

Empowerment - Constructie en validatie van een vragenlijst

W. Boevink, H. Kroon, F. Giesen

1. Inleiding

Empowerment is een begrip dat in veel sectoren - waaronder de geestelijke gezondheidszorg - wordt gebruikt (zie Boevink et al, 2008). Mede hierdoor bestaan er verschillende definities en benaderingen van het begrip. Rappaport (1987) noemt empowerment een proces waarbij mensen, organisaties of gemeenschappen invloed krijgen op gebeurtenissen en situaties die belangrijk voor hen zijn. Zimmerman (1988) voegt daaraan toe wat nodig is om invloed te krijgen: toegang tot informatie, kennis en vaardigheden, beslissingen kunnen nemen, individuele kracht, participatie in de samenleving en opgemerkte controle. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen empowerment op individueel en op collectief niveau. Op individueel niveau gaat het om processen waarbij de betrokkene de identiteit en eigenwaarde hervindt en 'het leven in eigen hand neemt'. Op collectief niveau gaat het om de inbreng van mensen met psychische handicaps en hun ervaringen in de vormgeving van de zorg en de samenleving (Van Hoof e.a. 2004).

De afgelopen jaren krijgen het begrip empowerment en de daaronder vallende activiteiten in toenemende mate aandacht in Nederland. Het gaat daarbij om activiteiten en projecten die mensen met psychische handicaps zelf opzetten dan wel aansturen (Van Hoof e.a. 2004). In hoeverre deze activiteiten daadwerkelijk bijdragen aan het empowermentproces van de deelnemers is nauwelijks onderzocht (Van Hoof e.a. 2004). Datzelfde geldt voor het aanbod van reguliere GGZ-instellingen. Ook daarvan is niet duidelijk of en in welke mate het bijdraagt aan empowermentprocessen van haar cliëntèle.

Instrumenten om de mate van empowerment bij individuen te meten zijn in Nederland schaars. Zo'n instrument maakt het mogelijk om de effecten van cliëntgestuurde projecten in kaart te brengen en te vergelijken met het professionele GGZ-aanbod. In de Verenigde Staten zijn wel ervaringen opgedaan met het instrumenteren van het empowermentconcept. Rogers et al (1997) hebben vanuit het cliëntenperspectief een empowerment vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst heeft een redelijke tot goede betrouwbaarheid en validiteit (Rogers e.a., 1997, Wowra & McCarter, 1999). De lijst is in ons land naar het Nederlands omgezet in de 'beslissingen nemen' vragenlijst (Castelein et al, 2008).

Het is echter de vraag of een directe vertaling van deze Amerikaans schaal zonder meer inzetbaar is voor een goede Nederlandse versie. In de eerste plaats is er sprake van

cultuurverschillen, die juist bij waardegevoelige thema's als empowerment en zelfbeschikking van invloed zullen zijn. Een andere tekortkoming is dat de Amerikaanse empowermentschaal geen verbinding maakt met de problemen waarmee GGZ-cliënten te kampen hebben. Dit is een gemis omdat veel cliënten in hun streven naar meer zelfbeschikking tevens actief proberen meer greep te krijgen op de eigen psychische klachten (zie: Boevink et al., 1995). In overleg met de makers van de Amerikaanse schaal nam het Trimbos-instituut zich daarom voor om - naar Amerikaans voorbeeld - de volledige procedure van de vragenlijstconstructie nogmaals uit te voeren, ditmaal vanuit het perspectief van (ex-)cliënten van de Nederlandse GGZ. In 2003 is hiermee een begin gemaakt. Het Trimbos-instituut onderzocht welke aspecten mensen met psychische handicaps onderscheiden aan het begrip empowerment (Boevink e.a., 2008). Op basis van de uitkomsten van dit verkennende onderzoek is een Nederlandse empowerment vragenlijst ontwikkeld. In dit artikel beschrijven we de ontwikkeling van de Nederlandse empowerment vragenlijst en de resultaten van de betrouwbaarheidsanalyses.

2. Methode

De items van de empowerment vragenlijst zijn gebaseerd op de resultaten van de conceptuele verkenning naar het begrip empowerment (zie Boevink e.a., 2008). 56 Mensen met psychische handicaps hebben het begrip empowerment in kaart gebracht. Er zijn acht domeinen onderscheiden op basis van in totaal 96 uitspraken.

45 van de 96 uitspraken zijn omgevormd tot vragenlijstitems. Selectie vond plaats op grond van hoge prioriteit en lage standaarddeviatie. Per kwadrant uit de Concept Map selecteerden we de items met de hoogste prioriteit en een standaarddeviatie < 2 en screenden we op overlap. Ten slotte beoordeelden we of het item de lading van het kwadrant van herkomst dekte. De items kregen de vorm van concrete en eenduidige stellingen.

