Subjective norm* gering.

De conclusie voor de determinant *Perceived behavioral control* (PBC) is dat degenen die zich geschikt achten voor het werken in de ggz, ook degenen zijn die de ggz-differentiatie gaan kiezen of hebben gekozen. Het verschil in ervaren geschiktheid voor de ggz lijkt niet te komen door een verschil in ideeën over wat een ggz-verpleegkundigen moet beheersen. Dat verschil is namelijk niet

gezien tussen degenen met een agz-voorkeur of met een ggz-voorkeur. De PBC lijkt voorspellend te zijn voor de differentiatiekeuze.

Het theoretisch beïnvloedingsmodel veronderstelt dat de drie determinanten op hun beurt beïnvloed kunnen worden door allerlei achterliggende variabelen (zie Figuur 3). In het model is dit geoperationaliseerd door *eigen en omgevingservaringen met de ggz en psychiatrische patiënten* en *de invloed van de stage in de ggz (rol-stage-keuze)*. Zoals hierboven al gezegd hebben de eigen en omgevingservaringen een positieve invloed op de beeldvorming over de ggz en psychiatrische patiënten. Er is echter geen relatie waargenomen tussen het hebben van deze ervaringen en een keuze voor de ggz-differentiatie. Stage-ervaring in de ggz heeft bij studenten een grote en positieve invloed op de beeldvorming over de ggz. Verder blijkt dat een door de student positief ervaren stage in de ggz, tot de keuze voor de ggz-differentiatie leidt.



Figuur 3: Beïnvloedingsmodel voor differentiatiekeuze ggz

Inhoudsvaliditeit

In Figuur 3 zijn de voornaamste bevindingen en conclusies van het kwalitatief onderzoek in het theoretisch beïnvloedingsmodel opgenomen. Het resultaat is het *Beïnvloedingsmodel voor de differentiatiekeuze*. Samengevat: stereotype en negatieve beelden over psychiatrische patiënten zijn negatief voorspellend voor de ggz-differentiatiekeuze; een negatieve houding van de omgeving over de ggz heeft een negatieve invloed op de ggz-differentiatiekeuze; jezelf geschikt vinden voor de ggz heeft is positief voorspellend voor de ggz-differentiatiekeuze; eigen ervaringen en/of ervaringen in de directe omgeving met de ggz beïnvloeden het beeld over de ggz positief; en stage-ervaringen in de ggz hebben invloed op de beelden over de ggz (worden positiever), waarbij positieve stage-ervaringen zelfs voorspellend zijn voor de ggz-differentiatiekeuze.

Worden de factoren van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' vergeleken met de aspecten die in het kwalitatief onderzoek als beïnvloedend en voorspellend naar voren zijn gekomen, dan blijkt dat alleen de factor 2 (stereotype beelden over psychiatrische patiënten) terug te vinden is als een aspect in Figuur 3. Alle andere factoren van de vragenlijst zijn in het kwalitatief onderzoek niet als beïnvloedend voor de differentiatiekeuze naar voren gekomen. Anderzijds komen de aspecten *negatieve houding directe omgeving*, *ervaren eigen geschiktheid*, *eigen en omgevingservaringen* en *stage-ervaring in de ggz* niet overeen met één van de factoren. De vragenlijst dekt dus alleen een essen-

tieel aspect via factor 2. Hoewel uit het kwalitatieve onderzoek dat niet bleek, is uit divers ander onderzoek wel naar voren gekomen dat ook waardering, status en aanzien van werken in de ggz, beïnvloedende factoren zijn voor de keuze voor de ggz (Hoekstra, 2006). Dit betekent dat factor 1 (aanzien van werken in de ggz) en factor 3 (waardering voor werken in de ggz) niet als niet-relevant beschouwd mogen worden.

Een andere vraag met betrekking tot de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst is of de resultaten van de factoren van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' met de resultaten overeenkomen van het kwalitatief onderzoek en ander onderzoek. Uit de vragenlijst blijkt dat bij factor 2: *stereotype beelden over psychiatrische patiënten*, de studenten zich niet herkennen in de stereotype beelden die in de stellingen genoemd worden. Terwijl uit de interviews, en ook bij onder andere Hoekstra (2006; 2007) en Happell (1999b), blijkt dat studenten wel degelijk stereotype beelden over agressie en verslaving hebben. Verder is er geen significant verschil gevonden tussen de groepen met een agz-voorkeur en een ggz-voorkeur. Een mogelijke verklaring is dat de items te 'extreem' zijn geformuleerd, waardoor men het extreme standpunt afwijst, terwijl men het mogelijk toch wel met de inhoud van de stelling eens is. Een andere verklaring is dat de vragenlijst 'beeldvorming ggz' naar opvattingen in het hier en nu vraagt, terwijl in de interviews ook naar opvattingen van vroeger werd gevraagd. In de interviews is men mogelijk eerlijker in de beantwoording. Hierbij aansluitend is dat in de interviews ook naar de beelden van de samenleving over de ggz is gevraagd en de studenten hierop uitgebreider en gedetailleerder antwoord gaven, dan op de vraag naar hun eigen beelden over de ggz. De studenten gaven aan dat zij ooit hetzelfde dachten als de samenleving. Blijkbaar leidt enige afstand (in tijd of sociaal gezien) tot eerlijker antwoorden.

