



Participatie, empowerment en herstel; een inventarisatie van meetinstrumenten

Maurice van Lijstelaar en Judith Wolf
Onderzoekscentrum maatschappelijk zorg
Februari 2012



Colofon

Project:	Inventarisatie van meetinstrumenten participatie, empowerment en herstel, in samenwerking met GG&GD Gemeente Utrecht
Opdrachtgever:	G4 USER
Financier:	G4 USER
Projectleider:	Judith Wolf
Uitvoering:	Maurice van Luijtelaar

© Onderzoekscentrum maatschappelijk zorg, UMC St Radboud

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud

Inhoudsopgave

1. Opzet en uitvoering van het onderzoek	5
1.1. Achtergrond en doel.....	5
1.2. Onderzoeksactiviteiten.....	5
1.3. Leeswijzer.....	6
2. Meetinstrumenten voor participatie en herstel	7
2.1. Resultaat van inventarisatie meetinstrumenten	7
2.2. Nederlandse meetinstrumenten	8
2.3. Engelstalige meetinstrumenten	17
3. Reflectie en conclusies	27
3.1. De inventarisatie	27
3.2. Reflectie.....	28
3.3. Tentatieve toetsing van meetinstrumenten aan eisen.....	28
3.4. Ter afsluiting	31
Literatuur	32
Bijlage 1. Tabellen met informatie over meetinstrumenten, empowerment en herstel	35

1. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

1.1 Achtergrond en doel

Participatie van kwetsbare mensen in de samenleving is één van de prioriteiten van het gemeentelijke beleid in het sociale domein. In de beleidsdiscussies is er vooralsnog weinig eenduidigheid in wat participatie inhoudt en hoe zich dit verhoudt tot concepten als herstel, empowerment en zelfredzaamheid. Ook is er nog geen consensus over een betrouwbaar en bruikbaar instrument voor het meten van 'participatie' van burgers. In gemeenten wordt al relatief veel gebruik gemaakt van de Participatieladder. Deze ladder is echter sterk gericht op (al dan niet betaald) werk als einddoel, en raakt veel minder de onderliggende mechanismen bij participatie en herstel van kwetsbare mensen.

Dit onderzoek beoogt een overzicht te bieden van bruikbare en betrouwbare instrumenten voor het meten van participatie, empowerment en herstel van sociaal kwetsbare mensen. Deze notitie is bedoeld als een hulpmiddel in de gemeentelijke beleidsontwikkeling en besluitvorming inzake de bepaling en monitoring van 'participatie' van burgers. De opdracht voor dit 'klein maar fijn'project is gegeven door de Academische werkplaats G4-User en is uitgevoerd door het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen, in samenwerking met de GG&GD van de gemeente Utrecht.

1.2 Onderzoeksactiviteiten

Om een overzicht te krijgen van bedoelde instrumenten is een literatuurstudie gedaan naar publicaties over instrumenten voor meting van participatie, empowerment en herstel en zijn groeps gesprekken gehouden met sleutelfiguren.

Inventarisatie Nederlandstalige publicaties

In het systematische literatuuronderzoek naar publicaties binnen het Nederlands taalgebied uit de periode januari 1985 tot en met november 2011 is gebruik gemaakt van de zoeksystemen Picarta, Google Scholar en Google. Met Picarta en Google Scholar is gezocht in titels met 140 combinaties van de zoektermen: dakloos, daklozen, dakloosheid, kwetsbare, instrument, meetinstrument, screener, vragenlijst, questionnaire, participatie, zelfredzaamheid, eigen kracht, herstel, competentie, coping, empowerment. In Google is gezocht met zestien combinaties van de zoektermen dakloos, participatie, herstel, instrument, meetinstrument, questionnaire, vragenlijst, screener.

Het aantal treffers van de zoekacties in Picarta was 0. Het aantal treffers van de zoekacties met Google Scholar was 19, waarvan 16 overlaptten, zodat 3 treffers resteerden. Het aantal treffers van zoekacties met Google was 18. Hieruit zijn in totaal 7 relevante Nederlandstalige publicaties geselecteerd (zie overzicht in bijlage 2, tabel 1).

Inventarisatie Engelstalige publicaties

In het systematische literatuuronderzoek naar publicaties binnen het Engelse taalgebied uit de periode 1985-2011 is gebruik gemaakt van de zoeksystemen PsycInfo, Embase, Medline, Cochrane, Eric en Scopus. Er is gezocht met combinaties van de zoektermen: homeless, homelessness, vulnerable, vulnerability, multi problem, multiple problems, instrument, measure, screener, inventory, questionnaire, participation, self-help, self-support, self efficacy, self management, strength, recovery, competence, coping, empowerment.

Het aantal treffers van de zoekacties met PsycInfo, Embase, Medline, Cochrane, Eric en Scopus gaven 1773 treffers, waarvan 735 overlaptten, resulterend in 1038 treffers. Hieruit zijn 17 relevante Engelstalige publicaties met instrumenten geselecteerd, waarvan er 13 beschikbaar bleken (zie voor een overzicht de bijlage 2, tabel 2).

Groepsgesprekken met sleutelfiguren

Aan de hand van de conceptrapportage over de meetinstrumenten zijn in het najaar van 2011 gesprekken gevoerd met:

- de werkgroep gemeente Utrecht die zich in 2012 bezighield met de ontwikkeling en bepaling van een zogenaamd raster voor de screening in het kader van de brede aanpak sociaal kwetsbaren;
- de werkgroep monitoring van de Academische werkplaats G4-User.

Het voorgenomen groepsgesprek met de groep programmamanagers van PvA G4 onder verantwoordelijkheid van de gemeente Utrecht kon helaas geen doorgang vinden.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 volgt een beschrijving van de Nederlandstalige en Engelstalige instrumenten op basis van de in de publicaties beschikbare informatie over deze instrumenten. Hoofdstuk 3 biedt reflectie op de geïncorporeerde meetinstrumenten en sluit af met enkele conclusies.

De bijlagen van dit rapport geven een uitgebreide beschrijving van de gevonden Nederlandstalige en Engelstalige instrumenten, en, voor zover bekend, de psychometrische eigenschappen van de instrumenten.

2. Meetinstrumenten voor participatie en herstel

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de gevonden instrumenten voor de meting van participatie, empowerment en herstel (1.1) en geeft van elk instrument een beknopte omschrijving op basis van de in de publicaties verstrekte informatie (1.2 en 1.3). Meer informatie over de instrumenten staat in bijlage 1.

2.1 Resultaat van inventarisatie meetinstrumenten

Op basis van de inventarisaties in de nationale en internationale literatuur zijn in totaal twintig meetinstrumenten gevonden die participatie en/of herstel meten en beschikbaar zijn. Een onderscheid is gemaakt tussen Nederlandstalige instrumenten en Engelstalige instrumenten:

De zeven relevante Nederlandstalige meetinstrumenten zijn:

- Participatieladder
- Zelfredzaamheidsmatrix
- Impact op Participatie en Autonomie (IPA)
- Participatie van mensen met beperkingen 2005
- Utrechtse Schaal voor Evaluatie en Revalidatie-Participatie (User-P)
- Nederlandse Empowerment vragenlijst (NEL)
- Hoop vragenlijst, (Hope Herth Index-Dutch; HHI-Dutch).

De dertien Engelstalige instrumenten zijn:

- Participation Survey/Mobility (PARTS/M)
- Participation Objective Participation Subjective (POPS)
- Participation Scale (P-Scale)
- Activity Participation Questionnaire (APaQ)
- Keele Assessment of Participation (KAP)
- Community Integration Measure (CIM)
- Recovery Scale (RS), later de Recovery Assessment Scale (RAS) genoemd
- Recovery Process Inventory (RPI)
- Empowerment Scale (ES)
- Personal Empowerment Scale (PES)
- Personal and Social Performance scale (PSP)
- Strauss and Carpenter revised Outcome Criteria Scale (SCOCS-R)
- World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)

De meetinstrumenten worden hierna, voor zover de informatie bekend is, aan de hand van de volgende kenmerken beschreven:

1. Officiële naam van het instrument;
2. De naam van de wetenschappers die het instrument ontwikkelden (en in voorkomende gevallen de opdrachtgevers);
3. Het jaar waarin het meetinstrument is ontwikkeld en eventueel wanneer het is bijgesteld of aangepast;
4. Het beoogde meetdoel van het instrument;
5. De beoogde doelgroep van het instrument;
6. Het beoogde gebruik van het instrument (vooral voor gebruik in de praktijk, in het beleid of in wetenschappelijk onderzoek?);
7. De domeinen en vragen waaruit het instrument bestaat;

8. De wijze van dataverzameling (bijvoorbeeld via zelfrapportage van de respondent of via observaties door bijvoorbeeld professionals) en het perspectief van de beoordeling (cliënt, begeleider, beide?);
9. De tijdsduur van het invullen van de vragenlijst of het uitvoeren van het interview;
10. Het niveau van data-analyse: gebeurt de verwerking van data op het niveau van individuele personen/cliënten voor bijvoorbeeld gebruik in de hulpverlening of worden data op het niveau van groepen personen/cliënten geanalyseerd, voor bijvoorbeeld beleid;
11. De kwaliteit van het instrument, inclusief de psychometrische eigenschappen.

2.2 Nederlandse meetinstrumenten

1. De Participatieladder

De Participatieladder is in 2008/2009 ontwikkeld door Regioplan Beleidsonderzoek, in opdracht van en in samenwerking met twaalf gemeenten en de VNG. Vanaf 1 januari 2010 is de Participatieladder beschikbaar voor gebruik.¹ De auteurs beschrijven de Participatieladder als meetlat voor de evaluatie van het participatiebudget. Zij stellen dat gemeenten met dit instrument de mate van participatie van burgers in beeld kan brengen.

De doelgroep van de participatieladder bestaat uit in principe alle burgers van achttien jaar en ouder die zich melden voor een voorziening uit het participatiebudget en/of een WWB uitkering ontvangen.

De participatieladder is ontwikkeld voor beleidsdoeleinden: gemeenten kunnen met de participatieladder de participatie-effecten van het participatiebeleid in de breedte volgen, en ook de effecten van afzonderlijke instrumenten. Het kon om een re-integratie-, inburgerings- of educatie-instrumenten gaan.

De participatieladder onderscheidt zes participatieniveaus: geïsoleerd, informele sociale contacten, deelname aan georganiseerde activiteiten, onbetaald werk, betaald werk met en zonder ondersteuning. Er zijn vijf vragen voor de bepaling van het participatieniveau en vijf vragen voor het vaststellen van het groeipotentieel van de klant.

De gegevens van de klant worden geregistreerd door de klantmanager (re-integratie of inburgering). De duur van beantwoording van de vragen is niet bekend. Er is geen informatie beschikbaar over de psychometrische eigenschappen van de Participatieladder.

Vragen voor bepaling participatie niveau	Vragen voor bepaling groeipotentieel
1. Heeft de klant een arbeidscontract of is de klant een ZZP'er? Nee → vraag 3 Ja → vraag 2	1. Verwacht u dat de klant binnen een jaar zonder of met minder ondersteuning kan werken? (Trede 5: Betaald werk met ondersteuning)
2. Krijgt de klant een ondersteuning in de vorm van participatie-instrument, uitkering, WSW of reguliere opleiding? Nee → trede 6 Ja → trede 5	2. Verwacht u dat de klant binnen een jaar betaald kan werken met of zonder ondersteuning? (Trede 4: Onbetaald werk)
3. Verricht de klant onbetaald werk met minimaal 1 x per week contact met anderen? Nee → vraag 4 Ja → trede 4	3. Verwacht u dat de klant binnen een jaar betaald of onbetaald kan werken (al dan niet binnen een traject)? (Trede 3: Deelname aan georganiseerde activiteiten)
4. Neemt de klant deel aan georganiseerde activiteiten met minimaal 1 x per week contact met	4. Verwacht u dat de klant binnen een jaar kan deelnemen aan georganiseerde activiteiten (inclusief trajecten)?

¹ In 2012 zijn wijzigingen in de participatieladder doorgevoerd (zie www.participatieladder.nl).

Vragen voor bepaling participatie niveau	Vragen voor bepaling groeipotentieel
anderen? Nee → vraag 5 Ja → trede 3	(Trede 2: Sociale contacten buiten de deur)
5. Heeft de klant minimaal 1 x per week contact met mensen die geen huisgenoten zijn? Ja → trede 2 Nee → trede 1	5. Verwacht u dat de klant binnen een jaar in contact kan en wil komen met anderen in informeel of georganiseerd verband? (Trede: 1. Geïsoleerd)

2. De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)

De Nederlandse versie van de ZRM is begin 2010 ontwikkeld door de GGD Amsterdam, Dienst Werk en Inkomen Amsterdam (DWI), Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam (SoZaWe), en medewerkers van verschillende instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, maatschappelijke opvang en reclassering. Het uitgangspunt van de ZRM was de Self Sufficiency Matrix (SSM) van het Utah Homeless Management Information System (UHMSIS). Beoogd doel van de ZRM is het meten van zelfredzaamheid.

De doelgroep voor gebruik van de ZRM is de OGGZ-doelgroep, waaronder personen met meervoudige hulp die zelf niet actief om hulp vragen, met soms overlast als gevolg en mensen die weinig zichtbaar zijn en stil lijden.

De ZRM kan worden gebruikt in de hulpverlening aan individuele cliënten in verschillende fases van een traject, bijvoorbeeld na het intakegesprek, na elk half jaar van het traject, en na het laatste gesprek. Door de afname op meerdere meetmomenten kan de ZRM een hulpmiddel zijn in de gesprekken met cliënten om te kijken of en op welke terreinen vooruitgang wordt geboekt. Daarmee kan de ZRM ook bruikbaar zijn voor sturing van beleid.