De respondent kan op een vijfpuntsschaal aangeven in hoeverre hij het eens is met deze uitspraken ('sterk mee oneens', 'mee oneens', 'niet mee eens/niet mee oneens', 'mee eens', 'sterk mee eens'). Vijf items hebben betrekking op de hulpverlening. Deze items hebben een zesde antwoordcategorie: 'niet van toepassing'.

Zes activisten uit de cliëntenbeweging in de GGZ hebben de eerste versie van de vragenlijst geëvalueerd. Daarnaast beoordeelde de begeleidingscommissie de vragenlijst op met name de face validiteit. Ten slotte vulden 33 (ex-) cliënten van de GGZ de

conceptvragenlijst in. Op basis van de uitkomsten van deze eerste test hebben we een aantal items geherformuleerd en het totaal aantal items teruggebracht tot 42.

Na de test is de empowerment vragenlijst uitgezet onder 823 (ex-) cliënten van de GGZ in de leeftijdscategorie 18 tot 65 jaar, verspreid over heel Nederland (zie schema 1). We hebben geprobeerd een brede groep (ex-)cliënten van de GGZ te bereiken: van mensen die langdurige en intensieve zorg krijgen tot mensen die niet tot nauwelijks (nog) gebruik maken van de GGZ en actief hun ervaringsdeskundigheid inzetten. De vragenlijsten zijn verspreid via hulpverleners van GGZ-instellingen (364), medewerkers van cliëntgestuurde projecten (224) en rehabilitatieprojecten (235). Enkele respondenten ontvingen de vragenlijst direct van de onderzoekers (9). We ontvingen 368 vragenlijsten ingevuld terug. Dit is een respons van 45%.

Schema 1: response naar herkomst

Herkomst	Uitgezet	Response
Clïëntgestuurd	35,1 %	60%
Rehabilitatie	21,2 %	45%
Reguliere GGZ	41,3 %	34%
Totaal	823	44,71%

Naast de empowerment vragenlijst hebben we een aantal andere lijsten aan de respondenten voorgelegd.

Allereerst is dat de ‘beslissingen nemen’ lijst. Dit is een vertaling van de Amerikaanse empowermentschaal van Rogers et al uit 2002 (Altrecht GGZ, UCP/UMCG). Deze bestaat uit 5 subschalen, te weten: ‘optimisme’ (over de mate waarin het leven beïnvloed kan worden), ‘zelfvertrouwen’, ‘gezamenlijk actie ondernemen’ (community activism), ‘eigenmachtigheid’ of ‘vertrouwen in eigen kracht’ en ten slotte ‘woede als kracht’.

Verder voegden we toe een verkorte versie van de Lancashire Quality of Life Profile (Oliver en Huxley, 1996), bestaande uit 8 items, die de kwaliteit van leven meet. Deze verkorte versie is in ons land eerder gebruikt in de zorgmonitor Zuid-Limburg (naam, 2008). Ook zetten we de MHI-5 in, een psychische klachtenlijst van 5 items uit de SF-36 en 6 items over zorggebruik, medicijngebruik en participatie in cliëntgestuurde projecten of organisaties. Ten slotte verzamelden we sociodemografische gegevens en

vroegen we de respondenten naar hun omschrijving van hun psychische klachten. We gaven daarbij de keuzemogelijkheden: ‘psychotische aandoening/schizofrenie’, ‘persoonlijkheidsstoornis’, ‘angststoornis’ en ‘anders’.

Met het vragenlijstpakket stuurden we een brief en twee antwoordenvelopen mee, waarvan er één gebruikt kon worden om de vragenlijst mee terug te sturen. De tweede antwoordenvelophe was bedoeld om de adresgegevens mee door te geven, zodat we een bon ter waarde van €5,- naar de respondent konden sturen zonder dat daarmee de anonimiteit van de respondent met betrekking tot de vragenlijst in het geding kwam.

Om de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst te bepalen voerden we op de verzamelde gegevens een factoranalyse uit. De betrouwbaarheid van de totale lijst en de factoren onderzochten we door de Cronbach’s alfa te berekenen. De constructvaliditeit ten slotte evalueerden we door de scores op de empowerment vragenlijst te correleren met de scores op de ‘beslissingen nemen’ lijst en de ‘kwaliteit van leven’ lijst.