De inhoudsvaliditeit van de vragenlijst is daarom matig.

Constructvaliditeit en betrouwbaarheid

De categorieën van Hoekstra verwijzen naar aspecten die van invloed zijn op de keuzes van studenten (Hoekstra et al., 2007). De vragenlijst 'beeldvorming ggz' is gemaakt op basis van deze categorieën. Uit dit onderzoek blijkt dat uit de vragenlijst een viertal factoren te destilleren zijn die totaal 19 van de oorspronkelijke 25 items bevatten. Als de categorieën vergeleken worden met de factoren (zie Tabel 11), dan kan geconcludeerd worden dat alleen factor 4 en categorie 2 (beide behandelbaarheid) overeen komen. Factor 1 (aanzien van werken in de ggz) komt redelijk overeen met categorie 3 (ideeën over werk in de ggz). Factor 2 (stereotype kenmerken) komt goed overeen met categorie 1 (beeld over psychiatrische patiënten). Factor 3 (waardering voor werken in de ggz) komt niet overeen met een categorie. De constructvaliditeit van de vragenlijst 'beeldvorming ggz' is daarom redelijk goed.

De itemanalyses voor de factoren laat een goed betrouwbare schaal zien bij factor 1; matig betrouwbare schalen bij factor 2 en 3; en een onbetrouwbare schaal bij factor 4. De betrouwbaarheid van factor 4 is gebaseerd op twee items. Minimaal vijf items per schaal worden aanbevolen om goed het onderliggende construct te meten (Stokking, n.d.).

4.2 Discussie

Beperkingen onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwantitatieve en een kwalitatieve onderzoeksmethode. Het kwantitatieve onderzoek hield een statistische analyse in van de data van de vragenlijst 'beeldvorming ggz'. De respons op de vragenlijsten liep per hogeschool uiteen, van 56% op de Hogeschool Inholland, locatie Amsterdam, tot 90% op de Hogeschool van Amsterdam. De lage respons van 56% kan reden tot bias zijn, bijvoorbeeld dat specifieke groepen de vragenlijsten niet

hebben ingevuld, waardoor de dataset een vertekend beeld geeft. Verschillen in de scores tussen de hbo-v's kunnen daarvoor een aanwijzing zijn. Het blijkt echter dat bij de factoren er tussen de drie hbo-v's geen significantie verschillen zijn.

Het kwalitatieve onderzoek bestond uit een afname van 14 interviews bij studenten verpleegkunde van de Hogeschool van Amsterdam. De gebrekkige representativiteit van de interviewdeelnemers beperkt de validiteit: mannelijke studenten zijn niet geïnterviewd, omdat zij niet op de uitnodiging tot deelname reageerden. De reden is dat er slechts vijf zijn uitgenodigd en dat het gezien de respons (17%) waarschijnlijk toeval is dat er geen mannen hebben gereageerd. Ook de respons van allochtone studenten is vrij laag (1 deelneemster). De resultaten en conclusies van het kwalitatieve onderzoek zijn dus gebaseerd op een autochtone, vrouwelijke steekgroep. Het ontbreken van mannen in de interviewgroep is voor de resultaten van dit onderzoek waarschijnlijk geen probleem. Uit de vragenlijst bleek namelijk dat er geen significantie verschillen in de factorgemiddelden zijn tussen mannen en vrouwen. Het aandeel allochtone studenten is hoger dan de één op veertien in de interviewgroep. Maar wat het aandeel precies is, is niet onderzocht. Wat dus de gevolgen voor de resultaten is dus niet duidelijk. Mogelijk vinden allochtone studenten zaken als aanzien en status belangrijker dan allochtone studenten, want uit onderzoek is gebleken dat allochtone studenten qua studiekeuze de voorkeur hebben voor studies met status (Lacante, Almaci, Van Esbroeck, Lens, & De Metsenaere, 2007).

De interviews zijn schriftelijk via internet afgenomen. Voor de voordelen en beperkingen daarvan zie paragraaf 2.1.3. Een gevaar voor de validiteit is dat de interviewer zich teveel inleeft in de wereld van de ondervraagde personen (Boeije, 2006). De interviewer in dit onderzoek is ook praktijkopleider voor verpleegkundigen binnen een ggz-instelling, en heeft vanuit die functie veel met verpleegkundige stagiaires te maken. Het bleek dat tijdens het interviewen de interviewer vanuit zijn ervaring of niet genoeg doorvroeg, of juist op niet voor het onderzoek relevante onderwerpen doorvroeg. Hierdoor zijn opvattingen en redenen van de geïnterviewden soms te algemeen en vaag gebleven. Het ingebouwde 'veiligheidsventiel' door de mogelijkheid om na het interview nog vragen te kunnen stellen aan de geïnterviewden, heeft niet goed gewerkt. Op de door de interviewer gestelde vragen is nauwelijks antwoord gegeven. Verder bleek de termijn van één week om nog vragen te kunnen stellen te kort te zijn. Pas in de analysefase bleek dat sommige informatie vaag of onvolledig was. De periode voor navragen dient in de toekomst dan ook verlengd te worden.