De ZRM bestaat uit elf domeinen: inkomen, dagbesteding, huisvesting, gezinsrelaties, geestelijke gezondheidszorg, fysieke gezondheid, verslaving, vaardigheden bij activiteiten van het dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Er worden vijf niveaus van zelfredzaamheid op elk domein onderscheiden. Per domein is aangegeven welke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen.

De gegevens worden verzameld door de professional. Deze verkrijgt de gegevens uit een gesprek met de cliënt of door nader onderzoek te doen in administratieve bronnen, zoals de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), cliëntdossiers van samenwerkingspartners of verzekeringsgegevens.

De duur van de beantwoording van de vragen is niet bekend. Onderzoek wordt gedaan naar de psychometrische eigenschappen van het instrument. De eerste resultaten zijn gunstig.

Domeinen
Inkomen
Dagbesteding
Huisvesting
Gezinsrelaties
Geestelijke gezondheid
Fysieke gezondheid
Verslaving
ADL-vaardigheden
Sociaal netwerk
Maatschappelijke participatie
Justitie

Niveaus per domein
1. acute problematiek
2. niet zelfredzaam
3. beperkt zelfredzaam
4. voldoende zelfredzaam
5. volledig zelfredzaam

3. Impact op Participatie en Autonomie (IPA)

De IPA is ontwikkeld tussen 1996 en 2001 op de Afdeling Revalidatie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. In 2004 is een extra vraag toegevoegd aan het domein van sociale relaties. De IPA beoogt belemmeringen in participatie en autonomie te kwantificeren en ervaren problemen in participatie te evalueren. Het doel van deze vragenlijst is om een beeld te krijgen van de manier waarop de gezondheid van de cliënt zijn mogelijkheden beïnvloedt om het leven te leiden dat hij wil, en hoe hij dit beleeft en beoordeelt.

De doelgroep voor dit instrument zijn personen vanaf achttien jaar met chronische gezondheidsproblemen. Het perspectief van de respondenten staat centraal.

De IPA-vragenlijst is (oorspronkelijk) bedoeld voor gebruik in patiëntenbehandeling en wetenschappelijk onderzoek.

Het instrument bestaat uit tweeënveertig vragen over het dagelijks leven van de cliënt. Tweeëndertig vragen zijn gericht op het kwantificeren van belemmeringen in participatie en autonomie. Deze vragen zijn verdeeld over vijf domeinen: autonomie binnenshuis, familierol, autonomie buitenshuis, sociale relaties, werk en opleiding. Tien vragen beogen mogelijke ervaren problemen in participatie te evalueren. De tweeënveertig vragen van de IPA worden gepresenteerd in tien secties: mobiliteit (gaan en staan waar en wanneer u wilt); zelfverzorging; bezigheden en taken in en om het huis; geldbesteding; tijdsbesteding en ontspanning; sociale contacten en relaties; anderen helpen of steunen; betaald werk of vrijwilligerswerk; onderwijs cursussen en opleiding; samenvattend.

De respondenten vullen de vragenlijst zelf in. Het is niet bekend hoe lang het invullen van de vragen duurt. Wat betreft de betrouwbaarheid: de interne consistentie van de IPA van de verschillende domeinen is goed.

Domeinen	Vragen over belemmeringen in participatie en autonomie ²
Autonomie binnenshuis	Dit domein bevat zeven items: 1a. Gaan en staan in mijn eigen woning <i>waar</i> ik wil gaat: 1b. Gaan en staan in mijn eigen woning <i>wanneer</i> ik wil gaat: 2a. Wassen, kleden en verzorgen <i>op de manier</i> zoals ik dat wil gaat: 2b. Wassen, kleden of verzorgen <i>wanneer</i> ik dat wil gaat: 2c. Naar bed gaan of opstaan <i>wanneer</i> ik dat wil gaat: 2d. Naar het toilet gaan <i>wanneer</i> ik dat wens en nodig vind gaat: 2e. Zelf bepalen <i>wanneer</i> ik wil eten en drinken gaat:
Familierol	Zeven items: 3a. Mijn bijdragen aan de taken in en om het huis <i>zoals</i> ik dat wil is: 3b. Het (laten) doen van licht huishoudelijk werk (bijvoorbeeld) koffie of thee zetten <i>zoals</i> ik het wil gaat: 3c. Het (laten) doen van zwaarder huishoudelijk werk (bijvoorbeeld schoonmaken) <i>zoals</i> ik het wil gaat: 3d. Het (laten) doen van huishoudelijke taken <i>wanneer</i> ik dat wil gaat: 3e. Het (laten) doen van klusjes en onderhoud van huis en tuin <i>zoals</i> ik het wil gaat: 3f. De mogelijkheid om in huis de rol te vervullen die bij mij hoort is: 4a. De mogelijkheid om mijn geld te besteden <i>zoals</i> ik het wil is:
Autonomie buitenshuis	Vijf items: 1c. Het bezoeken van burens, vrienden en kennissen <i>wanneer</i> ik dat wil gaat: 1d. Het maken van uitstapjes of een (vakantie)-reis <i>zoals</i> ik dat wil gaat: 5a. De mogelijkheid om mijn (vrije) tijd te besteden <i>zoals</i> ik het wil is:

² Antwoordcategorieën bij de vragen (behalve vragen 1e,2f,3g,4b, 5b, 6h, 7b,8f,9b): zeer goed/goed/redelijk/matig/slecht. Antwoordcategorieën bij vragen 1e,2f,3g,4b, 5b, 6h, 7b,8f,9b: geen probleem/enigszins een probleem/ een groot probleem.

Domeinen	Vragen over belemmeringen in participatie en autonomie ²
	6g. De frequentie waarmee ik mensen zie is 10. Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil is:
Sociale relaties	Zeven items: 6a. De mogelijkheid tot een <i>gelijkwaardig</i> gesprek met de mensen die me dierbaar zijn is: 6b. De omgang met de mensen die me dierbaar zijn is: 6c. Het respect dat ik ontvang van mensen die me dierbaar zijn is: 6d. De omgang met mensen die ik minder goed ken is: 6e. Het respect dat ik ontvang van mensen die ik minder goed ken is: 6f. De mogelijkheid tot intimiteit, zoals ik dat wil is: 7a De mogelijkheid om mensen te helpen of steunen die me nodig hebben is:.
Werk en opleiding	Zes items: 8a. De mogelijkheid om het betaalde werk of vrijwilligerswerk te doen dat ik wil is: 8b. De mogelijkheid om mijn werk uit te voeren <i>zoals</i> ik dat wil is: 8c. Het contact met collega's is: 8d. De mogelijkheid om de positie te bereiken of te handhaven die ik wil is: 8e. De mogelijkheid om van functie of werkgever te veranderen is: 9a. De mogelijkheid om de opleiding of cursus van mijn keuze te (blijven) volgen is:

Vragen over mogelijk ervaren problemen in participatie ³
1e. Als uw gezondheid of beperking uw mogelijkheden beïnvloedt om te gaan en te staan waar en wanneer u wilt, in hoeverre is dit een probleem voor U?
2f. Als uw gezondheid of beperking uw persoonlijke verzorging beïnvloedt, in hoeverre is dit een probleem voor u?
3g. Als uw gezondheid of beperking van invloed is op uw bezigheden en verantwoordelijkheden in en om het huis, in hoeverre is dit een probleem voor u?
4b. Als uw gezondheid of beperking de besteding van uw geld beïnvloedt, in hoeverre is dit een probleem voor u?
5b. Als uw gezondheid of beperking uw tijdsbesteding beïnvloedt, in hoeverre is dit een probleem voor u?
6h. Als uw gezondheid of beperking van invloed is op uw sociale contacten of relaties, in hoeverre is dit een probleem voor u?
7b. Als uw gezondheid of beperking uw mogelijkheden beïnvloedt om anderen te helpen of te steunen, in hoeverre is dit een probleem voor u?
8f. Als uw gezondheid of beperking uw werk beïnvloedt, in hoeverre is dit een probleem voor u?
9b. Als uw gezondheid of beperking het volgen van onderwijs of een cursus beïnvloedt, in hoeverre is dit een probleem voor u?
10. Mijn mogelijkheden om te leven op de manier zoals ik het wil is:
12. Wanneer u denkt aan het onderwerp van deze vragenlijst (in hoeverre u zelf kunt bepalen wat u wilt doen en hoe dit gebeurt), wat zijn dan voor u de drie belangrijkste problemen ten gevolge van uw gezondheidstoestand?

³ Antwoordcategorieën bij de vragen 1e, 2f, 3g, 4b, 5b, 6h, 7b, 8f, 9b: geen probleem/ enigszins een probleem/ een groot probleem. Antwoordcategorieën bij vraag 10: zeer goed/goed/redelijk/matig/ slecht. Vraag 11 is een open vraag.

4. Vragenlijst Participatie van mensen met beperkingen 2005. (Basismeting participatiemonitor)

Het ministerie van VWS heeft het NIVEL subsidie verleend voor het ontwikkelen van de 'participatiemonitor'. De monitor 'Participatie van mensen met beperkingen' heeft als doel om de participatie van mensen met beperkingen nauwgezet te volgen alsmede de daarbij ervaren knelpunten en behoeften. De doelgroep bestaat uit drie groepen burgers met lichamelijke beperkingen: 1. mensen met motorische beperkingen, 2. mensen met zintuiglijke beperkingen en 3. mensen met motorische en zintuiglijke beperkingen.

De gegevens uit deze vragenlijst kunnen worden gebruikt voor beleidsdoeleinden.

Het instrument bestaat uit 47 items die zijn verdeeld over zes secties/thema's: gaan en staan (mobiliteit); taken en verantwoordelijkheden thuis; contacten met andere mensen; sociale activiteiten; werk en opleiding; financiële situatie.

Respondenten vullen de vragenlijst zelf in. De tijd die nodig is voor het invullen van de vragenlijst is niet bekend en evenmin de psychometrische eigenschappen.

Vragen ⁴
1. Hoe vaak gaat u naar buiten, zo nodig met voorzieningen?
2a. Krijgt u ondersteuning of maakt u gebruik van voorzieningen als u ergens naar toe gaat?
2b. Heeft u (meer) ondersteuning of voorzieningen nodig?
3a. Kunt u gaan en staan waar u wilt, zo nodig met voorzieningen?
3b. Wat is uw grootste wens op het gebied van gaan en staan?
4. Als u gaan en staan zou moeten beoordelen met een rapportcijfer, welk cijfer tussen 1 en 10 zou u dan geven?
5a. In hoeverre regelt u de onderstaande zaken zelf? • financiële zaken • administratieve zaken.
5b. In hoeverre heeft u de volgende verantwoordelijkheden? • zorg dragen voor eigen gezondheid • huishoudelijke activiteiten of klusjes in en om het huis • zorg dragen voor andere huisgenoten
6a. Krijgt u ondersteuning of maakt u gebruik van voorzieningen bij de hiervoor genoemde taken en verantwoordelijkheden?
6b. Heeft u (meer) ondersteuning of voorzieningen nodig?
7a. Heeft u thuis de taken of verantwoordelijkheden die u wenst?
7b. Wat is uw grootste wens als u denkt aan uw taken en verantwoordelijkheden thuis?
8. Als U uw taken en verantwoordelijkheden thuis zou moeten beoordelen met een rapportcijfer, welk cijfer tussen 1 en 10 zou u dan geven?
9a. Hoe vaak ontmoet u de volgende mensen? Het gaat uitsluitend om ontmoetingen met mensen die niet bij u thuis wonen en met wie u een (kort) gesprek voert (niet alleen een begroeting)? a. uw (klein)kinderen b. uw (schoon)familie c. uw vrienden of goede kennissen d. uw burens e. uw collega's of studiegenoten f. mensen van vereniging en/of organisatie waar u lid van bent g. anders.nl
9b. Hoe vaak spreekt u mensen via de telefoon of wisselt u sms-berichten uit?
9c. Hoe vaak gebruikt u het internet om met mensen in contact te komen?
10. Heeft u voldoende mogelijkheden voor contacten met andere mensen?

⁴ Voor de uiteenlopende antwoordcategorieën zie verwijzing (met weblink) in de bijlage (literatuuropgave: Cardol et al., 2006, 90-100.)