3. Respondentkenmerken

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 44 jaar (variërend van 18 tot 82). De helft is man en 90% is geboren in Nederland. 46% woont alleen, 21% woont bij de ouders, of met kinderen al dan niet met partner en 29% woont in een instelling of in een beschermende woonvorm. 6% heeft een reguliere betaalde baan (full- of parttime), bijna 40% heeft vrijwilligerswerk en 6% studeert of gaat naar school. 19% van de respondenten is hoger opgeleid (hbo/wo), 32% is lager opgeleid (geen, speciaal of lager onderwijs, lbo). Een ruime meerderheid leeft van een uitkering: 62% ontvangt een WAO of Wajong uitkering.

<i>Gegevens respondenten (N=#)</i>	%
Man	50
In Nederland geboren	90
<i>Woonsituatie</i>	
Alleen	60
Samenwonend of gehuwd	21
Instelling of beschermende woonvorm	29
<i>Inkomstenbron</i>	
ABW	19
WAO/Wajong	62
Loon	10
<i>Werksituatie</i>	

Regulier werk	6
Vrijwilligerswerk	40
School/studie	6
<i>Opleidingsniveau</i>	
Lager opgeleid	32
Middelbaar opgeleid	
Hoger opgeleid	19
<i>Omschrijving psychische klachten</i>	
Psychotische aandoening / schizofrenie	35
Stemmingsstoornis	29
Persoonlijkheidsstoornis	22
Angststoornis	21
Gemiddelde leeftijd	44

4. De drie respondentengroepen en hun onderlinge verschillen

We verzamelden de gegevens onder een zo gemêleerd mogelijke groep GGZ-cliënten in de veronderstelling met dit databestand later het discriminerend vermogen van de vragenlijst te kunnen nagaan. Kan, met andere woorden, de vragenlijst een verondersteld verschil in empowerment duidelijk maken tussen patiënten van de reguliere psychiatrie, deelnemers in rehabilitatiepraktijken en deelnemers in cliëntgestuurde initiatieven? De hypothese is dat deelnemers van cliëntgestuurde initiatieven in sterkere mate de regie voeren over hun eigen leven dan patiënten van de reguliere psychiatrie en deelnemers van rehabilitatiepraktijken en dat deelnemers van rehabilitatiepraktijken op hun beurt meer ‘empowered’ zijn dan patiënten van de reguliere psychiatrie.

De vraag dient zich aan of de drie onderscheiden respondentengroepen op demografische en enkele andere variabelen verschillen. Dat is het geval. Zo zien we dat de gemiddelde leeftijd van respondenten het hoogst is in de cliëntgestuurde projecten (47 jaar tegenover 40 jaar in de rehabilitatieprojecten en 43 jaar in de reguliere GGZ ($p = 0.001$; $F = 5,285$; $df = 3$). Meer dan de helft van de respondenten van de rehabilitatiepraktijken en de cliëntgestuurde projecten wonen alleen tegenover 32% in de reguliere psychiatrie ($p=.00$). In de groep respondenten uit de reguliere psychiatrie bevindt zich bijna een kwart in een beschermende woonvorm en meer dan een kwart in een andere instelling. Die percentages liggen in de beide andere groepen significant lager ($p=.00$). Onder de respondenten uit de reguliere psychiatrie bevindt zich het grootste aantal respondenten zonder betaald werk: meer dan 95%. Dit is significant meer ($p=.001$) dan de respondenten in de beide andere praktijken. In de cliëntgestuurde projecten zitten

maar liefst bijna 20% respondenten met een betaalde baan. Onder de respondenten uit de reguliere psychiatrie bevindt zich ook het grootste aantal respondenten met de laagste opleiding: ruim 40% heeft slechts basisschool of helemaal geen opleiding. Hier staat tegenover dat van de respondenten uit de cliëntgestuurde projecten en rehabilitatiepraktijken maar liefst 36 tot 39% hoger onderwijs heeft gevolgd ($p=.000$). Ten slotte heeft de reguliere GGz het meest met patiënten van buitenlandse afkomst te maken: in de respondentengroep meldt zich 36% als zodanig tegenover een kwart in de beide andere groepen ($p=.00$).

Er worden geen significante verschillen gerapporteerd bij de vraag of men ooit opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor alle groepen ligt het percentage dat met ja antwoordt op driekwart tot 80%. Echter, van de respondenten uit de reguliere psychiatrie is 40% in het jaar voorafgaand aan het onderzoek opgenomen geweest tegenover een kwart (rehabilitatiepraktijken) en een achtste (cliëntgestuurde projecten) van de andere respondenten ($p = .00$). Ten slotte worden er significante verschillen gerapporteerd wat betreft de vraag of men (ooit) een psychose heeft gehad: meer dan 70% uit de reguliere psychiatrie antwoordt positief, terwijl uit de twee andere groepen slechts tot 45% een psychose heeft gehad ($p=.000$).