Een kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat gegevens verzamelen en gegevens analyseren hand in hand gaan (Boeije, 2006; Miles & Huberman, 1994). Dit is in dit onderzoek slechts ten dele gelukt: de open codering is telkens na enkele interviews uitgevoerd en aangepast, maar de axiale en selectieve codering en analyse zijn pas nadat alle interviews waren afgenomen, uitgevoerd. Hierdoor is het nauwelijks mogelijk geweest de interviewonderwerpen bij te stellen op grond van de reeds verkregen gegevens. Zo bleken de ideeën die studenten hebben over de opvattingen van de samenleving over de ggz niet relevant te zijn voor dit onderzoek, maar is dit in de eerste 12 interviews uitgebreid aan de orde geweest. Daarnaast zijn belangrijke vragen naar de relatie tussen bepaalde beelden over de ggz en de voorkeur voor de ggz of agz, te weinig aan bod gekomen. Het resultaat was dat met name ontdekte verbanden tussen bepaalde aspecten van de beeldvorming en de gemaakte keuzes niet nagevraagd konden worden bij de geïnterviewde studenten. De getrokken conclusies zijn hierdoor mogelijk niet volledig: er kunnen nog andere factoren zijn die van invloed zijn op de differentiatiekeuze.

Vervolgonderzoek om mogelijk ontbrekende factoren te vinden die ook van invloed zijn op de keuze voor de ggz is wenselijk. Er is in Nederland nog niet veel onderzoek naar de beelden over de ggz onder verpleegkunde studenten is gedaan. Verder zou in een vervolgonderzoek meer naar het verschil tussen allochtone en autochtone studenten gekeken kunnen worden. Zeker in de grote

steden van Nederland is een groot deel van de bevolking allochtoon en daardoor is de noodzaak aan allochtone verpleegkundige in de ggz groot.

Uitkomsten vragenlijst

Een aanname bij de vragenlijst 'beeldvorming ggz' was dat er verschillen zouden zijn tussen verschillende groepen, namelijk tussen degenen met de intentie om de agz- of de ggz-differentiatie te kiezen en tussen degenen die privé- en omgevingservaring met de ggz hebben en degenen die dat niet hebben. In de literatuur blijken dit relevante factoren te zijn voor hoe men over de ggz denkt (Charleston & Happell, 2004; Happell, 1999a; Happell & Martin, 2001; Happell & Rushworth, 2000b). Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt echter geen enkel significant verschil tussen genoemde groepen. Waarom dit zo afwijkt van de bevindingen uit andere onderzoeken is niet duidelijk, mogelijk ligt de oorzaak in de formulering van de items. Of mogelijk is de gehanteerde vierpuntsschaal te klein, waardoor de antwoordmogelijkheden te weinig discriminerend zijn.

Generaliseerbaarheid

De resultaten uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek lijken, afgezien van de beperkingen van het onderzoek, breder getrokken te kunnen worden naar de voltijds hbo-v student in Nederland. De vraag is of uit dit onderzoek alle relevante factoren die invloed hebben op de differentiatiekeuze naar voren zijn gekomen. Gezien de eerdere opmerkingen over de beperkingen van de interviews, waarschijnlijk niet. Maar de wel gevonden factoren komen redelijk overeen met die uit eerder onderzoek. Daarbij lijkt het onwaarschijnlijk dat op andere hbo-v's – waar de populatieopbouw qua leeftijd en man-vrouwverhouding, bij allen ongeveer gelijk is – studenten hele andere opvattingen over de ggz hebben.

Bruikbaarheid model

De basis voor het theoretisch beïnvloedingsmodel wordt gevormd door de 'Theory of Planned Behavior' (TPB) van Ajzen (2005). De TPB stelt dat bij een bepaalde intentie om bepaald gedrag – in dit onderzoek de keuze voor een bepaalde differentiatierichting – te gaan uitvoeren, er drie determinanten beïnvloedend zijn voor de intentie van iemand. De resultaten van het kwalitatief onderzoek leidt tot het beïnvloedingsmodel zoals dat in Figuur 3 is te zien. In dit model blijkt dat er per determinant een factor is die van invloed is op de differentiatiekeuze voor de ggz. Daarnaast blijken er twee achtergrondvariabelen te zijn die sommige factoren beïnvloeden. Stage-ervaring in de ggz heeft zelfs direct invloed op de keuze voor de ggz-differentiatie.

Dit beïnvloedingsmodel op basis van de TPB laat duidelijk de relaties tussen de onderdelen van het model zien. Het kwalitatieve onderzoek heeft geen factoren gegeven die niet in het model te plaatsen zijn. Verder geeft het model aanwijzingen over mogelijke aanpassingen van de vragenlijst 'beeldvorming ggz'. Het model is daarom een bruikbaar model.

Aanbevelingen

Op basis van de conclusies over de inhouds- en constructvaliditeit kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden ter verbetering van de vragenlijst 'beeldvorming ggz'.