Vragen ⁴
11a. Krijgt u ondersteuning of maakt u gebruik van voorzieningen voor uw contacten met andere mensen?
11b. Heeft u (meer) ondersteuning of voorzieningen nodig?
12a. Ziet en spreekt u mensen zo vaak als u zou willen?
12b. Behandelen mensen u op de manier waarop u zou willen?
12c. Wat is uw grootste wens als u denkt aan uw contacten met andere mensen?
13. Als u contacten met andere mensen zou moeten beoordelen met een rapportcijfer, welk cijfer tussen 1 en 10 zou u dan geven?
14. Kunt u van de volgende activiteiten zeggen hoe vaak u ze doet? a. Bezoeken van een kerk, synagoge of moskee b. Sporten in verenigingsverband c. Klusjes voor anderen, anderen helpen d. Deelname aan verenigingen, zoals zang-, muziek-, toneel, of hobbyvereniging. e. Uitgaan naar restaurant, café, bioscoop of theater f. Wandelen of fietstocht maken g. Andere vrijetijdsactiviteiten buitenshuis, zoals het bezoeken van een attractie of museum h. Deelname aan (bijeenkomsten van) organisaties zoals vakbond, ouderenbond, politieke partij, patiëntenvereniging i. Anders, namelijk:
15a. Krijgt u ondersteuning of maakt u gebruik van voorzieningen als u sociale activiteiten onderneemt, zoals bijvoorbeeld genoemd bij vraag 14?
15b. Heeft u (meer) ondersteuning of voorzieningen nodig?
16a. Doet u de sociale activiteiten, zoals bijvoorbeeld genoemd bij vraag 14, die u wilt doen?
16 b. Wat is uw grootste wens als u denkt aan uw sociale activiteiten?
17. Als u uw sociale activiteiten, zoals bijvoorbeeld genoemd bij vraag 14, zou moeten beoordelen met een rapportcijfer, welk cijfer tussen 1 en 10 zou u dan geven?
18. Verricht u op dit moment werk?
19a. Krijgt u ondersteuning of maakt u gebruik van voorzieningen bij uw (vrijwilligers)werk?
19b. Heeft u meer ondersteuning of voorzieningen nodig?
20. Doet u het betaalde werk of vrijwilligerswerk dat u wilt doen?
21. Indien u geen betaald werk of vrijwilligerswerk verricht: ligt dit aan een tekort aan ondersteuning of voorzieningen dat u dit niet doet?
22. Volgt u op dit moment een opleiding of cursus?
23a. Krijgt u ondersteuning of maakt u gebruik van voorzieningen van het volgen van uw opleiding of cursus?
23b. Heeft u (meer) ondersteuning of voorzieningen nodig?
24. Volgt u de opleiding en/of cursussen die u wilt volgen?
25. Indien u geen opleiding of cursus volgt: ligt dit aan een tekort aan ondersteuning of voorzieningen dat u dit niet doet?
26. Wat is uw grootste wens als u denkt aan werk en opleiding?
27. Als u uw situatie op het gebied van werk en opleiding zou moeten beoordelen met een rapportcijfer, welk cijfer tussen 1 en 10 zou u dan geven?
28. Hieronder staan een aantal zaken die voor u of uw huishouden van belang kunnen zijn. Wilt u steeds aangeven of u deze zaken in bezit heeft? Zo niet, wilt u dan aangeven of dit om financiële of andere redenen is? a. Regelmatig aanschaffen van nieuwe kleding b. Bezitten van een auto c. Bezitten van een computer met internetverbinding d. Regelmatig kennissen, vrienden of familie te eten krijgen e. Regelmatig een avondje uit

Vragen ⁴	
f.	Een week of meer per jaar op vakantie
g.	Lidmaatschap van een sociale of culturele vereniging, bijvoorbeeld sportclub, muziekgroep
h.	Vrijtijdsspullen zoals sportuitrusting of fiets voor uzelf of bijvoorbeeld voor de kinderen.
i.	Anders, namelijk:
29a. Ontvangt u financiële ondersteuning?	
29b. Heeft u (meer) ondersteuning nodig?	
30a. Kunt u uw geld besteden aan de dingen die u wilt?	
30b. Wat is uw grootste wens als u denkt aan uw financiële situatie?	
31. Als u uw financiële situatie zou moeten beoordelen met een rapportcijfer, welk cijfer tussen 1 en 10 zou u dan geven?	

5. Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (User-P)

Van der Zee, et al. (2008) vermelden dat speciaal voor het project Meten=Weten 2 de User-P is ontwikkeld. Meten=Weten 2 is een samenwerkingsverband van De Hoogstraat, Sophia Revalidatie, en de Libras Zorggroep. De USER-P is geïnspireerd door de POPS (Participation Objective Participation Subjective; Brown, et al., 2004)), waarin zowel naar objectief functioneren als naar de subjectieve ervaring wordt gevraagd.

Beoogd doel van het instrument is de meting van participatie.

De doelgroep bestaat uit volwassenen met gezondheidsproblemen. Het instrument is bedoel voor (diagnostiek en evaluatie) in de praktijk en voor onderzoek.

De User-P bestaat uit 32 items bij vier onderdelen. De eerste twee onderdelen gaan over het functioneren, het derde onderdeel over beperkingen in het dagelijks leven, en het vierde onderdeel over tevredenheid met het dagelijks leven.

Respondenten vullen de vragenlijst zelf in. De vragenlijst is zowel op papier als digitaal beschikbaar. De respondent kan bij digitale afname de vragenlijst via een link in een email oproepen en invullen. De tijdsduur van het invullen is onbekend. De test-hertest betrouwbaarheid is acceptabel, en de responsiviteit voor verandering is redelijk ($SRM > 0,5$)⁵.

Vragen
<i>Vragen over functioneren</i> (antwoordcategorieën: helemaal niet/ 1-8 uur/ 9-16 uur/ 17-24 uur/ 25-35 uur/ 36 of meer uur)
1A Hoeveel uren bent u per week bezig met de volgende activiteiten
- Betaald werk
- Onbetaald werk
- Opleiding
- Huishoudelijke taken
1B. Hoe vaak heeft u in de afgelopen vier weken de volgende activiteiten gedaan?
- Sporten of andere lichaamsbeweging
- Uitgaan
- Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis
- Vrijtijdsbesteding thuis
- Op bezoek gaan bij familie of vrienden
- Bezoek krijgen van familie of vrienden
- Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen

⁵ De Standardised Response Mean (SRM) is een maat voor responsiviteit/longitudinale validiteit. De SRM meet in de tijd optredende veranderingen. De SRM wordt berekend door de gemiddelde veranderingen in een groep te delen door de standaarddeviatie van de verschillen van de groep.

Vragen

Vragen over beperkingen in het dagelijks leven vanwege ziekte of aandoening
(antwoordcategorieën: niet van toepassing/ niet mogelijk/ met hulp/ met moeite/ zonder moeite)

2. Wordt u, vanwege uw ziekte of aandoening, beperkt in uw huidige dagelijkse leven?

- Betaald werk, onbetaald werk of opleiding
- Huishoudelijk taken
- Verplaatsen buitenshuis
- Sporten of andere lichaamsbeweging
- Uitgaan
- Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis
- Vrijtijdsbesteding thuis
- Uw relatie met uw partner
- Op bezoek gaan bij familie of vrienden
- Bezoek krijgen van familie of vrienden
- Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen

Vragen over tevredenheid met het huidige dagelijkse leven:

(antwoordcategorieën: zeer ontevreden/ ontevreden/ neutraal/ tevreden/ zeer tevreden/ niet van toepassing)

3. Hoe tevreden bent u met uw huidige dagelijkse leven?

- Betaald werk, onbetaald werk of opleiding
- Huishoudelijk taken
- Verplaatsen buitenshuis
- Sporten of andere lichaamsbeweging
- Uitgaan
- Dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis
- Vrijtijdsbesteding thuis
- Uw relatie met uw partner
- Uw relatie met uw gezin of familie
- Uw contacten met vrienden en bekenden

6. De Nederlandse empowerment vragenlijst (NEL)

Het Trimbos-instituut heeft de NEL ontwikkeld (2009). Met het herhaaldelijk afnemen van de NEL wordt beoogd te meten in welke mate de mensen die deze vragenlijst invullen groeien in hun kracht.

Tot de doelgroep behoren mensen met psychische kwetsbaarheden.

De vragenlijst is bedoeld voor gebruik in de praktijk. De NEL is volgens de auteurs een goed instrument om het hulpaanbod te beoordelen op de mate waarin het empowerend werkt. De NEL maakt het tevens mogelijk om de effecten van projecten die mensen met psychische handicaps zelf opzetten dan wel aansturen (cliëntgestuurde projecten) te vergelijken met effecten van het professionele GGZ-aanbod.

De NEL heeft veertig items, verdeeld over zes domeinen/dimensies: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement, betrokken leefgemeenschap.

De vragenlijst wordt ingevuld door de cliënt. De duur van invullen is niet bekend.

De betrouwbaarheid/ interne consistentie van de NEL is goed: Cronbach's alpha voor de totale schaal is 0,93. Voor concurrente validiteit is de Nel vergeleken met vijf items (MHI-5) uit de SF-36, over psychische klachten. Alle correlaties wijzen in de verwachte richting: naarmate er minder psychische klachten worden gemeld, is de score op de empowerment-subschalen hoger.

Domeinen/ dimensies	Vragen⁶
Professionele hulp	Vier items: 1. Mijn hulpverlener en ik hebben een goede samenwerkingsrelatie. 6. Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen. 14. Mijn hulpverlener is er als ik hem/haar nodig heb. 29. De hulpverlening sluit goed aan bij mijn leven.
Sociale steun	Zeven items: 5. De mensen om mijn 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 mij heen. 39. Ik kan terugvallen op de mensen om mij heen
Eigen wijsheid	Twaalf items: 3. Ik heb het gevoel dat ik iets kan 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 wordt over mijn leven. 18. Ik heb de wil om verder te gaan. 21. De patiëntenrol staat niet meer centraal in mijn leven. 31. Ik vind mezelf de moeite waard. 32. Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten. 33. Ik overzie hoe mijn leven mij gevormd heeft tot wie ik nu ben. 38. Ik kan omgaan met mijn kwetsbaarheden. 40. Ik durf op mezelf te vertrouwen.
Erbij horen	Zes items: 24. Ik heb regelmatig afspraken buiten de deur. 25. Ik kan mijn ervaringen delen met anderen met soortgelijke ervaringen. 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	Vijf items: 7. Ik weet mijn grenzen te trekken. 10. Ik weet wat ik beter wel en wat ik beter niet kan doen. 20. Ik heb structuur in mijn leven. 22. Ik durf hulp te vragen. 26. Ik weet waar ik goed in ben.
Betrokken leefgemeenschap	Zes items: 2. Deze samenleving houdt rekening met mensen met een psychische handicap. 11. In onze samenleving worden mensen met een psychische handicap voor vol aangezien. 19. De samenleving respecteert mijn rechten als burger. 23. Deze samenleving biedt sociale zekerheid aan mensen met een psychische handicap. 28. Deze samenleving maakt ruimte voor mijn manier van meedoen. 36. In onze samenleving worden mensen met een psychische handicap niet gediscrimineerd.

⁶ De antwoordcategorieën zijn: sterk mee oneens; mee oneens; niet mee eens/ niet mee oneens; mee eens; sterk mee eens.

7. De hoop vragenlijst

De Hoop vragenlijst is een Nederlandse versie van de Herth Hope Index (Herth Hope Index-Dutch). Het oorspronkelijke Engelstalige instrument is ontwikkeld door Herth (1989). De vragenlijst werd in 2006 vertaald door Van den Bogaard, Van Nieuwenhuizen en Van Gestel-Timmermans.

De vragenlijst beoogt het meten van hoop.

De doelgroep bestaat uit mensen met geestesziekten. De Hoop is bedoeld voor toepassing in klinische settings en voor onderzoek.

Het instrument bestaat uit twaalf vragen. Cliënten vullen de vragenlijst zelf in.

De tijdsduur van invullen is niet bekend.

In 2010 werden psychometrische eigenschappen van de Herth Hope index Dutch onderzocht door Van Gestel-Timmermans, Van den Bogaard, Brouwers, Herth, K., & Van Nieuwenhuizen. De betrouwbaarheid/ interne consistentie van de Hoop is adequaat.

Vragen ⁷
1. Ik heb een positieve kijk op het leven.
2. Ik heb doelen voor de korte of lange termijn.
3. Ik voel me heel erg alleen.
4. Ik kan mogelijkheden zien zelfs als ik in de problemen zit.
5. Ik heb een geloof of levensovertuiging waaraan ik troost ontleen.
6. Ik ben bang voor mijn toekomst.
7. Ik kan mij gelukkige/ plezierige tijden herinneren.
8. Ik heb een diepe innerlijke kracht
9. Ik ben in staat om zorg/liefde te geven en te ontvangen.
10. Ik heb het gevoel dat mijn leven richting heeft.
11. Ik geloof dat elke dag mogelijkheden biedt.
12. Ik vind dat mijn leven waardevol en nuttig is.

2.3 Engelstalige meetinstrumenten

De items en vragen van de Engelstalige meetinstrumenten zijn voor een betere leesbaarheid door de onderzoeker, Luijtelaar, in het Nederlands vertaald. Dit betekent dat vooraleer de instrumenten in Nederland kunnen worden gebruikt er de nodige aandacht naar de vertaling dient uit te gaan.

1. *Participation Survey/Mobility (PARTS/M)*

Dit instrument is ontwikkeld door Gray et al (2006) aan de Washington University (St. Louis, Missouri, USA).

PARTS/M beoogt de participatie te meten van mensen met mobiliteitsbeperkingen.

De doelgroep bestaat uit mensen met mobiliteitsbeperkingen die leven en participeren in gemeenschappen. Het instrument kan worden gebruikt in de praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

PARTS/M bestaat uit zeven vragen over participatie die voor twintig activiteiten worden gesteld. De activiteiten behoren tot zes domeinen: zelfverzorging; mobiliteit; huiselijk leven; interpersoonlijke interacties en relaties; belangrijke levensdomeinen; gemeenschap, sociaal en burgerlijk levensdomein.

De dataverzameling gebeurt door middel van zelfrapportage door de respondenten.

De betrouwbaarheid van het instrument is goed.

⁷ Antwoordcategorieën: sterk mee oneens/ oneens/ eens /sterk mee eens.

Domeinen	Vragen⁸
Zelfverzorging	Hoe veel tijd hebt u nodig voor...? Hoe vaak doet u...?
Mobiliteit	Is uw deelname beperkt door... ?
Huiselijk leven	Als ... hoeveel keuze hebt u vergeleken met andere personen zonder mobiliteitsbeperkingen?
Interpersoonlijke interacties en relaties	Hoe tevreden bent u met uw deelname in...?
Belangrijke levensdomeinen	Hoe belangrijk is het voor u om...?
Gemeenschap, sociaal en burgerlijk levensdomein	Hoeveel hulp van iemand anders hebt u nodig om...?
	Hoe vaak gebruikt u accommodaties, aanpassingen, of speciaal gereedschap om...?

2. De *Participation Objective Participation Subjective (POPS)*

De POPS is ontwikkeld door Brown et al. (2004), verbonden aan Mount Sinai School of Medicine, New York. Het instrument beoogt niet alleen objectieve maar ook subjectieve aspecten van participatie te meten. De inzet is zowel het weergeven van een normatieve waardering (buitenstaanders perspectief; het objectieve patroon van participatie), als de opvatting van de cliënt (insiders perspectief).

De inhoud van de items zijn neutraal en niet gebaseerd op relevantie voor een specifieke groep gehandicapten (De POPS is ontwikkeld binnen de context van mensen met traumatisch hersenletsel). De POPS is bruikbaar in de klinische praktijk en voor onderzoek. Het instrument is toepasbaar voor evaluatie van programma's en kan worden gebruikt voor individuele cliënten.