Samenvattend kan men stellen dat de respondenten uit de reguliere psychiatrie vaker allochtoon zijn, vaker laag opgeleid zijn, vaker geen betaald werk hebben, vaker opgenomen zijn in een instelling (in het jaar voorafgaand aan de studie) en vaker een psychose in de levensloop rapporteert. Er is nauwelijks sprake van verschillen tussen de respondenten uit de rehabilitatiepraktijken en de cliëntgestuurde projecten.

5. Factoranalyse

De factor analyse (principal component analyse) levert 6 factoren op die samen 51% van de variantie verklaren. Deze zijn gebaseerd op 42 items. Twee items zijn later alsnog verwijderd. 'De hulpverlening geeft mij goede medicatie' is dubbelzinnig in een empowermentvragenlijst. Wat vanuit een conservatief medisch standpunt 'goed' is, hoeft dat vanuit empowermentperspectief niet te zijn. Het andere item dat alsnog verwijderd is, is 'Als we onze krachten bundelen, zijn mensen met psychische handicaps in staat veranderingen te bewerkstelligen'. Dit item is een wezenlijk anders in vergelijking met de andere items van de factor 'Betrokken leefgemeenschap'. Bovendien voldoet het niet aan de regels van eenduidige formulering.

In tabel 1 is te zien dat deze subschalen goed corresponderen met de eerder in de Concept Map gevonden domeinen. De uitspraken de Concept Mapping komen terug als items in de vragenlijst. Dit betekent dat het gelukt is om zo dicht mogelijk bij de input van de respondenten te blijven.

<i>Domein uit Concept Map</i>	<i>Subschaal vragenlijst</i>
Goede hulp	Professionele hulp
Steunende omgeving	Sociale steun
Herstelwerk	Eigen wijsheid
Verbondenheid	Erbij horen
Ontluikend zelfgevoel	Kwetsbaarheidsmanagement
Betrokken leefgemeenschap/ sociale zekerheid	Betrokken leefgemeenschap

De uiteindelijke schaalindeling van de overige vijf schalen is gebaseerd op een factoranalyse zonder de hulpverleningsitems. We voorkwamen zo dat mensen zonder hulpverleners systematisch buiten de analyse bleven en hielden de N zo hoog mogelijk.

6. Interne consistentie

Voor de zes schalen in de definitieve versie van het instrument werden de Cronbach's alpha berekend. Die is voor de totale schaal 0,93. De uitkomsten van de subschalen staan hierna vermeld. Geconcludeerd kan worden dat de interne consistentie van de schalen over het algemeen als goed kan worden bestempeld. Ook de item-totaal correlatie is goed. De allerlaagste is altijd nog 0,32. De 40 items vormen een samenhangend geheel.

Professionele hulp *alpha = .806* *4 items*

1. Mijn hulpverlener en ik hebben een goede samenwerkingsrelatie
6. Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden
14. Mijn hulpverlener is er als ik hem/haar nodig heb
29. De hulpverlening sluit goed aan bij mijn leven

Sociale steun *alpha = .868* *7 items*

5. De mensen om mij heen accepteren mij.
8. Mijn omgeving biedt mij een luisterend oor.

- 9. De mensen om mij heen nemen me zoals ik ben.
- 16. De mensen van wie ik hou steunen mij.
- 17. Ik kan passende ondersteuning krijgen als dat nodig is.
- 27. Ik heb een goede verstandhouding met de mensen om me heen.
- 39. Ik kan terugvallen op de mensen om mij heen.

Eigen wijsheid *alpha = .891 12 items*

- 3. Ik kan iets betekenen voor iemand anders.
- 4. Ik heb een doel in mijn leven.
- 12. Ik haal voldoening uit wat goed gaat.
- 13. Ik weet wel raad met de problemen die op mijn weg komen.
- 15. Ik beslis hoe ik baas word over mijn lijven
- 18. Ik heb de wil om verder te gaan
- 21. De patiëntenrol staat niet meer centraal in mijn leven
- 31. Ik vind mijzelf de moeite waard.
- 32. Ik zet negatieve gedachten om in positieve.
- 33. Ik overzie hoe mijn leven mij heeft gevormd.
- 38. Ik kan omgaan met mijn kwetsbaarheden.
- 40. Ik durf op mezelf te vertrouwen.

Erbij horen *alpha = .735 6 items*

- 24. Ik heb regelmatig afspraken buiten de deur.
- 25. Ik kan mijn ervaringen delen met anderen.
- 30. Ik heb het gevoel dat ik ergens bij hoor.
- 34. Ik ervaar rust en veiligheid in mijn woning.
- 35. Ik heb elke dag voldoende te doen.
- 37. Ik doe dingen die ik belangrijk vind.