Ter vergroting van de inhoudsvaliditeit lijkt het zinvol om de factoren die van invloed zijn op de differentiatiekeuze (Figuur 3) op te nemen in de vragenlijst. Dit betekent dat naast de bestaande factoren ook de factor *negatieve houding van de directe omgeving*, de factor *ervaren eigen geschiktheid*, de factor *eigen en omgevingservaringen*, en de factor *stage-ervaring in de ggz*, in de stellingenlijst van de vragenlijst moet worden opgenomen.

Verder is een vergroting van de antwoordschaal bij de stellingen te overwegen. In de gebruikte vierpuntsschaal lijkt de afstand tussen *mee eens* en *mee oneens* groter te zijn dan tussen *zeer mee (on)eens* en *mee (on)eens*. Een zespuntsschaal zou dit gevoelsmatige verschil kunnen verkleinen. Verder is het opnemen van een 'midden'score in de schaal ook te overwegen, omdat vrij veel studenten toch een kruisje tussen *eens* en *oneens* hebben gezet. Deze kruisjes zijn nu als missing value geïnterpreteerd, maar voor meerdere afnames van de vragenlijst achter elkaar, is het wenselijk dat het aantal missing values zo gering mogelijk is.

De factoren 1 (aanzien) en 2 (stereotype beelden) hebben scores die vrijwel geheel op de 'oneens' kant van de schaal liggen. Het discriminerend vermogen van de items lijkt te laag te zijn, wat onder andere blijkt uit het feit dat er geen enkel groepsverschil is opgetreden, terwijl dat wel werd verwacht. Om het discriminerend vermogen van de factoren te verhogen dienen de items anders geformuleerd te worden. Item 6: *Psychiatrische patiënten hebben een uitzichtloos bestaan*, kan bijvoorbeeld geherformuleerd worden in: *Veel psychiatrische patiënten hebben een uitzichtloos bestaan*. Item 6 kon worden opgevat als alle *psychiatrische patiënten hebben een uitzichtloos bestaan*. Dat studenten dergelijke interpretaties afwijzen is niet zo gek, omdat vrijwel niemand zal denken dat *iedereen* een uitzichtloos bestaan heeft.

Het is van belang om in de vragenlijst per factor minimaal vijf items op te nemen, om zo de interne consistentie van de items te kunnen waarborgen. Dit geldt vooral voor factor 4, die maar uit twee items bestaat. Maar ook bij de factoren 2 en 3, die matig betrouwbare schalen hebben, zou de interne consistentie verhoogd kunnen worden door de items die een RIT hebben van $< .35$ te vervangen door andere items.

Hoewel dit onderzoek niet als primair doel had te onderzoeken hoe het curriculum van de hbo-v's verbeterd kan worden, zodat studenten op basis van reële beelden en verwachtingen over de ggz, een differentiatiekeuze kunnen maken, zijn uit dit onderzoek gegevens gevonden die richting kunnen geven aan bepaalde curriculumverbeteringen (zie ook Hoekstra (2006) en Hoekstra et al. (2007) voor vergelijkbare, maar uitgebreidere, aanbevelingen):

1. Laat studenten ruim voordat ze de differentiatierichting moeten kiezen stage lopen in de ggz en agz. Met name een stage in ggz is belangrijk, omdat zo stereotype beelden over de ggz veranderd kunnen worden. Onderzocht dient te worden in welke vorm de stage aangeboden moet worden, want een slechte stage-ervaring in de ggz doet meer kwaad dan goed, omdat dan bepaalde stereotype beelden over de ggz bevestigd worden.
2. Ook het organiseren van lessen door of met (ex)patiënten en ervaringsdeskundigen kunnen bestaande stereotype beelden verminderen. Dit is een bekende methode en werkt bij anti-stigmatiseringsstrategieën (Van Weeghel, 2005).
3. Wijs op open dagen en voorlichtingsbijeenkomsten van de hbo-v's nadrukkelijk op de mogelijkheid van de ggz als toekomstig werkveld. Laat ggz-instellingen hierin participeren, bijvoorbeeld door het geven van rondleidingen binnen instellingen.

Literatuurlijst:

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior*. Maidenhead: Open University Press.
- Arnold, J., Loan-Clarke, J., Coombs, C., Wilkinson, A., Park, J., & Preston, D. (2006). How well can the theory of planned behavior account for occupational intentions? *Journal of Vocational Behavior*, 69(3), 374-390.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beck, C. T. (2005). Benefits of Participating in Internet Interviews: Women Helping Women. *Qualitative Health Research*, 15(3), 411-422.
- Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Calibris. (2009). Arbeidsmarktverkenning verpleegkundige in de GGZ. 2009 - 2013. Noord-Holland-Noord, KAM, Amsterdam.: Calibris.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (n.d.). Verkregen 9 mei, 2009, van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71098ned&D1=33-133&D2=0-2&D3=a&VW=T>
- Charleston, R., & Happell, B. (2004). Evaluating the impact of a preceptorship course on mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 191-197.
- Chen, P., & Hinton, S. M. (1999). Realtime Interviewing Using the World Wide Web. *Sociological Research Online* Verkregen 11 januari, 2009, van www.socresonline.org.uk/4/3/chen.html
- Conner, M., & Sparks, P. (1996). The Theory of Planned Behavior and Health Behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp. 121 - 162). Buckingham: Open University Press.
- Coombs, C. R., Arnold, J., Loan-Clarke, J., Wilkinson, A., Park, J., & Preston, D. (2007). Improving the recruitment and return of nurses and allied health professionals: a quantitative study. *Health Services Management Research*, 20(1), 22-36.
- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Ferguson, K., & Hope, K. (1999). From novice to competent practitioner: tracking the progress of undergraduate mental health nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 630-638.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (Second edition ed.). London: Sage Publications.
- Gibson, J. L., Griepentrog, B. K., & Marsh, S. M. (2007). Parental influence on youth propensity to join the military. *Journal of Vocational Behavior*, 70(3), 525-541.
- Giles, M., & Rea, A. (1999). Career self-efficacy: An application of the theory of planned behaviour. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72(3), 393-398.
- Hamilton, R. J., & Bowers, B. J. (2006). Internet Recruitment and E-Mail Interviews in Qualitative Studies. *Qualitative Health Research*, 16(6), 821-835.
- Happell, B. (1999a). When I grow up I want to be a ...? Where undergraduate student nurses want to work after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 499-505.
- Happell, B. (1999b). Who wants to be a psychiatric nurse? Novice student nurses' interest in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(6), 479-484.
- Happell, B., & Martin, T. (2001). Undergraduate nursing students' views of mental health nursing in the forensic environment. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(2), 116-125.
- Happell, B., & Rushworth, L. (2000a). Can educational methods influence the popularity of psychiatric nursing? *Nurse Education Today*, 20(4), 318-326.

- Happell, B., & Rushworth, L. (2000b). 'Psychiatric nursing was great, but I want to be a "real" nurse': Is psychiatric nursing a realistic choice for nursing students? *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9(3), 128-137.
- Hergenrather, K. C., Rhodes, S. D., & McDaniel, R. S. (2005). Correlates of Job Placement Practice: Public Rehabilitation Counselors and Consumers Living with AIDS. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(3), 157-166.
- Hoekstra, H. (2006). *Verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg... Echt (niet) voor mij!*, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Hoekstra, H., Van Meijel, B., & Van der Hoofd-Leemans, T. (2007). Kiezen voor de GGZ. Een onderzoek onder hbo-v-studenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 941-951.
- Holland, J. L. (1959). A theory of vocational choice. *Journal of Counseling Psychology*, 6(1), 35-45.
- Hunt, N., & McHale, S. (2007). A Practical Guide to the E-Mail Interview. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1415-1421.
- Im, E., & Chee, W. (2001). A Feminist Critique on the Use of the Internet in Nursing Research. *Advances in Nursing Science*, 23(4), 67.
- James, N., & Busher, H. (2007). Ethical issues in online educational research: protecting privacy, establishing authenticity in email interviewing. *International Journal of Research & Method in Education*, 30(1), 101-113.
- Kemper, P., Van Hoof, J., Visser, M., & De Jong, M. (2007). Studiekeuze in kaart gebracht. Gedragdeterminanten van scholieren bij het kiezen van een vervolgopleiding. *Tijdschrift voor Hoger Onderwijs*, (), pp. 270 - 279.
- Lacante, M., Almaci, M., Van Esbroeck, R., Lens, W., & De Metsenaere, M. (2007). Allochtonen in het hoger onderwijs. Onderzoek naar factoren van studiekeuze en studiesucces bij allochtone eerstejaarsstudenten in het hoger onderwijs. Verkregen 26 juli, 2009, van <http://193.190.148.151/OBPWO/projecten/2003/0303/eindrapport.pdf>
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (2002). Social Cognitive Career Theory. In D. Brown (Ed.), *Career Choice and Development*. (pp. 255 - 311). San Francisco: Jossey-Bass.
- McKinlay, A., & Cowan, S. (2003). Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 298-309.
- Miles, B., & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook* (Second Edition ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. (Third ed.). Berkshire: Open University Press.
- Scholl, N., Mulders, S., & Drent, R. (2001). Online kwalitatief marktonderzoek. 'Interviewing the world at a finger tip'. Verkregen 7 januari, 2009, van <http://www.moaweb.nl/bibliotheek/jaarboeken/2001/jaarboek-2001-14.pdf/view>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stokking, K. M. (1997). *Determinanten van school- en beroepskeuze in theorie en onderzoek. Een studie naar keuzeprocessen in het voortgezet onderwijs, met als voorbeeld de keuze van natuurkunde in het vakkenpakket VWO*. Utrecht: Vakgroep Onderwijskunde/ISOR/Universiteit Utrecht.
- Stokking, K. M. (n.d.). Bouwstenen. Verkregen 11 mei, 2009, van <http://studion.fss.uu.nl/Bouwstenenonline/Bouwstenenonline.html>
- Super, D. E. (1980). A life-span, life-space approach to career development. *Journal of Vocational Behavior*, 16(3), 282-298.
- Surgenor, J. L., Dunn, J., & Horn, J. (2005). Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(2), 103-108.