De POPS heeft zesentwintig items/activiteiten. Over elk item worden twee vragen gesteld: wat is het belang van deze activiteit voor uw welzijn? En ook: zou u meer, even veel, of minder van deze activiteit willen verrichten?

Het instrument heeft vijf subschalen/categorieën van activiteiten: Huiselijk leven; Belangrijke levensactiviteiten; Vervoer; Interpersoonlijke interactie en relaties; Gemeenschap, recreatief en burgerlijk leven.

De vragenlijst wordt afgenomen door een interviewer. De afnameduur is tien tot twintig minuten. Beschikbare informatie over psychometrische eigenschappen laat nog te wensen over.

Subschalen/ categorieën activiteiten	Vragen⁹
Huiselijk leven	1. Wat is het belang van deze activiteit voor uw welzijn?
Belangrijke levensactiviteiten	2. Zou u meer, even veel, of minder van deze activiteit willen verrichten?
Vervoer	
Interpersoonlijke interactie en relaties	
Gemeenschap	
Gemeenschap, recreatief en burgerlijk leven	

⁸ De uiteenlopende antwoordcategorieën zijn vermeld in tabel 2 van artikel Gray et al. (2006). Zie weblink in bijlage, literatuuropgave.

⁹ De vragen worden gesteld voor 26 activiteiten.

3. Participation Scale (P-Scale)

Dit instrument is ontwikkeld door Van Brakel et al. (2006), verbonden aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam. De P-Scale is gebaseerd op de participatiedomeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Dit instrument beoogt participatie te meten zoals door de cliënt – subjectief- wordt waargenomen.

De doelgroep bestaat uit personen met melaatsheid of een andere vorm van invaliditeit (ruggenwervelbeschadiging, polio).

De P-Scale is cross-cultureel toepasbaar. Het instrument is geschikt voor praktisch gebruik, in het veld en in instituties, en voor onderzoek naar de effecten van programma's.

De P-Scale omvat acht van de negen domeinen van de ICF: leren en toepassen van kennis, communicatie, mobiliteit, zelfzorg, huiselijk leven, interpersoonlijke interactie en relaties, belangrijke levensgebieden, gemeenschap sociaal en burgerlijk leven. De P-Scale bestaat uit achttien vragen naar ervaren beperkingen in participatie, waarbij iemand zich moet vergelijken met een 'peer', iemand die in alle opzichten dezelfde kenmerken bezit, behalve de ziekte of beperking.

De vragen worden in interviewvorm afgenomen. De afnameduur is minder dan twintig minuten. De P-Scale is betrouwbaar en valide.

Domeinen	Vragen ¹⁰
Leren en toepassen van kennis	1. Hebt u gelijke kansen als uw gelijken (peers) om werk te vinden?
Communicatie	2. Werkt u even hard als uw gelijken?
Mobiliteit	3. Draagt u in economische zin op een gelijke wijze bij aan het huishouden als uw gelijken?
Zelfzorg	4. Gaat u evenveel als uw gelijken op bezoek buiten uw dorp/buurt?
Huiselijk leven	5. Helpt u andere mensen (buren, vrienden, verwanten)?
Interpersoonlijke interactie en relaties	6. Neemt u evenveel als uw gelijken deel aan informele recreatieve/sociale activiteiten als uw gelijken? (sport, een praatje maken) bijeenkomsten)
Belangrijke levensgebieden	7. Bent u in gelijke mate sociaal actief als uw gelijken? (in religieuze of gemeenschapszaken)
Gemeenschap sociaal en burgerlijk leven	8. Bezoekt u mensen in de gemeenschap even vaak als andere mensen doen?
	9. Voelt u zich op uw gemak wanneer u nieuwe mensen ontmoet?
	11. Verplaatst u zich binnen en buiten huis en rond het dorp/buurt precies zoals andere mensen doen?
	12. Bezoekt u in uw dorp/buurt alle openbare plaatsen / gemeenschapsplaatsen? (inclusief scholen, winkels, bureaus, de markt en thee/koffiehuis)
	13. Hebt u evenveel gelegenheid om voor uzelf te zorgen als uw gelijken? (verschijning, voeding, gezondheid)
	14. Doet u huishoudelijk werk in uw huis?
	15. Telt uw mening mee, in discussies binnen de familie?
	16. Wordt het eetgerei/bestek dat u gebruikt in uw huis bewaard bij het bestek van uw familieleden?
	17. Neemt u deel aan belangrijke feesten en rituelen zoals uw gelijken doen? (bruiloften, begrafenissen, religieuze festivals)
	18. Hebt u voldoende vertrouwen om te proberen nieuwe dingen te leren?

¹⁰ Als het antwoord is 'niet', of 'irrelevant' wordt aan elke vraag toegevoegd: In hoeverre is dit een probleem voor u?

4. Activity Participation Questionnaire (APaQ)

De APaQ is ontwikkeld door Li, Wells, Westhovens en Tugwell (2009), respectievelijk verbonden aan Bristol-Squibb, een biofarmaceutisch bedrijf in Princeton USA, de Universiteit van Ottawa, Universitaire Ziekenhuizen Leuven en de Universiteit van Ottawa.

Beoogd doel van de APaQ is het meten van participatie van personen met reumatoïde artritis. De APaQ is in meerdere talen vertaald en cross-cultureel toepasbaar.

De APaQ bestaat uit twee items waarmee wordt vastgesteld in welke mate een persoon door reumatische artritis in staat is geweest in de afgelopen dertig dagen zijn of haar gebruikelijke activiteiten uit te voeren. Onder gebruikelijke dagelijkse activiteiten worden hier zowel betaalde als niet betaalde werkzaamheden verstaan, alsmede andere alledaagse bezigheden zoals huishoudelijke taken en zelfverzorging.

De vragenlijst wordt afgenomen door een interviewer. De afnameduur is niet bekend.

Wat betreft psychometrische eigenschappen: de test-hertest betrouwbaarheid is acceptabel. De APaQ is in geringe mate sensitief voor verandering: SRM is 0,39 voor het eerste item en 0,30 voor het tweede item.

Vragen
1. Tijdens de laatste dertig dagen, hoeveel dagen kon u door uw reumatische artritis niet uw gebruikelijke activiteiten uitvoeren?
2. Tijdens de laatste dertig dagen, hoe vaak was u in staat om uw dagelijkse activiteiten compleet uit te voeren, ondanks uw reumatische artritis?

5. Keele Assessment of Participation (KAP)

De KAP is ontwikkeld door Wilkie, Peat, Thomans, Hooper en Croft (2005) aan de Keele University in Groot-Brittannië.

Het instrument beoogt beperkingen van participatie te meten zoals waargenomen door de persoon zelf.

De KAP bestaat uit elf items die zijn afgeleid van domeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Respondenten vullen de vragenlijst zelf in. Respondenten hebben ongeveer drie minuten nodig voor het invullen van de vragenlijst.

Dit instrument is ontwikkeld voor onderzoek, om in epidemiologische studies beperkingen van participatie te meten, en om onderscheid te maken tussen grote groepen in de bevolking.

De verwerking van de data vindt plaats op het niveau van groepen.

De betrouwbaarheid/herhaalbaarheid van de KAP is niet heel stabiel: 71,6% van de respondenten antwoordt consistent wel of niet te participeren.

Items
1. Tijdens de laatste vier weken heb ik in mijn huis verplaatst <i>zoals en wanneer ik dat wilde</i> .
2. Tijdens de laatste vier weken heb ik me rond mijn huis verplaatst <i>zoals en wanneer ik dat wilde</i> .
3. Tijdens de laatste vier weken is tegemoet gekomen aan mijn zelfzorg behoeften (wassen, kleden, voeden, toilet, gezondheid onderhouden) <i>zoals en wanneer ik dat wilde</i> .
4. Tijdens de laatste vier weken is voor mijn huis gezorgd <i>zoals en wanneer ik dat wilde</i> .
5. Tijdens de laatste vier weken is voor mijn spullen gezorgd <i>zoals en wanneer ik dat wilde</i> .
6. Heb je familieleden of andere personen die van je afhankelijk zijn? Zo ja, hebben deze personen de laatste vier weken voor je gezorgd <i>zoals en wanneer je dat wilde</i> ?
7. Tijdens de laatste vier weken heb ik andere mensen ontmoet en gesproken <i>zoals en wanneer ik dat wilde</i> .
8. Tijdens de laatste vier weken heb ik of iemand anders voor mij mijn geld beheert <i>zoals ik dat wilde</i> .
9. Kiest u om deel te nemen in betaald werk of vrijwilligerswerk? Zo ja, hebt u gedurende de laatste

Items
vier weken deel genomen aan betaald werk of vrijwilligerswerk <i>zoals en wanneer u dat wilde?</i>
10. Kiest u ervoor om deel te nemen aan onderwijs of een cursus? Zo ja, hebt u tijdens de laatste vier weken deelgenomen aan onderwijs of een cursus <i>zoals en wanneer u dat wilde?</i>
11. Kiest u ervoor om deel te nemen aan sociale activiteiten <i>zoals en wanneer u dat wilde?</i>

6. *Community Integration Measure (CIM)*

De CIM is ontwikkeld door McColl, Davies, Carlson, Johnston en Minnes (2001). McColl, Davies en Minnes zijn van Queens University; Carlston en Johnston van Regional Community Brain Injury Services, Kingston Ontario, Canada.

Dit instrument is bedoeld voor meting van de mate van integratie in de gemeenschap en participatie, van mensen met hersenletsel (of andere beperkingen).

Het instrument is ontwikkeld voor gebruik in de klinische praktijk.

De CIM meet gemeenschapsintegratie/participatie vanuit het perspectief van de cliënt.

De vragenlijst heeft tien items en kan door middel van een interview worden afgenomen of kan door respondenten zelf worden ingevuld. Beantwoording van de vragen duurt drie tot vijf minuten.

De CIM heeft een goede interne consistentie.

Items
1. Ik voel me deel uitmaken van deze gemeenschap, alsof ik hier thuis hoor.
2. Ik kan mijn weg vinden in deze gemeenschap.
3. Ik ken de regels in deze gemeenschap en ik kan me erin voegen.
4. Ik voel dat ik geaccepteerd ben in deze gemeenschap.
5. Ik kan onafhankelijk zijn in deze gemeenschap.
6. Ik hou van waar ik nu woon.
7. Er zijn mensen waarmee ik me verbonden voel in deze gemeenschap.
8. Ik ken een aantal mensen in deze gemeenschap goed genoeg om hallo tegen ze te zeggen en ze hallo terug te laten zeggen.
9. Er zijn dingen die ik in deze gemeenschap voor mijn plezier kan doen in mijn vrije tijd.
10. Ik heb iets te doen dat bruikbaar en nuttig is in deze gemeenschap tijdens het grootste deel van de dag.

7. *Recovery Scale (RS)*, later de *Recovery Assessment Scale (RAS)* genoemd

De RS is ontwikkeld door Corrigan, Giffort, Rashid, Leary en Okeke (1999). De auteurs zijn verbonden aan University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation, behalve Giffort, die is verbonden aan het Illinois Office of Mental Health.

Het instrument beoogt het meten van herstel van ernstige geesteszieke personen. De RS heeft eenenveertig items.

De vragenlijst wordt afgenomen door een interviewer. Afname duurt ongeveer twintig minuten.

De psychometrische eigenschappen zijn goed. De test-herstest betrouwbaarheid van de RS is goed: Pearson $r = 0.88$. Interne consistentie is ook goed: Cronbach's $\alpha = 0.93$.

Items
1. Ik heb een verlangen om te slagen.
2. Ik heb mijn eigen plan om stabiel te worden of te blijven.
3. Ik heb doelen in het leven die ik wil bereiken.
4. Ik geloof dat ik aan mijn huidige doelen kan beantwoorden.
5. Ik heb een doel in het leven.
6. Zelfs als ik niets om mijzelf geef, dan doen andere mensen dat
7. Ik begrijp hoe ik de symptomen van mijn geestesziekte kan controleren.
8. Ik kan er mee omgaan als ik weer ziek wordt.

Items
9. Ik kan vaststellen wat de symptomen van mijn geestesziekte uitlokt.
10. Ik kan mezelf helpen om beter te worden.
11. Angst houdt me niet af van het leiden van het leven dat ik wil.
12. Ik weet dat er geestelijke gezondheidsdiensten zijn die me helpen.
13. Er zijn dingen die ik kan doen die me helpen om te gaan met ongewilde symptomen.
14. Ik kan omgaan met wat er gebeurt in mijn leven.
15. Ik mag mezelf.
16. Als mensen me echt zouden kennen dan zouden ze van me houden.
17. Ik ben een betere persoon dan voor mijn ervaring met geestesziekte.
18. Ofschoon mijn symptomen slechter kunnen worden, ik weet hoe ik er mee om moet gaan.
19. Als ik blijf proberen zal ik steeds beter worden.
20. Ik heb een beeld van wie ik wil worden.
21. Dingen gebeuren voor een rede.
22. Uiteindelijk zal er iets goeds gebeuren.
23. Ik ben de persoon die het meest verantwoordelijk is voor zijn eigen verbetering.
24. Ik ben hoopvol over mijn toekomst.
25. Ik blijf steeds nieuwe interesses hebben
26. Het is belangrijk om plezier te hebben.
27. Omgaan (coping) met mijn geestesziekte is niet langer de belangrijkste focus van mijn leven.
28. Mijn symptomen beïnvloeden steeds minder mijn leven.
29. Mijn symptomen lijken elke keer dat ze optreden voor een steeds kortere periode problemen op te leveren.
30. Ik weet wanneer ik om hulp moet vragen.
31. Ik ben bereid om hulp te vragen.
32. Ik vraag om hulp als ik het nodig heb.
33. In staat zijn om te werken is belangrijk voor mij.
34. Ik weet wat me helpt om beter te worden.
35. Ik kan leren van mijn fouten.
36. Ik kan omgaan met stress.
37. Ik heb mensen waar ik op kan rekenen.
38. Ik kan de vroege waarschuwingssignalen van ziek worden herkennen.
39. Zelfs als ik niet in mezelf geloof, dan doen andere personen dat wel.
40. Het is belangrijk om verschillende vrienden te hebben.
41. Het is belangrijk om gezonde gewoonten te hebben.