Zelfmanagement *alpha = .735 5 items*

- 7. Ik weet mijn grenzen te trekken.
- 10. Ik weet wat ik beter wel en niet kan doen.
- 20. Ik durf om hulp te vragen.
- 22. Ik weet waar ik goed in ben.

26. Ik heb structuur in mijn leven.

Betrokken leefgemeenschap alpha = .814 6 items

2. Deze samenleving houdt rekening met mensen met een psychische handicap.

11. Mensen met een psychische handicap worden voor vol aangezien.

19. Deze samenleving respecteert mijn rechten als burger.

23. Deze samenleving biedt sociale zekerheid.

28. Deze samenleving maakt ruimte voor mijn manier van meedoen.

36. Mensen met een psychische handicap worden niet gediscrimineerd.

7. Concurrente validiteit

Voor het evalueren van de concurrente validiteit van de empowermentschaal zijn vergelijkingen gemaakt tussen dit instrument en diverse andere vragenlijsten.

7.1. Nederlandse vertaling van de Amerikaanse empowermentlijst

We vergeleken de empowermentlijst met de Nederlandse vertaling van de Amerikaanse empowermentschaal (beslissingen nemen lijst). We veronderstellen dat beide lijsten met elkaar correleren, dat wil zeggen hetzelfde construct meten. Daartoe vergelijken we de subschalen die inhoudelijk veel met elkaar gemeen hebben.

Correlations		professionele hulp	steunende omgeving	eigen wijsheid	erbij horen	kwetsbaarheidsmanagement	betrokken leefgemeenschap	empowerment
Optimism	Pearson Correlation	,304	,436	,644	,425	,469	,340	,613
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	289	332	322	331	330	329	327
Selfesteem	Pearson Correlation	,228	,454	,792	,459	,636	,299	,683
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	303	351	340	348	348	348	344
Comm activism	Pearson Correlation	,264	,343	,400	,326	,354	,027	,398
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,612	,000
	N	307	356	344	352	352	351	348
Power	Pearson Correlation	,034	,066	,152	,197	,081	-,114	,101
	Sig. (2-tailed)	,556	,215	,005	,000	,133	,033	,060
	N	303	350	340	348	347	348	344
Anger	Pearson Correlation	-,070	-,084	-,101	-,016	-,118	-,214	-,130
	Sig. (2-tailed)	,229	,123	,066	,773	,030	,000	,018
	N	294	341	331	339	338	339	335

Er zijn echter niet veel subschalen die op inhoud veel met elkaar gemeen hebben. Alleen ‘optimism’ ($r = .64$) en ‘selfesteem’ ($r = .79$) hebben items die overeenkomen met die van ‘eigen wijsheid’. De overige subschalen van de oorspronkelijke lijst zien we niet of nauwelijks terug in de Nederlandse lijst(!).

7.2.De Mental Health Index 5

De SF-36 is een psychische klachtenlijst. De 5 items die we daaruit gebruikten (MHI-5) vormen een indicator voor de mate van psychisch (on)welbevinden van respondenten. Om te controleren of in feite niet hetzelfde construct gemeten wordt, is gekeken naar de correlaties tussen deze schaal en de schalen in de empowermentlijst.

De correlaties wijzen alle in de verwachte richting: naarmate er minder psychische klachten worden gemeld, is de score op de empowermentsubschalen hoger. Daarbij zijn de correlatiewaarden niet zo laag dat beide concepten helemaal niet met elkaar van doen hebben (‘professionele hulp’/psyklacht: $r = .217$). Omgekeerd zijn de correlatiewaarden ook niet zo hoog dat in feite hetzelfde construct gemeten wordt (hoogste waarde op ‘kracht’: $r = .587$).

		psyklacht	kwalto
Professionele hulp	Pearson Correlation	,217	,450
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	300	304
onderlinge steun	Pearson Correlation	,340	,538
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	350	353
eigen wijsheid	Pearson Correlation	,587	,554
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	336	340
erbij horen	Pearson Correlation	,419	,563
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	344	349
zelfmanagement	Pearson Correlation	,400	,501
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	345	350
betrokken leefgemeenschap	Pearson Correlation	,308	,362
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	343	347
empowtot	Pearson Correlation	,539	,663
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	340	345