Van der Windt, W., Smeets, R., & Arnold, E. (2008). RegioMarge 2008. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012. Verkregen 18 mei, 2009, van [http://www.prismant.nl/Arbeidsmarkt en HRM/Publicaties/2008 -
RegioMarge Samenvatting](http://www.prismant.nl/Arbeidsmarkt_en_HRM/Publicaties/2008_-_RegioMarge_Samenvatting)

Van Schie, E., Meijer, E., & Wiegman, O. (1997). *Beeldvorming omtrent psychiatrische patiënten bij de bevolking en bij patiënten zelf. Inhoudsanalyse mediaberichtgeving*. Enschede: Vakgroep Psychologie, Universiteit Twente.

Van Weeghel, J. (2005). Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 4*, 378-394.

Bijlage 1: Verzonden informatie over het interview en interviewdeelnamen

E-mail voor deelname aan interview:

Beste *****,

Mijn naam is Alex van der Heijden en ik ben praktijkopleider van GGZ inGeest en ik doe onderzoek naar de meningen en ideeën die voltijdsstudenten hebben over de ggz, dit in het kader van mijn studie onderwijskunde.

Ik heb jouw naam via de hbo-v gekregen en wil je vragen of je wilt meedoen aan dit onderzoek. Ik zou je graag willen interviewen over jouw meningen en ideeën over de ggz. Het maakt niet uit of gekozen hebt voor de AGZ of GGZ. Het interview duurt ongeveer 1 uur en wordt afgenomen met behulp van MSN Messenger op een onderling af te spreken moment in mei (het kan bijvoorbeeld 's avonds en in het weekend).

Als je wilt meedoen stuur dan een reply aan mij, dan stuur ik je aanvullende informatie en neem ik telefonisch contact met je op voor het maken van een afspraak. Of bel me op nummer 06-*****. Of loop even de kamer van Henk S. binnen op donderdag, want dan ben ik daar aanwezig.

Als je niet wilt meedoen, zou je me dat dan ook willen laten weten. Ik weet dan dat mijn verzoek jou heeft bereikt.

Ik hoop van je te horen.
Met vriendelijke groet,

Alex van der Heijden

Informatie over interview 'beeldvorming ggz':

Beste student,

Je heb tijdens ons vorige contact aangegeven dat je wil meedoen aan mijn onderzoek naar de beeldvorming over de ggz bij studenten van de hbo-v. Wederom dank hiervoor. Hieronder vind je verdere uitleg over de reden en opzet van het interview.

Reden interview:

De HBO-V's van de Hogeschool van Amsterdam en de Hogeschool Inholland willen meer te weten komen over de meningen en ideeën die studenten hebben over de ggz, en in hoeverre deze meningen en ideeën gedurende de opleiding veranderen. Wanneer wij beter snappen hoe studenten over de ggz denken kunnen wij ook beter ons ggz-onderwijs hier op aanpassen.

Een van de manieren om hier achter komen is via het afnemen van interviews aan enkele studenten verpleegkunde. Het interview met jou is bedoeld om het beeld wat jij van de ggz hebt te duidelijk te krijgen én te onderzoeken of en hoe dat beeld van invloed is (geweest) op je differentiatiekeuze.

Opzet interview:

Het interview zal online afgenomen worden via het chatprogramma Messenger en via de email. Dit betekent dat het interview schriftelijk van aard is. Het eerste deel van het interview duurt 1 á 1½ uur, waarbij ik jou een aantal vragen zal stellen, waar jij gelijk antwoord op geeft. Hetzelfde dus als in een 'traditioneel' interview. Ter voorbereiding van het interview heb ik een aantal vragen bijgevoegd. Ik verzoek je deze vragen vóór het interview te beantwoorden en aan mij terug te sturen.

Na afsluiting van het eerste deel start het tweede deel van het interview. Tijdens dit deel heb je een week de tijd om mij aanvullingen en/of verduidelijkingen te geven op dat wat je hebt geschreven in het eerste deel van het interview. Ook ik kan in deze week jou om verduidelijkingen vragen over wat je geschreven hebt. Dit deel van het interview wordt via de email gedaan.

Voor het kunnen afnemen van het interview via Messenger is het nodig dat je mijn e-mailadres toevoegt: *****@hotmail.com

Privacy:

Jouw persoonlijke gegevens zoals je naam, telefoonnummer en e-mailadres zijn alleen bij mij bekend en zullen niet aan anderen doorgegeven worden zonder jou toestemming.

Omdat ik voor dit interview jouw e-mailadres nodig heb, is het wellicht aan te raden een apart e-mailaccount (bijvoorbeeld Hotmail) aan te maken.

Ook zullen de gegevens van het interview niet te herleiden zijn tot jou. Met andere woorden, de gegevens worden anoniem verwerkt.

Het interview gebeurt op basis van vrijwilligheid.