8. *Recovery Process Inventory (RPI)*

De RPI is ontwikkeld door Jerrell, Cousins, en Roberts (2006) voor het South Carolina Department of Mental Health, Columbia USA. Cousins en Roberts zijn aan deze instelling verbonden. Jerrell is verbonden aan de University of South Carolina School of Medicine.

De RPI is een instrument voor surveyonderzoek naar het proces en de uitkomsten van herstel. De doelgroep omvat consumenten van de geestelijke gezondheidszorg.

De RPI heeft tweeëntwintig items en beslaat zes dimensies die aspecten van herstel weerspiegelen.

De vragenlijst wordt afgenomen door een interviewer. De afname duurt vijftien minuten.

De psychometrische eigenschappen zijn redelijk tot goed. De test-hertest betrouwbaarheid is redelijk tot gemiddeld. De interne consistentie is goed. De convergente correlaties tussen schalen variëren van redelijk tot gemiddeld.

Dimensies
Leed
Verbondenheid met anderen
Vertrouwen en doel
Zorg/ hulp anderen
Leefsituatie
Hoopvol/ zorg voor zelf

9. Empowerment Scale (ES)

De ES is ontwikkeld door Rogers, Chamberlin, Langer Ellisson en Crean (1997). De auteurs zijn verbonden aan het Center for Psychiatric Rehabilitation van Boston University.

Het instrument is bedoeld voor het meten van empowerment.

De doelgroep bestaat uit gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg. Het instrument omvat 28 items. De ES heeft een adequate betrouwbaarheid/interne consistentie.

Items
Ik bereik in het algemeen wat ik me heb voorgenomen.
Ik heb een positieve attitude over mezelf.
Als ik plannen maak ben ik er bijna zeker van dat ik ze verwezenlijk,
Ik heb meestal vertrouwen in de besluiten die ik neem.
Ik ben vaak in staat obstakels te overwinnen.
Ik voel dat ik een waardevol persoon ben, minstens even waardevol als anderen.
Ik zie mezelf als een capabel persoon.
Ik ben in staat dingen even goed te doen als de meeste andere personen.
Ik voel dat ik een aantal goede kwaliteiten heb.
Ik voel me het grootste deel van de tijd machteloos.
Rumoer veroorzaken brengt je nooit ergens (Making waves never gets you anywhere).
Bureaucratische regels kun je niet overwinnen (You can't fight city hall).
Als ik ergens onzeker over ben volg ik meestal de groep.
Experts zijn in de beste positie om te beslissen wat mensen zouden moeten doen of leren.
De meeste tegenvallers van mijn leven zijn het gevolg van pech.
Meestal voel ik me alleen.
Mensen hebben geen recht om kwaad te worden, alleen omdat ze iets niet mogen.
Mensen hebben het recht om hun eigen beslissingen te nemen, zelfs als het slechte zijn.
Mensen zouden moeten proberen om hun leven te leiden op de manier die ze willen
Mensen die samen werken kunnen invloed uitoefenen op hun gemeenschap.
Mensen hebben meer macht als ze samenwerken in een groep.
Samenwerken met anderen in mijn gemeenschap kan helpen om dingen ten goede te veranderen.
Heel vaak kan een probleem worden opgelost door actie te ondernemen.
Mensen worden enkel begrensd door wat ze denken dat mogelijk is.
Ik kan vrij goed bepalen wat zal gebeuren in mijn leven.
Ik ben meestal optimistisch over de toekomst.
Kwaad worden over iets is vaak de eerste stap om het te veranderen
Kwaad worden over iets helpt nooit

10. Personal Empowerment Scale (PES)

De PES is ontwikkeld door Segal, Silverman en Temkin (1995), verbonden aan de School of Social Welfare, University of California.

De PES beoogt empowerment te meten door te vragen naar de hoeveelheid keuze en reductie van onzekerheid in het dagelijks leven van mensen (Dit is hoe de auteurs het persoonlijke aspect van empowerment operationaliseren).

De doelgroep bestaat uit personen met ernstige geestelijke beperkingen.

Het instrument heeft tien items. Vragen worden beantwoord op een vierpuntsschaal met als polen “no choice” en “a lot of choice”.

Gegevens worden verzameld door afname van interviews.

Volgens de auteurs bezit de PES sterke interne consistentie (alfa op baseline =0,84; na 6 maanden =0,85); en stabiliteit (stabiliteitscoëfficiënt= 0,49). De PES is sensitief voor veranderende omstandigheden: mensen met een woning tijdens de baseline-meting die dakloos waren geworden bij de follow-up hadden een stabiliteitscoëfficiënt van 0,33. Personen die op beide tijdstippen behuisd waren, hadden een coëfficiënt van 0,74.

11. *Personal and Social Performance scale (PSP)*

De PSP is ontwikkeld door Morosini, Magliano, Brambilla, Ugloni en Pioli (2000). Morosini is verbonden aan het National Health Institute te Rome, Magliano aan het Departement of Psychiatry, Universiteit van Napels, en de andere auteurs werken bij het Fatebenefratelli Institute in Brescia, Italië. Het instrument beoogt het sociale functioneren te meten en heeft vier domeinen.

De doelgroep bestaat uit patiënten met een psychiatrische stoornis.

De PSP kan worden gebruikt voor klinisch gebruik en voor onderzoek.

De dataverzameling vindt plaats door een interview met de patiënt en zorgverlener en klinische observatie. De afname van het interview duurt minder van vijf minuten.

De auteurs beoordelen de schaal als betrouwbaar (interbeoordelaar betrouwbaarheid ongewogen= 0,60; gewogen 0,95; intraclass correlatiecoëfficiënt=0,98).

Domeinen
Sociaal nuttige activiteiten (werk en studie)
Persoonlijke en sociale relaties
Zelfzorg
Verstorend en agressief gedrag

12. *Strauss and Carpenter revised Outcome Criteria Scale (SCOCS-R)*

De SCOCS-R is ontwikkeld door Strauss en Carpenter (1972, 1974, 1977). Strauss is verbonden aan de Rochester Medical School te New York en Carpenter aan het New York State Psychiatric Institute. Poirier et al. (2004) hebben de Franse vertaling van dit instrument getoetst. (Poirier et al. zijn verbonden aan de Université Laval, Quebec, Canada).

De doelgroep bestaat uit personen met ernstige geestesziekten. Het instrument wordt vooral ingezet bij de evaluatie van uitkomsten na behandeling in een kliniek.

De SCOCS-R omvat negen items en wordt via interviews bij patiënten afgenomen.

De SCOCS-R is vlug en gemakkelijk te voltooien. De interbeoordelaar betrouwbaarheid en convergente validiteit van het instrument zijn goed.

Items
Duur van niet-hospitalisatie voor psychiatrische stoornissen
Frequentie van sociale contacten
Kwaliteit van sociale relaties
Nuttig dienstverband
Kwaliteit van nuttig werk
Afwezigheid van symptomen
Vermogen om in de eigen basale behoeften te voorzien
Volheid van leven
Algemeen functioneringsniveau

13. World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)

WHO-DAS II is ontwikkeld door de World Health Organisation (1999). De eigenschappen van dit instrument zijn onderzocht door Chisolm, Abrams, McArdle, Wilson en Doyle in 2005. Chisolm, Abrams en McArdle zijn verbonden aan de University of Florida en Wilson en Doyle aan de East Tennessee State university.

WHO-DAS II beoogt het functioneren van personen met gezondheidsproblemen of beperkingen te meten.

Het instrument heeft zesendertig items die behoren tot zes domeinen, plus vijf algemene vragen over gezondheid¹¹.

Gegevens kunnen worden verzameld door een interviewer of door het invullen van de vragenlijst door de cliënt zelf. De interne consistentie van het totale instrument en de test-heretest betrouwbaarheid zijn goed.

Domeinen
Communicatie
Mobiliteit
Zelfzorg
Interpersoonlijk/ met mensen overweg kunnen
Levensactiviteiten (huishoudelijk werk, werk, schoolactiviteiten).
Participatie

Vragen ¹² In de laatste dertig dagen, hoeveel problemen had u met:
Concentreren op gedurende tien minuten iets doen
Het je herinneren iets belangrijks te doen
Analyseren en oplossen van problemen in het leven van alledag
Een nieuwe taak leren, bijvoorbeeld hoe naar een nieuwe plaats te gaan
Algemeen begrip van wat mensen zeggen
Het beginnen en volhouden van een conversatie
Lange perioden staan, (zoals dertig minuten)
Opstaan, na het zitten
Verplaatsen binnen uw huis
Buiten uw huis gaan
Een lange afstand wandelen (zoals een kilometer)
Het wassen van uw hele lichaam
Aankleden
Eten
Enkele dagen alleen blijven
Omgaan met mensen die u niet kent
In stand houden van een vriendschap
Overweg kunnen met mensen die u nabij staan
Nieuwe vrienden maken
Seksuele activiteiten
Zorg dragen voor huishoudelijke verantwoordelijkheden
De belangrijkste huishoudelijke taken goed uitvoeren
Als het huishoudelijk werk dat u moest doen gedaan krijgen
Uw huishoudelijk werk zo vlug als nodig gedaan krijgen
Uw dagelijkse werk en/of school
Uw belangrijkste werk/school taken goed uitvoeren

¹¹ Er bestaan ook versies van Whodas met 24 of twaalf items.

¹² Antwoordcategorieën: 'none'; 'mild'; 'moderate'; 'severe'; 'extreme/cannot do'.

Al het werk gedaan krijgen dat u moet doen
Al uw werk zo vlug als nodig gedaan krijgen
Het deelnemen aan gemeenschapsactiviteiten
Obstakels/hindernissen in de wereld om u heen
Waardig te leven, door attituden en handelingen van anderen
Hoeveel tijd spendeerde u aan uw gezondheidstoestand, of de gevolgen daarvan?
In welke mate bent u emotioneel beïnvloed door uw gezondheidsconditie?
In welke mate is uw gezondheid een belasting geweest op de financiële reserves van u of uw familie?
Hoeveel problemen had uw familie door uw gezondheidsproblemen?
Hoeveel problemen had u om zelf dingen te doen voor ontspanning of plezier?

Algemene vragen:

In het algemeen, in welke mate grepen deze problemen in uw dagelijks leven in?
In de laatste dertig dagen, hoeveel dagen waren deze problemen aanwezig?
In de laatste dertig dagen, hoeveel dagen was u vanwege uw gezondheidstoestand totaal niet in staat om uw gebruikelijke activiteiten of werk uit te voeren?
In de laatste dertig dagen, hoeveel dagen verminderde u uw activiteiten of werk, vanwege uw gezondheidstoestand (niet meetellend de dagen dat u helemaal niet in staat was tot activiteit)?
Hoe beoordeelt u uw algemene gezondheid in de laatste 30 dagen?

3. Reflectie en conclusies

3.1 De inventarisatie

Deze notitie beschrijft de resultaten van een onderzoek in opdracht van De Academische werkplaats G4-User naar meetinstrumenten voor participatie, empowerment en herstel bij sociaal kwetsbare mensen. Dit project is in samenwerking met de GG&GD Utrecht uitgevoerd door het Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het UMC St Radboud, in de periode november 2011 tot en met februari 2012. In het kader van dit onderzoek is een uitgebreide literatuursearch uitgevoerd naar publicaties over meetinstrumenten voor participatie en herstel binnen het Nederlandse en het Engelse taalgebied. Het literatuuronderzoek bestrijkt de periode tussen januari 1985 en november 2011. Het literatuuronderzoek leverde zeven Nederlandstalige meetinstrumenten op en daarnaast zeventien Engelstalige instrumenten, waarvan er dertien via de universiteitsbibliotheek verkrijgbaar waren en voor het onderzoek beschikbaar.

De conceptnotitie met de bevindingen van de inventarisatie zijn besproken in de werkgroep gemeente Utrecht die zich in 2011-2012 bezighield met de ontwikkeling en bepaling van een zogenaamd raster voor de screening in het kader van de brede aanpak sociaal kwetsbaren en de werkgroep monitoring van de Academische werkplaats G4-User.

3.2 Reflectie

Focus op patiëntgroepen met specifieke stoornissen of beperkingen

De doelgroep van veel van de gevonden instrumenten zijn mensen met ernstige lichamelijke of psychische stoornissen en hebben hun oorsprong in de (geestelijke) gezondheidszorg (G)GZ. De meetinstrumenten zijn daardoor niet zonder meer direct van toepassing op de doelgroep van sociaal kwetsbare mensen.

Labels en lading

De titels van de instrumenten suggereren vaak meer of andere zaken dan in de vragen van het instrument aan de orde komt. Zo slaat participatie bij het ene instrument vooral op (al dan niet betaald) werk, terwijl bij andere instrumenten met participatie in de titel het dagelijks leven centraal staat, de belemmeringen in functioneren en de tevredenheid met het dagelijkse leven. Mogelijk heeft dit ook te maken met een verschil in maatschappelijke context en beschikbare verzorgingsarrangementen. Participatie wordt internationaal vaak vrij specifiek opgepakt, gericht op patiëntgroepen met specifieke stoornissen of beperkingen. Daarbij wordt eerder gevraagd naar sociale integratie, sociale netwerken en dagelijkse bezigheden dan bijvoorbeeld naar activering en werk. Dat is anders dan in Nederland waar werk en inkomen aparte categorieën zijn en waar veel van de participatie-inspanningen zich op richten: participatie = activering en/of werk of zou dit bij voorkeur als resultaat moeten hebben. De gebruikte zoektermen in deze search gingen sterk in de richting van eigen kracht, herstel, zelfredzaamheid en dergelijke, analoog aan de doelen van het PvA MO fase 2. Als was gekozen voor zoektermen in de richting van activering en werk dan waren er waarschijnlijk meer treffers gevonden die participatie linken aan activering en werk, zoals meer in Nederland voorkomt.