7.3. Quality of life

We gingen ook na of met de ontwikkelde empowerment vragenlijst niet het kwaliteit van leven concept gemeten wordt. Weliswaar hebben beide concepten veel met elkaar te maken, maar er zijn ook wel degelijk verschillen. Daartoe gingen we de correlaties na tussen de empowermentlijst en een verkorte versie van de Lancashire Quality of Life Profile (Oliver en Huxley, 1997), bestaande uit 8 items, die de kwaliteit van leven meet. Deze verkorte versie is in ons land eerder gebruikt in de zorgmonitor Zuid-Limburg (naam, 2008). Feitelijk geldt hier hetzelfde als voor de MHI-5. Er is sprake van correlaties in de verwachte richtingen. Naarmate men hoger scoort op de empowerment vragenlijst, scoort men ook hoger op de quality of life profile. Echter, de correlaties zijn niet zo laag dat beide constructen helemaal niet met elkaar van doen hebben (laagste waarde op ‘betrokken leefgemeenschap: $r = .362$) en ook niet zo hoog dat het om precies dezelfde constructen gaat (hoogste waarde op ‘erbij horen’: $r = .563$).

8. De discriminerende validiteit

Eén van de doelen van de empowerment vragenlijst is na te gaan of er verschillen zijn tussen reguliere GGZ praktijken, rehabilitatiepraktijken en cliëntgestuurde projecten waar het gaat om hun bijdrage aan het empowermentproces van hun cliënten/deelnemers.

Tabel xx: Gemiddelden per schaal naar subgroep (tussen () de standaarddeviatie)

	Sociale steun	Eigen wijsheid	Erbij horen	Zelfmanagement	Betrokken leefgemeenschap	Professionele hulp
Clgest	3,76 (.61)	3,66 (.65)	3,76 (.60)	3,67 (.60)	2,77 (.76)	3,81 (.79)
Rehab	3,78 (.66)	3,64 (.65)	3,81 (.57)	3,66 (.67)	2,94 (.69)	4,01 (.70)
Regul	3,60 (.76)	3,55 (.70)	3,56 (.73)	3,74 (.73)	2,90 (.79)	3,80 (.71)

Daartoe is het van belang dat we een vragenlijst hebben ontwikkeld die gevoelig is voor verschillen in praktijk. We zijn nagegaan of de drie respondentengroepen verschillen laten zien in scores op de empowerment vragenlijst.

Op schaalniveau vinden we één verschil dat significant is. 'Erbij horen' levert een significant verschil op tussen de respondenten uit de rehabilitatiepraktijken en die uit de cliëntgestuurde projecten. Beide groepen vertonen een duidelijk verschil met de respondenten uit de reguliere GGZ (rehab > clgst > regul; $F=4,9$; $df=2$; $p=.008$).

Kijken we vervolgens naar de verschillen op itemniveau, dan is er vaker sprake van significante verschillen:

(6) De mensen om mij heen accepteren mij.

rehab=clgst>regul ($F=3,1$; $df=2$; $p=.04$)

(20) De samenleving respecteert mijn rechten als burger.

rehab>clgst>regul ($F=4,5$; $df=2$; $p=.01$)

(25) Ik heb regelmatig afspraken buiten de deur.

rehab>clgst>regul ($F=5$; $df=2$; $p=.007$)

(26) Ik kan mijn ervaringen delen met anderen.

rehab>clgst>regul ($F=5,7$; $df=2$; $p=.004$)

(28) Ik heb een goede verstandhouding met de mensen om mij heen.

clgst>rehab>regul ($F=4,4$; $df=2$; $p=.01$).

Daarnaast zijn er items waarop de verschillen weliswaar niet significant zijn, maar waarop sprake is van een tendens tot significantie:

(3) Ik kan iets betekenen voor iemand anders.

clgst>rehab>regul ($F=2,6$; $df=2$; $p=.07$)

(8) Ik weet mijn grenzen te trekken.

regul>rehab=clgst ($F=2$; $df=2$; $p=.1$)

(9) Mijn omgeving biedt mij een luisterend oor.

rehab>clgst>regul ($F=2,7$; $df=2$; $p=.07$)

(12) Mensen met een psychische handicap worden voor vol aangezien.

reg=rehab>clgst ($F=2,7$; $df=2$; $p=.07$)

(22) De patiëntenrol staat niet meer centraal in mijn leven.

clgest>rehab>regul (F=2,3; df=2; p=.1)

(24) De samenleving biedt sociale zekerheid.

regul>rehab>clgest (F=1,9; df=2; p=.1)

(32) Ik heb het gevoel dat ik ergens bij hoor.

clgest>rehab>regul (F2,1; df=2; p=.1)

Samenvattend kunnen we stellen dat de discriminerende validiteit van de empowermentlijst niet overtuigend is. In de discussie gaan we nader in op mogelijke verklaringen.