Richtlijnen interview:

Om het interview goed te laten verlopen zijn er een aantal richtlijnen gemaakt:

- Maak geen gebruik van emoticons e.d. Als je toch iets dergelijks wilt aangeven probeer dat dan in schrijftaal te doen (bijvoorbeeld: "zin zin zin" → dit bedoelde ik ironisch/grappig/enz);
- Als de vraag niet (helemaal) duidelijk is, vraag dan aan mij om verduidelijking;
- Als je nog op een eerdere vraag wilt reageren, geef dan ook aan op welke vraag je reageert;
- Probeer – zeker in het eerste deel – niet te lang na te denken over een antwoord. Schrijf op wat in je opkomt. Dit komt de snelheid van het interview ten goede;
- Mocht je even willen pauzeren (koffie pakken, wc gang, enz.), dan is dat geen probleem, maar meld het wel even;
- Zorg dat je gedurende het interview alleen bent, de aanwezigheid van anderen kan je afleiden of beïnvloeden.

Mocht je nog vragen hebben, email of bel dan naar Alex van der Heijden: 06-***** of *****@hotmail.com

Vorbereidingsvragen aan student voor interview:

Welk beelden (opvattingen, gevoelens) had jij over de ggz/psychiatrie toen jij aan de opleiding hbo-v begon?

Welk beeld heeft, volgens jou, de samenleving over de ggz/psychiatrie?

Hoe zie je het werken in de ggz in vergelijking met andere werkvelden?

Welke vaardigheden heb je nodig om als verpleegkundige in de ggz te kunnen werken?

Bijlage 2: verschillen tussen vragenlijst Hoekstra en vragenlijst 'beeldvorming ggz'

	Algemene vragen in vragenlijst Hoekstra	Algemene vragen in vragenlijst 'beeldvorming ggz'
1	Aan het einde van het tweede jaar moet je een keuze maken voor een differentiatie. Zoals je er nu over denkt... Kies je dan voor een differentiatie in de GGZ?	Zoals je er nu over denkt, kies je dan voor een differentiatie in de GGZ?
2	Heb je ervaring (door stage, vakantiewerk, beroepsmatig) met patiënten in de gezondheidszorg?	Heb je ervaring (door stage, vakantiewerk, beroepsmatig) met patiënten in de gezondheidszorg?
3	Met welke patiëntencategorie heb je werkervaring?	In welke sector heb je werkervaring?
4	Heb je in je privé-omgeving te maken met psychiatrische of psychische problematiek? Nee	Heb je in je privé-omgeving te maken (gehad) met psychiatrische of psychische problematiek?
5		Het persoonlijke contact met psychiatrische of psychische problematiek heeft ertoe geleid dat mijn begrip voor psychiatrische patiënten is toegenomen:
	Stellingen in vragenlijst Hoekstra	Stellingen in vragenlijst 'beeldvorming ggz'
1.	Mensen in mijn omgeving vinden psychiatrische patiënten gewone mensen	Mensen in mijn omgeving vinden psychiatrische patiënten gewone mensen, net zoals jij en ik
2.	Je hebt een hbo-diploma nodig om te verpleegkundige zorg te kunnen verlenen aan psychiatrische patiënten	Je hebt echt een hbo-diploma nodig om verpleegkundige zorg te kunnen verlenen aan psychiatrische patiënten
3.	Veel psychiatrische patiënten zijn verslaafd	De meeste psychiatrische patiënten zijn verslaafd
4.	Mensen met psychiatrische ziekten kunnen een gewone baan hebben	Psychiatrische patiënten zijn in staat om normaal werk te doen
5.	Er komt veel agressie voor in de ggz	De meeste psychiatrische patiënten zijn agressief
6.	Mensen met psychiatrische problemen hebben een uitzichtloos bestaan	Psychiatrische patiënten hebben een uitzichtloos bestaan
7.	Mensen in mijn omgeving zullen het raar vinden als ik kies voor een differentiatie in de ggz	Als ik in het algemeen ziekenhuis werk, heb ik meer aanzien dan wanneer ik in de ggz werk
8.	Psychiatrische ziekten zijn goed te behandelen	Psychiatrische ziekten zijn goed te behandelen
9.	Ieder mens kan psychiatrische problemen krijgen, daar hoe je echt niet gek voor te zijn	Ieder mens kan psychiatrische problemen krijgen, daar hoe je echt niet gek voor te zijn
10.	Mensen met psychiatrische problemen zijn gevaarlijk	Psychiatrische patiënten zijn gevaarlijk
11.	Een baan in de ggz, dat is een echt mannenberoep	Werken in de ggz is echt iets voor mannen
12.	Mijn vrienden vinden het heel knap als ik met psychiatrische mensen wil gaan werken	Mensen in mijn omgeving vinden het heel knap als ik met psychiatrische patiënten ga werken
13.	Werken met psychiatrische cliënten is uitdagend	Werken met psychiatrische patiënten is uitdagend
14.	Als je nu al kiest voor de ggz, kun je niet meer werken in het algemeen ziekenhuis	Als ik nu kies voor de ggz, kan ik later niet meer werken in het algemeen ziekenhuis
15.	In de ggz heb je een grote invloed op het behandelzorgplan	In de ggz heb je als verpleegkundige een grote invloed op de behandeling
16.	Ik vind het een uitdaging om met psychiatrische cliënten te werken	Psychiatrische ziekten zijn net zo goed te behandelen als lichamelijke ziekten
17.	Mensen met psychiatrische problemen kunnen geen normaal leven leiden	Psychiatrische patiënten kunnen geen normaal leven leiden
18.	Je moet stevig in je schoenen staan om in de ggz te kunnen werken	Je moet stevig in je schoenen staan om in de ggz te kunnen werken
19.	Psychiatrische cliënten zijn vaak oude mensen	Psychiatrische patiënten zijn vaak oude mensen
20.	In de ggz zijn voldoende kansen om naar hogere functies door te groeien	In de ggz heb je -vergeleken met het algemeen ziekenhuis- weinig kansen om carrière te maken
21.	In de media wordt een negatief beeld geschetst over psychiatrische patiënten	Als je in de ggz werkt, dan ben je geen 'echte' verpleegkundige
22.	Werken in de ggz lijkt mij eng	Ik vind werken met psychiatrische patiënten eng
23.	Mannen die werken in de ggz zijn watjes	Mannen die werken in de ggz zijn watjes
24.	Als ik zou kiezen voor een differentiatie in de ggz zou mijn omgeving dat zeker waarderen	Mensen in mijn omgeving zouden het waarderen als ik zou kiezen voor het werken in de ggz
25.	Ik heb de juiste persoonlijke eigenschappen om in de ggz te kunnen werken	Ik heb de juiste persoonlijke eigenschappen om in de ggz te kunnen werken