Accenten

Ongeacht label of titel vragen veel van de instrumenten het dagelijkse functioneren of het dagelijks leven van mensen uit, in termen van beschikbare vaardigheden. Vaak wordt ook gevraagd naar belemmeringen (in functioneren, op verschillende domeinen) en de mate waarin mensen tevreden zijn dan wel autonoom handelen. Sommige instrumenten gaan expliciet in op vermogen tot probleemoplossing en coping (denk aan RAS).

Uiteenlopende toepassingen

De Nederlandse instrumenten zijn vaak ontwikkeld voor een specifiek doel, zoals een toepassing in beleid of de praktijk of voor onderzoeksdoeleinden. Zoals gezegd, vinden veel instrumenten, ook de Engelstalige hun oorsprong in de (geestelijke) gezondheidszorg. De (G)GZ is, zoals op meer onderwerpen, de maatschappelijke opvang en Openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz) voor in de professionalisering van het weten en meten. Of in de maatschappelijke opvang of de Oggz ook werkt wat voor de (G)GZ waarde heeft, blijft ook hier echter te bezien.

3.3 Tentatieve toetsing van meetinstrumenten aan eisen

Om bruikbaar te zijn in de begeleiding van cliënten en/of voor de sturing van beleid moet een instrument aan bepaalde eisen voldoen. Denkbaar eisen zijn dat het instrument:

- Participatie, empowerment of herstel meet
- In helder en eenvoudig taalgebruik is opgesteld
- Mogelijkheid tot zelfrapportage heeft
- Een relatief korte afnameduur heeft
- Voldoende tot goede psychometrische eigenschappen heeft (betrouwbaar, valide etc.).
- Oog heeft voor de eigen kracht/regie van cliënten
- Oog heeft voor de waarde van informele steun/netwerken

Informatie voor een beoordeling van deze eisen was niet altijd beschikbaar en om die reden staan in het schema op de volgende pagina ook vraagtekens (?). De beoordeling is tentatief, en daarom hier verder niet uitgewerkt, omdat mogelijk bestuurders/beleidsmakers (nog weer) andere eisen aan de instrumenten zouden stellen.

Vermeldenswaard hier – in deze fase van exploratie van meetinstrumenten - is de aangetroffen staat van de kwaliteit van de instrumenten, in jargon ook wel aangeduid met psychometrische eigenschappen. Meten is uitsluitend weten als de instrumenten betrouwbaar en valide zijn. Opvallend is, dat bij veel instrumenten geen informatie bekend is over de psychometrische eigenschappen en er dus geen uitspraken mogelijk zijn over hun kwaliteit. Instrumenten die ontwikkeld zijn voor beleid lijken in het bijzonder snel 'in het veld' te worden gedropt met weinig inzicht uiteindelijk in wat de verzamelde gegevens waard zijn. In het oog springt in de publicaties over Engelstalige meetinstrumenten de zeer verschillende testen en toetsen die zijn gebruikt voor de bepaling van de validiteit (intern, construct, convergent en wat dies meer zij). Het laat zich aanzien dat er onder onderzoekers nog geen eenduidigheid is in wat beschouwd moet worden als de psychometrische *golden standard* voor de bepaling van de validiteit dan wel zij geen gelegenheid hebben (vanwege ontoereikendheid data sets?) voor een validiteitsbepaling via de *golden standard*.

9. Informele steun									
8. Eigen kracht/regie									
7. Psychometrische eigenschappen voldoende									
6. Afnameduur is redelijk, niet te lang									
5. Zelfrapportage is mogelijk									
4. Helder en eenvoudig taalgebruik									
3. Meet herstel									
2. Meet empowerment									
1. Meet participatie									

Nederlandstalige instrumenten									
1.Participatieladder	+			+	-	?	?	-	-
2.Zelfredzaamheidsmatrix	+			+	-	?	+-	-	-
3.Impact op participatie en autonomie	+			+	+	?	+	+	+
4.Participatie van mensen met beperkingen 2005	+			+	+	?	?	+	+
5.Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie Participatie	+			+	+	?	+	+	+
6.Nederlandse Empowerment Vragenlijst	+	+		+	+	?	+	+	+
7.Hoop			+	+	+	?	+	+	-

Engelstalige instrumenten									
Participation Survey/Mobility (PARTS/M)	+			+	+	-		+	+
Participation Objective Participation Subjective (POPS)	+			+	-	+		+	+
Participation Scale P-Scale	+			+	-	+	+	+	
Activity Participation Questionnaire (APaQ)	+			+	-	?	+	+	-
Keele Assessment of Participation (KAP)	+			+	+	+		+	+
Community Integration Measure (CIM)	+			+	+	+		+	+
Recovery Scale (RS)	-		+	+	-	+	+	+	+
Recovery Process Inventory (RPI)	-		+	?	-	+	+	+	+
Empowerment Scale (ES)	-	+		+	?	?	+	+	
Personal Empowerment Scale (PES)	-	+		?	-	?	+	?	?
Personal and Social Performance scale (PSP)	+				-	+	+		+
Strauss and Carpenter revised Outcome Criteria Scale (SCOCS-R)	+			?	-	+	+	+	+
World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)	+			+	+	?	+	+	+

3.4 Ter afsluiting

Als we de focus richten op de meetinstrumenten uit het Nederlandse taalgebied dan voldoen van de zeven meetinstrumenten de volgende drie het best aan de (voorlopige) eisen:

- Impact op Participatie en Autonomie (IPA). Nadeel van dit meetinstrument is dat zelfrapportage niet mogelijk is. De IPA is ontwikkeld voor de doelgroep mensen met chronische gezondheidsproblemen.
- de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie Participatie (USER-P). Nadeel van dit instrument is dat de tijd benodigd voor invullen van de vragen onbekend is. Het meetinstrument is ontwikkeld voor de doelgroep mensen met gezondheidsproblemen
- de Nederlandse Empowerment Vragenlijst (NEL). Nadeel van dit instrument is dat de tijd benodigd voor invullen van de vragen niet bekend is.

Enkele belangrijke nadelen van de andere Nederlandstalige meetinstrumenten zijn:

- Van de Participatieladder zijn vooralsnog geen psychometrische gegevens bekend, en wordt niet vermeld hoeveel tijd het verzamelen van data kost. Zelfrapportage is niet mogelijk.
- Van de Zelfredzaamheidsmatrix is (nog) niet bekend hoeveel tijd dataverzameling kost. Dit meetinstrument laat ook geen zelfrapportage toe.
- Van het meetinstrument Participatie van mensen met beperkingen 2005 zijn geen psychometrische eigenschappen bekend. De tijd nodig voor dataverzameling is niet bekend. Dit meetinstrument is ontwikkeld voor de doelgroep mensen met motorische en/of zintuiglijke beperkingen.
- De Hoop vragenlijst evalueert geen participatie. Hoop is echter cruciaal voor het herstelproces van mensen. De tijdsduur benodigd voor het invullen van de vragenlijst is niet bekend.

IPA, USER-P en NEL, de meetinstrumenten die het beste uit de beoordeling op de tentatieve eisen naar voren komen, hebben het nadeel dat de tijd nodig voor het verzamelen van gegevens (afnameduur) niet bekend is. Bovendien zijn de IPA en USER-P ontwikkeld voor mensen met lichamelijke gezondheidsproblemen.

Opvallend is, dat de meest bekende instrumenten uit het Nederlandse taalgebied die ook G4 breed zijn ingezet voor het volgen van onder meer de effecten van het PvA MO, - de participatieladder en de Zelfredzaamheidsmatrix – nog onvolkomenheden hebben. De G4 willen zich bij het meten graag concentreren op wat er nu al in Nederland is en houden vast aan de keuze voor de participatieladder en de ZRM. Weliswaar zijn die op onderdelen te verbeteren en is nog niet alles over hun kwaliteit bekend, maar voor eerste screeningsdoeleinden zijn er geen argumenten tegen het gebruik van deze instrumenten, dan wel geen duidelijk superieure concurrenten. Er moet echter nog wel werk verzet worden. Als er geen tijd beschikbaar is om een extra vragenlijst te gebruiken, zoals de empowermentvragenlijst, dan moet nagegaan worden of met een kleine uitbreiding dit concept toch in bijvoorbeeld de ZRM is te integreren. Waar er niet meer gemeten kan worden in de beschikbare tijd is het vooral tenminste raadzaam om te weten wat niet wordt vastgesteld en wat de beperkingen zijn van datgene wat je meet.

Literatuur

Literatuur Nederlandstalige meetinstrumenten

Boevink, W. *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-Instituut. <http://www.hee-team.nl/~media/Themasites/HEE/Downloads/NELvragenlijst.ashx>

Boevink, W., Kroon, H., & Giezen, F. (2009). *De Nederlandse empowerment vragenlijst*. (NEL vragenlijst instructies). Utrecht: Trimbos-Instituut <http://www.hee-team.nl/~media/Themasites/HEE/Downloads/NELvragenlijstinstructies.ashx>

Boevink, W., Kroon, H., & Giesen, F. z.j. *Empowerment. Constructie en validatie van een vragenlijst*. Rapport, PDF. <http://www.heeteam.nl/~media/Themasites/HEE/Downloads/EmpowermentConstructieenvalidatievaneenvragenlijst.ashx>

Cardol, M. (2004). Impact op Participatie en Autonomie (IPA). Vragenlijst. <http://www.nivel.nl/pdf/INT-vragenlijstIPA.pdf>

Cardol, M. (2005). Vragenlijst 'Impact op Participatie en Autonomie' (IPA). Handleiding. http://www.nivel.nl/pdf/INT-handleiding_vragenlijstIPA.pdf

Cardol, M., Vervloet, M., & Rijken, M. (2006). Participatie van mensen met beperkingen 2005. Basismeting participatiemonitor. <http://www.nivel.nl/pdf/Participatie-van-mensen-met-beperkingen-2005.pdf>

Gent, M. van, Horssen, C. van, Mallee, L. & Slotboom, S. (2008). *De Participatieladder: Meetlat voor het participatiebudget*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.

Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van, Bogaard, J., van den, Brouwers, E.P.M., Herth, K., & Nieuwenhuizen, Ch. van (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the HHI-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.

Hoop vragenlijst (2006). Geautoriseerde Nederlandse vertaling door Bogaard, J.W. van den, Nieuwenhuizen, C. van, en Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van. (Oorspronkelijk Engelstalige Questionnaire van Herth, K., 1989).

Jansen, A., Osté, J., Vlierhuis, J., Fassaert, T., Lauriks, S. & Meeteren, S. van (2011). De Zelfredzaamheid-Matrix. Factsheet over het eenvoudig en gestandaardiseerd meten van zelfredzaamheid. <http://www.gezond.amsterdam.nl/GetDocument.ashx?DocumentID=11578&name=De-Zelfredzaamheid-Matrix&rnd=634511431954295441>

Lauriks, S., Buster, M.C.A., Wit, M.A.S. de, Weerd, S. van de, & Tigchelaar, G. (2010). *Zelfredzaamheid-Matrix*. GGD Amsterdam. Amsterdam.

Lauriks, S., Buster, MCA., Wit, S. De., Weerd, S. van de, & Tigchelaar, G. z.j. *ZRM Handleiding. Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix*.

Movisie. *Participatiewiel. Samenhang in beeld*. <http://www.movisie.nl/Download/Participatiewiel%20aangepast%20April%202010.pdf>

Movisie, *Participatiewiel: een andere manier van kijken. Ideeën voor gebruik door activeerders en hun cliënten*. <http://www.movisie.nl/onderwerpen/activering/docs/Participatiewiel%20activeerders.pdf>

Movisie. *Participatiewiel een andere manier van kijken. Ideeën voor gebruik door gemeenten*. <http://www.movisie.nl/onderwerpen/activering/docs/Participatiewiel%20gemeenten.pdf>

Oostrom, S., Gorsel, C. van, & Lauriks, S. Handout Workshop Zelfredzaamheidmatrix: hoe 5 loketten elkaar kunnen versterken. http://www.divosa.nl/sites/default/files/handout_zelfredzaamheidmatrix_hoe_5_loketten_elkaar_kunnen_versterken.pdf

Post, M. Van der Zee, C., & Van der Mei, S., *USER-P. Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie – Participatie*. Powerpoint. <http://www.gezondheidstoestand.nl/files/ISOQOL-participatie-vanderZee.pdf>

Regioplan Beleidsonderzoek.

(http://www.regioplan.nl/publicaties/rapporten/de_participatieladder_meetlat_voor_het_participatiebudget).

Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P). Definitieve versie, augustus 2010.

<http://www.dehoogstraat.nl/uploads/oEtcqczROYurXAgC7AjuKw/MXuBiwXmYc9vNKDN364fRg/USER-Participatie.pdf>

Zee, C.H., van, Post, M.W.M., Kap, A., Schouten, E., Royen, R. van., Rambaran Mishre, R., & Berdenis van Berlekom, S.H. (2008). Het meten van participatie als uitkomst van poliklinische revalidatiebehandeling: Meten=Weten 2; een prospectieve multi-centre studie. *Revalidata*, 146.

http://www.dehoogstraat.nl/uploads/oEtcqczROYurXAgC7AjuKw/0bj0t41k65s3bgNFSCJs7Q/Artikel_definitief_Revalidat_a_146.pdf

Zwerfnet. De Zelfredzaamheidmatrix (ZRM): multifunctioneel hulpmiddel. <http://zwerfnet.nl/2010/04/06/de-zelfredzaamheid-matrix-zrm-multifunctioneel-hulpmiddel/>

Literatuur Engelstalige meetinstrumenten

Brown, M., Dijkers, M.P., Gordon, W.A., Ashman, T., Charatz, H., & Cheng, Z. (2004). Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19, 459-81.