9. Verbanden tussen variabelen en empowermentscores

We zijn ten slotte voor een aantal sociodemografische variabelen nagegaan of er verbanden zijn met de scores op de empowerment vragenlijst. Het gaat hier om geslacht, land van herkomst, burgerlijke staat, opleidingsniveau, opname in een psychiatrisch ziekenhuis en zorggebruik.

Kijken we eerst naar de significante verschillen, dan zien we dat de respondenten met een betaalde baan significant hoger scoren op de schaal sociale steun ($p=.05$). Ook een significant verschil is waar te nemen tussen de respondenten die in het jaar voorafgaand aan het onderzoek zijn opgenomen en de respondenten voor wie dat niet geldt. Eerst genoemden scoren significant lager op sociale steun ($p=.04$), en 'eigen wijsheid' ($p=.006$) en op zelfmanagement ($p=.01$). Ook hun totaalscore is significant lager ($p=.004$). Verder is er een verschil tussen alleenstaanden en gehuwden enerzijds en de gescheiden respondenten en weduwen/weduwnaren anderzijds. Laatst genoemden scoren significant hoger op 'eigen wijsheid'. Ten slotte scoren de lager opgeleide respondenten significant hoger op 'betrokken leefgemeenschap' ($p=.006$).

Niet significant, maar toch een tenderend verschil doet zich voor tussen mannen en vrouwen. De mannen tenderen naar een hogere score op 'eigen wijsheid' ($p=.09$). De respondenten die betaald werken hebben tenderen naar een hogere score op 'zelf management' ($p=.1$). De respondenten die het voorgaande jaar opgenomen zijn geweest tenderen ten slotte naar een lagere score op 'erbij horen' ($p=.1$).

10. Samenvatting en discussie

In dit artikel bespreken we de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse empowerment vragenlijst. Deze lijst is tot stand gekomen op basis van uitsluitend de inbreng van mensen met psychische handicaps uit heel het land. Dat is op zichzelf bijzonder, omdat doorgaans bij vragenlijstontwikkeling hun stem hooguit wordt meegenomen, bijvoorbeeld ter becommentariëring van lijsten die door onderzoekers op grond van eerder wetenschappelijk werk zijn ontwikkeld.

De lijst bestaat uit 40 uitspraken waar men het al dan niet mee eens kan zijn. Factoranalyse levert 6 subschalen: onderlinge steun, professionele hulp, gevoel erbij te horen, eigen wijsheid, zelf management en betrokken leefgemeenschap. We hebben gezien dat de interne consistentie goed is: het geheel vormt een samenhangend geheel. Ook de concurrente validiteit is goed. Weliswaar is er enige connectie tussen de constructen empowerment, kwaliteit van leven en psychisch welbevinden, maar de correlaties zijn niet zo hoog dat hier sprake is van dezelfde constructen. Een vergelijking tussen de Nederlandse en de Amerikaanse empowerment vragenlijst levert op dat ze op inhoud nauwelijks overlap met elkaar vertonen. Slechts ‘selfesteem’ en ‘optimism’ lijken enigszins overeen te komen met ‘eigen wijsheid’.

Ten slotte onderzochten we de discriminerende validiteit: kan de vragenlijst een verondersteld verschil in empowerment duidelijk maken tussen patiënten van de reguliere psychiatrie, deelnemers in rehabilitatiepraktijken en deelnemers in cliëntgestuurde initiatieven. Hypothese is dat deelnemers van cliëntgestuurde initiatieven in sterkere mate de regie voeren over hun eigen leven dan patiënten van de reguliere psychiatrie en dat deelnemers van de reguliere psychiatrie op hun beurt meer ‘empowered’ zijn dan patiënten van de reguliere psychiatrie. Het blijkt dat de discriminerende validiteit niet overtuigend is. De vragenlijst maakt geen eenduidig onderscheid tussen de drie groepen wat betreft een verondersteld verschil in empowerment. Er is hooguit sprake van een tendens: de deelnemers aan de cliëntgestuurde projecten en de rehabilitatieprojecten scoren hoger dan de cliënten uit de reguliere GGz als het gaat om het gevoel erbij te horen, wederkerigheid in relaties en goede (en steunende) contacten in de omgeving. Hier zijn echter verschillende verklaringen voor. Allereerst verschillen de drie subgroepen respondenten nogal van elkaar en het zou lonen te zijner tijd om na te gaan wat de effecten van deze verschillen zijn voor wat betreft de mate van empowerment. Ten tweede valt af te dingen op de

manier waarop we de respondenten benaderd hebben en ingedeeld in de drie groepen. Zo is het mogelijk dat respondenten met wie we in contact kwamen via de ‘reguliere ggz’ ook deelnemers van rehabilitatiepraktijken zijn of cliëntgestuurde projecten. Andersom kan natuurlijk evenzeer het geval zijn. Om het onderscheidend vermogen van de lijst verder te onderzoeken zullen we in de toekomst meer gericht data verzamelen. De diverse ‘zorg voor beter’ trajecten, met name die gericht op herstelondersteunende zorg, maar ook de HEE trajecten, lenen zich daar goed voor.