Bijlage 3: uitkomsten vragenlijst 'beeldvorming ggz'

Achtergrondvraag 1: Zoals je er nu over denkt, kies je dan voor een differentiatie in de ggz?

	Aantal	Percentage %
ja	39	14,0
nee	237	85,3
Total	276	99,3
Missing System	2	,7
Totaal	278	100,0

Achtergrondvraag 2: Heb je ervaring met patiënten in de gezondheidszorg?

	Achtergrond vraag 3: in welke sector ervaring?	aantal	Percentage %
Ja	algemeen ziekenhuis	31	11,2
	psychiatrie	3	1,1
	verstandelijk gehandicapten zorg	14	5,0
	verpleeg- / verzorgingshuis	42	15,1
	wijkverpleging	8	2,9
	anders	3	1,1
Nee		175	62,9
Totaal		278	100,0

Achtergrondvraag 4: Heb je in je privé-omgeving te maken (gehad) met psychiatrische of psychische problematiek?

	Achtergrondvraag 5: begrip toegenomen door contact	aantal	Percentage %
Ja	ja	88	31,7
	nee	9	3,2
Nee		180	64,7
Totaal		278	100,0

Descriptieve gegevens stellingen vragenlijst 'beeldvorming ggz'

	N	Gem.	Std. Dev.
stelling 1: Mensen in mijn omgeving vinden psych. pat. gewone mensen	274	2,55	,628
stelling 2: Je hebt een hbo diploma nodig om vp zorg te kunnen verlenen aan psych. pat.	277	2,69	,759
stelling 3: De meeste psych. pat. zijn verslaafd	276	1,72	,595
stelling 4: Psychiatrische pat. zijn in staat om normaal werk te doen	266	2,69	,573
stelling 5: De meeste psych. pat. zijn agressief	270	1,90	,540
stelling 6: Psych. pat. hebben een uitzichtloos bestaan	272	1,67	,563
stelling 7: Als ik in het alg. ziekh. werk heb ik meer aanzien dan wanneer ik in de ggz werk	271	1,88	,680
stelling 8: Psych. ziekten zijn goed te behandelen	264	2,75	,516
stelling 9: Ieder mens kan psych. problemen krijgen, daar hoeft je niet gek voor te zijn	277	3,34	,533
stelling 10: Psych. pat. zijn gevaarlijk	269	1,93	,472
stelling 11: Werken in de ggz is echt iets voor mannen	272	1,64	,551
stelling 12: Mensen in mijn omgeving vinden het heel knap als ik met psych. pat. ga werken	268	2,70	,648
stelling 13: Werken met psych. pat. is uitdagend	272	3,03	,532
stelling 14: Als ik nu kies voor de ggz, kan ik later niet meer werken in het alg. ziekh.	274	1,81	,540
stelling 15: In de ggz heb je als vp een grote invloed op de behandeling	268	2,89	,416
stelling 16: Psych. ziekten zijn net zo goed te behandelen als lichamelijke ziekten	267	2,28	,541
stelling 17: Psych. pat. kunnen geen normaal leven leiden	271	1,93	,497
stelling 18: Je moet stevig in je schoenen staan om in de ggz te kunnen werken	277	3,21	,517
stelling 19: Psych. pat. zijn vaak oude mensen	276	1,69	,541
stelling 20: In de ggz heb je - vergeleken met het alg. ziekh. - weinig kansen om carrière te maken	270	2,00	,555
stelling 21: Als je in de ggz werkt, dan ben je geen echte vp	274	1,78	,581
stelling 22: Ik vind werken met psych. pat. eng	271	2,09	,709
stelling 23: Mannen die werken in de ggz zijn watjes	276	1,36	,496
stelling 24: Mensen in mijn omgeving zouden het waarderen als ik zou kiezen voor de ggz	268	2,81	,479
stelling 25: Ik heb de juiste persoonlijke eigenschappen om in de ggz te kunnen werken	254	2,57	,623
Totaal	212		