Chisolm, T.H., Abrams, H.B., McArdle, R., Wilson, R.H., & Doyle, P.J. (2005). The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. *Trends in Amplification*; 9,111-26.

Corrigan, P.W., Gifford, D., Rashid, F., Leary, M. & Okeke, I. (1999). Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35, 3, 231-239.

Corrigan, P. W., Salzer, M.; Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 4, 1035-1041. RAS vragenlijst: <http://www.developbromley.com/public/Recovery/tools/Recovery.Assessment.Scale.pdf>

Gray, D.B, Hollingsworth, H.H., Stark, S.L., & Morgan, K.A. (2006). PARTS/M: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87,189–197. <https://communityparticipation.wustl.edu/WhatsNew/Gray.PARTSM.ArchPhysMedRehab.pdf>

Li, T., Wells, G., Westhovens, R., & Tugwel, P. (2009). Validation of a simple activity participation measure for rheumatoid arthritis clinical trials. *Rheumatology*, 48, 170-5.

Jerrell, J., Cousins, V., & Roberts, K.M. (2006). Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 4, 464-473.

Juckel, G., Schaub, D., Fuchs, N., Naumann, U., Uhl, I., Witthaus, H., Hargarter, L. Bierhoff, H., & Brüne, M. (2008). Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 104, 287-93.

McColl, M.A., Davies, D., Carlson, P., Johnston, J., & Minnes, P. (2001). The community integration measure: development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 429-34.

Morosini, P.L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., Pioli, R., (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 323–329.

Poirier, S., Bureau, V., Lehoux, C., Bouchard, E., Maziade, M., Pelletier, S., René, L., Trépanier, J., Emond, C., Mérette C., & Roy, M.. (2004). A factor analysis of the Strauss and Carpenter revised outcome criteria scale: a validation of the French translation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 864-7.

Rogers, E.S., Chamberlin, J., Langer Ellison, M. & Crean, T. (1997). A Consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services, *Psychiatric Services*, 48, 8, 1042-1047.

Segal, S. P., Silverman, C., & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, 31, 215-227. Gegevens over de PES worden ook gegeven door Rogers et al. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61, 933-936. <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=61&page=933&journalID=18>

Van Brakel (2006), W.H., Anderson, A.M., Mutatkar, R.K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P.G., Raju, M.S., & Das-Pattanayak, R.K. The participation scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*; 28, 193–203.

Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Hooper, H., & Croft, P.R. (2005). The Keele assessment of Participation: a new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Quality of Life Research*, 14, 1889-1899.

Bijlage 1. Tabellen met informatie over meetinstrumenten participatie, empowerment en herstel

Tabel 1. Nederlandstalige instrumenten voor meting van participatie

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
1. Participatieladder (Gent et al., 2008)	Alle burgers die een WWB-uitkering ontvangen en/of die zich melden voor een voorziening uit het participatiebudget: nuggers, inburgeraars, en personen die in aanmerking komen voor volwassenen-educatie. Tot de doelgroep behoren niet personen die geen gebruik maken van gemeentelijke dienstverlening, al behoren ze wel tot de doelgroepen van gemeentelijk beleid. Voorbeelden hiervan zijn inburgeringsplichtigen die geen inburgeringstraject volgen, of nuggers die geen re-integratietraject volgen.	Er zijn tien vragen: vijf vragen voor bepaling van het participatieniveau, en vijf vragen voor het bepalen van het groeipotentieel. Na het beantwoorden van de vragen voor bepaling van participatieniveau wordt één van de volgende waarden toegekend: 1-6: tredenummers; 8: uit het zicht van de gemeente geraakt; 9: traject gevolgd, maar na afloop is de trede nog niet bepaald; 0: trede niet bepaald. De zes treden van de participatieladder zijn: - Niveau 6: Betaald werk; - Niveau 5 : Betaald werk met ondersteuning; - Niveau 4 : Onbetaald werk; - Niveau 3 : Deelname; georganiseerde activiteiten - Niveau 2 : Sociale contacten buiten de deur; - Niveau 1 : Geïsoleerd.	De klantmanager (Re-integratie of Inburgering) registreert de gegevens. Bij klanten met een educatieaanbod moet het ROC de participatiemeting uitvoeren tenzij de gemeente beschikt over een klantmanager Educatie. Daarnaast is het mogelijk dat uitvoerders (re-integratiebedrijven of taalaanbieders) ook participatiemetingen uitvoeren. Hierover kan de gemeente afspraken maken met de uitvoerders.	Niet bekend	Niet bekend.
2. Zelfredzaamheids-Matrix (Lauriks et al., 2010)	Personen die geen hulp vragen voor meervoudige problematiek waardoor overlast wordt veroorzaakt of sprake is van stil lijden (doelgroep van de OGGZ).	De Zelfredzaamheidsmatrix bepaalt de mate van zelfredzaamheid op elf belangrijke domeinen van het dagelijks leven: inkomen, dagbesteding, huisvesting,	In een gesprek met de cliënt vraagt de professional naar de huidige situatie op alle elf domeinen, naar eventuele	Niet bekend	<i>Betrouwbaarheid:</i> Correlaties tussen twee beoordelingen zijn in het algemeen positief en hoog, behalve op het domein Gezinsrelatie en Huisvesting.

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
		<p>gezinsrelaties, geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, verslaving, ADL-vaardigheden, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, justitie. Op ieder domein wordt de mate van zelfredzaamheid op een schaal van 1 tot 5 gescoord, waarbij 1 de meest ernstige situatie weergeeft (de zelfredzaamheid is minimaal), en 5 de meest gunstige situatie (de cliënt is volledig zelf-redzaam). Er worden vijf niveaus van zelfredzaamheid onderscheiden:</p> <p>1- acute problematiek, 2- niet zelfredzaam, 3- beperkt zelfredzaam, 4- voldoende zelfredzaam, 5- volledig zelfredzaam.</p>	<p>problemen en wat de persoon doet om die problemen op te lossen. Wanneer een beoordelaar vermoedt dat de informatie van een cliënt zelf onvolledig of onbetrouwbaar is kan informatie ook worden ingewonnen uit administratieve bronnen zoals de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), cliëntdossiers van samenwerkingspartners, of verzekeringsgegevens. Verder zijn collega's uit de eigen organisatie of van andere instellingen belangrijke informatiebronnen.</p>		
<p>3. Impact op Participatie en Autonomie (IPA). (Cardol, 2004)</p>	<p>Personen vanaf 18 jaar met verschillende chronische gezondheidsproblemen</p>	<p>De IPA evalueert twee verschillende aspecten van participatie en autonomie: Ten eerste <i>belemmeringen</i>. Hiertoe bevat de IPA 32 items verdeeld over vijf domeinen: Autonomie binnenshuis (zeven items); Familierol (zeven items); Autonomie buitenshuis (vijf items); Sociale relaties (zeven items); Werk en opleiding (zes items). Voor deze vragen zijn er vijf</p>	<p>Respondenten vullen de vragenlijst zelf in. Het invullen van de IPA vergt over het algemeen geen extra uitleg van onderzoeker of behandelaar. De IPA is niet geschikt voor telefonische afname.</p>	<p>Niet bekend</p>	<p><i>Betrouwbaarheid: interne consistentie.</i> De interne consistentie van de items in de verschillende domeinen van de IPA is goed. Cronbach's alfa varieert tussen de 0,81 en 0,91. <i>Test-herstest betrouwbaarheid.</i> Gewogen Kappa voor items over belemmeringen in participatie en autonomie varieerde van 0.56 tot 0,90. Gewogen Kappa voor de items over probleemervaring varieerde van 0,59 tot 0,87. De test-herstest betrouwbaarheid was matig voor 2 items uit het domein 'familierol' en voor het item 'probleemervaring zelfverzorging'.</p>

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
		<p>antwoordcategorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zeer goed; - goed; - redelijk; - matig; - slecht. <p>Ten tweede meet de IPA <i>ervaren problemen</i>: Hiervoor heeft de IPA negen items, waarop wordt geantwoord in drie antwoordcategorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geen probleem; - enigszins een probleem; - een groot probleem. <p>De negen items over probleemervaring beslaan negen deelgebieden van participatie: mobiliteit; zelfverzorging; bezigheden en taken in en om het huis; geldbesteding; tijdbesteding en ontspanning; sociale contacten en relaties; anderen helpen of steunen; betaald werk of vrijwilligerswerk; onderwijs, cursussen en opleiding.</p> <p>De vragenlijst eindigt met een open vraag naar de drie belangrijkste problemen ten gevolge van de gezondheidstoestand.</p>			<p>Echter op domeinniveau werden geen systematische verschillen gevonden tussen beide metingen. De IntraClass Correlatie Coëfficiënten (ICC) varieerden van 0,83 voor familierol tot 0,91 voor autonomie buitenshuis. <i>Inhoudsvaliditeit</i>: Alle aspecten van participatie uit de IPA (behalve autonomie zijn te vinden in de ICF (Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren) .</p> <p><i>Constructvaliditeit</i>. Het theoretisch construct van de IPA werd geanalyseerd met behulp van factoranalyse. Gebaseerd op de resultaten van de factoranalyse werden de domeinen 'autonomie binnenshuis', 'familierol', 'autonomie binnenshuis', 'sociale relaties', en 'werk en opleiding' samengesteld. <i>Convergente en divergente validiteit</i>. De scores op de IPA werden vergeleken met scores op de LHS, SIP68 en SF-36. De gevonden correlatie stemden overeen met de vooraf geformuleerde verwachtingen.</p>
4. Vragenlijst Participatie van mensen met beperkingen 2005, Basismeting participatiemonitor (Cardol et al., 2006)	Mensen met motorische en/of zintuiglijke beperkingen.	Er zijn 47 items over participatie. Elk van de vragen heeft bijpassende (van elkaar verschillende) antwoordcategorieën. De vragen zijn verdeeld over zes secties: - Gaan en staan (zes items)	Respondenten vullen de vragenlijst zelf in. De vragenlijst is zowel op papier als digitaal beschikbaar. De respondent kan bij digitale afname de vragenlijst via een link	Niet bekend	Niet bekend

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
		<ul style="list-style-type: none"> - Taken en verantwoordelijkheden thuis (zeven items) - Contacten met andere mensen (tien items) - Sociale activiteiten (zes items) - Werk en opleiding (twaalf items) - Financiële situatie (zes items) 	in een email oproepen en invullen.		
5. Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie- Participatie (User-P) (Zee et al., 2008)	Volwassenen met gezondheidsproblemen	<p>De USER-P bestaat uit 32 vragen verspreid over 4 onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (1A) Aantal uren per week besteed aan werk, opleiding en huishoudelijke bezigheden (vier vragen). 2. (1B) Aantal keer per 4 weken dat men activiteiten binnen- en buitenshuis doet en dat men contact heeft met anderen (zeven vragen). 3. (2) Beperkingen vanwege ziekte of aandoening bij het functioneren op deze gebieden (elf vragen) 4. (3) Tevredenheid over het eigen functioneren op deze gebieden (tien vragen). <p>Antwoordcategorieën bij 1: helemaal niet; 1-8 uur; 9-16 uur; 17-24 uur; 25-35 uur; 35 of meer uur.</p> <p>Antwoordcategorieën bij 2: helemaal niet; 1-2 keer; 3-5 keer; 6-10 keer; 11-18 keer; 19 of meer keer.</p> <p>Antwoordcategorieën bij 3: NVT; niet mogelijk; met hulp;</p>	Respondenten vullen de vragenlijst zelf in.	Niet bekend	<p><i>Test-hertest betrouwbaarheid</i> (n=47): Intra-class Correlation Coefficient (ICC) > 0.75; <i>Responsiviteit</i> (n= 340-395): Effect Size (ES) > 0.5; Standardized Response Mean (SRM) > 0.5</p>

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
		met moeite; zonder moeite. Antwoordcategorieën bij 4: zeer ontevreden; ontevreden; neutraal; tevreden; zeer tevreden.			
6. De Nederlandse Empowerment vragenlijst (NEL). (Boevink et al., 2009).	Mensen met psychische kwetsbaarheden.	De Nederlandse Empowerment vragenlijst heeft zes dimensies: - Professionele hulp; - Sociale steun; - Eigen wijsheid; - Erbij horen; - Zelfmanagement; - Betrokken leefgemeenschap. De NEL bestaat uit 40 items/ uitspraken. De mate waarin de respondent het met deze uitspraken eens is wordt aangegeven in vijf antwoordcategorieën (een vijfpuntsschaal): sterk mee oneens; mee oneens; niet mee eens/ niet mee oneens; mee eens; sterk mee eens. Vijf items hebben betrekking op hulpverlening hebben. Deze items hebben een zesde antwoordcategorie: 'niet van toepassing'.	De vragenlijst wordt ingevuld door de cliënt.	Niet bekend	<i>Interne consistentie:</i> Voor de totale schaal is Cronbach's alpha 0,93. De interne consistentie van subschalen is goed. - Professionele hulp $\alpha = 0,806$ - Sociale steun $\alpha = 0,868$ - Eigen wijsheid $\alpha = 0,891$ - Erbij horen $\alpha = 0,735$ - Zelfmanagement $\alpha = 0,735$ - Betrokken leefgemeenschap $\alpha = 0,814$ <i>Concurrente validiteit:</i> Een vergelijking is gemaakt van de subschaal Eigen wijsheid (van de NEL) met subschalen van de Beslissingen nemen lijst (Castelein, 2008): 'Optimism' ($r=0,64$) en 'Selfesteem' ($r=0,79$). Een vergelijking van de NEL met vijf items (MHI-5) uit de SD-36 (een psychische klachtenlijst) geeft correlaties die in de verwachte richting wijzen: naarmate er minder psychische klachten zijn, is de score op de empowermentsubschalen hoger.
7. Hoop (Hope Herth Index-Dutch; HHI-Dutch) (Boogaard, et al., 2006; Gestel-Timmermans et al., 2010).	Mensen met ernstige geestesziekten	De Hoop heeft 12 items/stellingen met vier antwoordcategorieën (een vierpuntsschaal): sterk mee oneens; oneens; eens; sterk mee eens.	De respondenten vullen de vragenlijst zelf in.	Niet bekend	<i>Betrouwbaarheid:</i> De schaal als geheel heeft adequate interne consistentie, met Cronbach's alpha van 0,84. Een test-hertest studie met 21 personen geeft een betrouwbaarheid van $r=0,79$; $p<0,01$. <i>Convergente validiteit:</i> De hoogste correlaties werden gevonden tussen: - hoop (HHI-Dutch) en gezondheids gerelateerde self-efficacy overtuigingen,

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
					(subscale optimisme van de Mental Health Confidence Scale, MHCS) $r=0,72$; $p<0,001$. - hoop (HHI-Dutch) en waargenomen kwaliteit van leven (Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA) $r=0,56$; $p<0,001$. - hoop (HHI-Dutch) en geestelijke gezondheid (subschaal Mental Health van de RAND-36) $r=0,59$; $p<0,001$. <i>Divergente validiteit:</i> Er werden geen significante correlaties gevonden tussen hoop (HHI-Dutch) en fysiek functioneren (RAND-36), en tussen hoop (HHI-Dutch) en rol beperkingen/fysieke problemen (RAND-36).