We kozen er enkele jaren geleden voor om samen met mensen met psychische handicaps zèlf een empowerment vragenlijst te ontwikkelen in plaats van de Amerikaanse vragenlijst van Rogers et al (1997) te vertalen en in Nederland in te zetten. We gingen er daarbij vanuit dat er sprake zou zijn van cultuurverschillen bij de invulling van het begrip ‘empowerment’. Bovendien zouden Nederlandse GGz cliënten zo dachten we, het begrip koppelen aan omgaan met psychische problemen, terwijl deze problemen in de Amerikaanse lijst niet voorkwamen. Onze empowerment lijst vertoont grote verschillen met de Amerikaanse empowerment lijst. Slechts de subschalen ‘optimism’ en ‘selfesteem’ correleren redelijk met ‘eigen wijsheid’. Ook is sprake van redelijke correlatie tussen ‘selfesteem’ en ‘kwetsbaarheidsmanagement’. Voor het overige zijn de subschalen verschillend, waarbij de Nederlandse empowerment lijst meer sociale en omgevingsgerichte items bevat dan de Amerikaanse.

De psychometrische eigenschappen van de Nederlandse empowermentlijst zijn beter dan die van de lijst van Rogers et al (1997). Castelein et al (2008) rapporteren lage alpha’s op drie van de vijf subschalen. En in een eigen analyse van de data¹ van deze lijst blijken lage alpha’s (op selfesteem na alle onder de .60) op de subschalen, hetgeen vraagtekens plaatst bij de interne consistentie van de lijst. Dat is ook terug te zien in de ordening van items. Zo staan items die gaan over ‘eigen belissingen nemen’ in de subschaal ‘gezamenlijk actie ondernemen’. Ook zijn de formuleringen van items niet conform de regels voor vragenlijstconstructie. Items kennen een dubbele ontkenning (‘People have no right to get angry just because they don’t like something’). Ook worden woorden als ‘altijd’, ‘zelden’ of ‘nooit’ gebruikt (‘When I make plans, I am almost certain to make them work’ of ‘Making waves never gets you an[ywhere]’). We concluderen dan ook dat de nieuw ontwikkelde Nederlandse empowerment lijst zowel

¹ Per abuis is item 28 ‘Working with others in my community can help to change things for the better’ niet in de uiteindelijke lijst opgenomen.

qua inhoud als wat betreft psychometrische eigenschappen beter ingezet kan worden dan de Nederlandse vertaling van de Amerikaanse empowermentvragenlijst.

10.Literatuur

Boevink, W., H. Kroon en F. Giesen (geaccepteerd voor publicatie) Controle herwinnen over het eigen leven. Een conceptuele verkenning van het begrip 'empowerment' van mensen met psychische handicaps. Passage, tijdschrift voor herstel en rehabilitatie. Amsterdam: SWP.

Boevink, W.A., J.R.L.M. Wolf, Ch. van Nieuwenhuizen en A.H. Schene (1995) Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning. Tijdschrift voor Psychiatrie, 37, 2, 97-111.

Castelein, S., M. vd Gaag, R. Bruggeman, J. van Busschbach en D. Wiersma (2008) Measuring empowerment among people with psychotic disorders: a comparison of three instruments. Psychiatric Services, 59, 11

Hoof, F. van, K. Geelen, S. van Rooijen, W. Boevink en H. Kroon (2004) Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps: monitorrapportage vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rappaport, J., (1987) Terms of empoewrment/exemplars of prevention: towards a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology 15: 121-142.

Rogers, S., J. Chamberlin, M. L. Ellison & T. Crean (1997) A consumer-constructed scale to measure empowerment. Psychiatric Services, 48, 8.

Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K. & Mohamad, H. (1996) Quality of life and mental health services. London & New York, Routhledge.

Wowra, S.A. & R. McCarter (1999) Validation of the empowerment scale with an outpatient mental health population. Psychiatric Services, 50, 7, 959-961.

Zimmerman, M., Rappaport, J (1988) Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. American Journal of Community Psychology. 16: 725-750.

Ph. Delespaul et al (2008) Zorgmonitor Zuid Limburg. Instrument voor vraaggerichte Geestelijke Gezondheidszorg voor de hulpverlening en het management. Maastricht: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.