Tabel 2. Engelstalige instrumenten voor meting van participatie, empowerment, herstel

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
1.Participation Survey/Mobility (PARTS/M) (Gray et al., (2006)	Personen met mobiliteitsbeperkingen	PARTS/M heeft zes domeinen: - Zelfverzorging; - Mobiliteit; - Huiselijk leven; - Interpersoonlijke interacties en relaties; - Belangrijke levensdomeinen; - Gemeenschap, sociaal en burgerlijk levensdomein. Er zijn zeven items/ vragen over participatie in elk domein.	PARTS/M is een self-report survey.	25 tot 40 minuten voor een web-based versie, en 60 tot 90 minuten voor een hardcopy versie.	<i>Interne consistentie:</i> Het domein zelfverzorging vertoont de hoogste interne consistentie (0,91), gevolgd door gemeenschap, sociaal en burgerlijk levensdomein (0,85). <i>Stabiliteit/ test-heretest betrouwbaarheid:</i> Pearson r is van alle domeinen 0,77 of hoger. <i>Convergente validiteit:</i> PARTS/M, RNL, en PIP3 zijn instrumenten die subjectieve reacties meten op participatie in activiteiten. De canonische correlatie als maat voor de relatie tussen PATS/M en RNL is 0,71 ($P < 0,001$). Dit geeft aan dat de keuze en tevredenheids vragen van de PARTS/M convergente validiteit tonen met de RNL voor het meten van persoonlijke tevredenheid met participatie in activiteiten.

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
					De items deel uitmakend van de PIP3 die keuzen in activiteiten onderzoeken, zijn gecorreleerd met de evaluatieve component van participatie (keuze, tevredenheid, belangrijkheid) van alle domeinen van de PARTS/M behalve het zelf zorgdomein. Deze canonische correlatie is 0,99 ($P < 0,001$). Dit toont aan dat de PARTS/M en PIP3 vrijwel identieke evaluatieve componenten van participatie meten.
2. Participation Objective Participation Subjective (POPS) (Brown et al., 2004)	De POPS is ontwikkeld binnen de context van onderzoek naar patienten met traumatisch hersenletsel. Maar de POPS is niet specifiek gericht op deze populatie. De inhoud van items is neutraal en niet gebaseerd op relevantie voor een specifieke groep gehandicapten.	De POPS bestaat uit 26 'items'/ activiteiten (elementen van participatie) De items zijn verdeeld in vijf subschalen : - Huiselijk leven; - Belangrijke levensactiviteiten; - Vervoer ; - Interpersoonlijke interactie en relaties; - Gemeenschap, recreatief en burgerlijk leven. Voor elk item worden twee typen vragen gesteld : - een objectieve vraag (bijvoorbeeld : Doet u alle, het meeste, enig, of geen poetswerk in huis ?). - Het tweede type vraag is subjectief. Er worden twee subjectieve vragen gesteld bij elk item : 1. Hoe belangrijk is deze activiteit (bijvoorbeeld : poetsen) voor uw welzijn? Het antwoord op deze vraag wordt gecodeerd als 'most', 'very', 'moderate', 'little', of 'not important' met waarden van 4 tot 0. 2. Zou U verandering willen brengen in de mate waarin u momenteel met deze activiteit	De vragenlijst wordt afgenomen door de interviewer.	10 tot 20 minuten.	<i>Betrouwbaarheid</i> : Test-hertest betrouwbaarheid scores, intraclass correlatie coëfficiënten (ICC), liggen tussen 0,37 en 0,89, met uitzondering van de subschaal vervoer, die een lagere ICC heeft, voor zowel de objectieve als subjectieve componenten. <i>Validiteit</i> : De validiteit blijkt deels uit verwachte relaties tussen vragen. Zo willen personen die veel van een bepaalde soort activiteit vertonen deze niet nog meer gaan uitoefenen. Personen die weinig van een bepaalde activiteit vertonen willen deze juist meer gaan uitoefenen. Bijvoorbeeld personen die antwoorden "geen", of "weinig" van de boodschappen bij de kruidenier te doen verlangen vaker om meer van deze boodschappen te doen dan zij die antwoorden "de meeste" of "alle" boodschappen te doen (met Cramer's V = 0,26, wat een tamelijk sterke relatie aangeeft). <i>Constructvaliditeit</i> : Zoals verwacht is de correlatie tussen totale scores objectieve participatie (PO) en subjectieve participatie (PS) zeer zwak: 0,23 voor de groep met milde hersenbeschadiging, en 0,21 voor de groep met middelmatige tot ernstige hersenbeschadiging. "Subjectieve" meetinstrumenten (BISQ, BDI II, Flanagan QOLS, Life 3) zijn sterker gecorreleerd met totale score subjectieve participatie (PS) dan met totale score objectieve participatie (PO).

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
		bezig bent?).			
3. Participation Scale (P-Scale) (Van Brakel, et al., 2006)	Personen met een gebrek/ handicap of met een andere stigmatiserende conditie (bijvoorbeeld melaatsheid, polio, aandoening van de ruggenwervel).	De P-scale bestaat uit 18 items/vragen. Op elke vraag kan worden geantwoord in vier antwoordcategorieën : 'ja' ; 'soms' ; 'nee' ; 'irrelevant, ik wil niet, ik hoef niet'. De interviewer kan op het scoreformulier ook aangeven 'niet gespecificeerd, niet beantwoord'. Indien wordt geantwoord 'soms', 'nee', of 'irrelevant', dan volgt de vraag : 'In welke mate is dit een probleem voor u? Hierop kan worden geantwoord met vier antwoordcategorieën : 'geen probleem', 'klein', 'gemiddeld', 'groot'.	De vragenlijst wordt afgenomen door de interviewer.	Minder dan 20 minuten.	<i>Inter-interviewer betrouwbaarheid</i> : 0,80 (n= 296). <i>Intra-interviewer betrouwbaarheid (stabiliteit)</i> : 0,83 (n= 210). <i>Externe validiteit</i> : Omdat geen onder de heersende omstandigheden gevalideerd meetinstrument beschikbaar was zijn participatie scores op de de P-scale vergeleken met beoordelingen van een expert ; resultaat : De expert score : $R= 0,44$ (n= 227, $P=0,005$, Spearman) - gecorreleerd met de Eyes Hand Feet score (EHF). Resultaat : $R= 0,39$ (n= 724, $P< 0,001$, Spearman). <i>Interne consistentie</i> : Cronbach's alpha = 0,92. Conclusie is dat de P-scale betrouwbaar en valide is.
4. Activity Participation Questionnaire (APaQ)(Li, et al, 2009)	Personen met reumatoïde artritis.	De APaQ heeft twee items/vragen : 1. Een vraag naar het aantal dagen in de laatste 30 dagen waarin de respondent niet in staat is geweest om gebruikelijke activiteiten te verrichten vanwege reumatische artritis ; 2. Een vraag naar hoe vaak de respondent gedurende de laatste 30 dagen in staat was om gebruikelijke activiteiten compleet uit te voeren, ondanks de reumatische artritis. Op deze vraag kan worden geantwoord door keuze van één uit zes antwoordcategorieën : 'all of the time' ; 'most of the time' ; ' a good bit of the time' ; 'a some of the time' ; 'a little of the time' ; 'none of the time'.	De vragenlijst wordt afgenomen door de interviewer	Onbekend	<i>Betrouwbaarheid en interne consistentie</i> : Test–hertest betrouwbaarheid is bepaald voor 35 patiënten. De intraclass correlatie coëfficiënt (ICC)= 0.62 voor beide APaQ items. Dit is een acceptabele mate van betrouwbaarheid. <i>Interne consistentie</i> : Cronbach's alpha = 0.702, wat duidt op een goede interne consistentie. <i>Construct validiteit</i> : Beide items zijn significant gerelateerd met reactie niveaus op de instrumenten EULAR en ACR en prestatie meting door MDA ($P<0.0005$ voor alle vergelijkingen). <i>Sensitiviteit voor verandering</i> : De APaQ is in geringe mate sensitief voor verandering: SRM is 0,39 voor het eerste item, en 0,30 voor het tweede item.
5. Keele Assessment of Participation (KAP) (Wilkie, et al., 2005)	De KAP kan worden gebruikt voor meting van participatie restrictie in	De KAP bestaat uit 11 items. Op elk item kan worden geantwoord door keuze uit vijf antwoordcategorieën	De respondenten vullen de vragenlijst zelf in.	Drie minuten.	<i>Betrouwbaarheid/ herhaalbaarheid</i> : Door de persoon waargenomen participatie restrictie zoals gemeten door de KAP is niet helemaal stabiel

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
	bevolkings-surveys; het instrument is ontworpen voor toepassing in epidemiologische studies om te komen tot het beschrijven van en onderscheid maken tussen grote bevolkingsgroepen.	(een vijfpuntsschaal): 'all of the time'; 'most of the time'; 'some of the time'; 'little of the time'; 'none of the time'. Aan vier vragen (items 6,9,10,11) is een 'filtervraag' toegevoegd waarop kan worden geantwoord met ja of nee. Indien op de filtervraag ja wordt geantwoord wordt gevraagd het item te voltooien, bij nee, om door te gaan naar de volgende vraag.			over de tijd. 71,6% van de respondenten geeft consistent aan (op beide meetmomenten) participatie, of participatie restrictie aan. <i>Convergente validiteit:</i> De KAP heeft hoge niveaus van overeenstemming met items van de Reintegration to Normal Living Index en de Impact of Participation en Autonomy.
6. Community Integration Measure (CIM)(McColl, et al., 2001)	Deze studie is gericht op mensen met hersenletsel, maar de CIM is toegepast op personen met uiteenlopende beperkingen.	De CIM bestaat uit 10 items. Er kan worden geantwoord door te kiezen uit vijf antwoordcategorieën: 'always agree'; 'sometimes agree'; 'neutral'; 'sometimes disagree'; 'always disagree'.	De respondenten vullen de vragenlijst zelf in, of kunnen worden geïnterviewd.	Drie tot vijf minuten.	<i>Interne consistentie betrouwbaarheid:</i> Cronbach's alpha=0,87. <i>Discriminerende validiteit:</i> Er is een significant verschil tussen subgroepen ($F= 5,5, p< 0,006$). <i>Criteriumvaliditeit:</i> Er is een correlatie van 0,34 tussen CIM en CIQ, wat aangeeft dat er enige gemeenschappelijke variantie is tussen de twee instrumenten (12%). <i>Construct validiteit:</i> Er is een correlatie van 0,42 tussen de CIM en de ISEL, wat aangeeft dat 20% van de variantie in de CIM kan worden verklaard als een functie van sociale steun.
7. Recovery Scale (RS) Corrigan et al., (1999). Later wordt deze schaal RAS genoemd (Corrigan, et al., 2004)	Personen met ernstige geestesziekten.	De Recovery Scale heeft 41 items. Er wordt geantwoord op een vijfpuntsschaal (5 = 'strongly agree'; 4 = 'agree'; 3= 'not sure'; 2= 'disagree'; 1 = 'strongly disagree').	De vragenlijst wordt afgenomen door de interviewer.	20 minuten	<i>Test-hertest betrouwbaarheid :</i> deze is acceptabel: Pearson $r = 0.88$. <i>Interne consistentie:</i> deze is goed: Cronbach's alpha = 0.93. <i>Concurrente validiteit:</i> correlatie van de totale score op de RS en psychosociale variabelen, met de Rosenberg Self Esteem Scale is 0,55 ($P<, 0,001$); met de Empowerment Scale Self Orientation =-0,71 ($P<, 0,001$); met de SSQ Size of Support Network = 0,48 ($P<, 0,001$).
8. Recovery Process Inventory (RPI) (Jerrell et al., 2006)	Consumenten van geestelijke gezondheidszorg.	De RPI heeft 22 items die worden beantwoord met een vijfpuntsschaal. De RPI meet de volgende domeinen van herstel : leed; verbondenheid met anderen; vertrouwen/doel; zorg/hulp van anderen; leefsituatie; hoop/zorg voor zelf.	De vragenlijst wordt afgenomen door de interviewer.	15 minuten	<i>Test-hertest betrouwbaarheid:</i> deze is redelijk tot gemiddeld, r_{tt} coëfficiënten variërend van 0,36 tot 0,63. <i>Interne consistentie:</i> deze is goed. Cronbach's alpha voor de subschaal Others care =0,56, en varieert voor de andere subschalen tussen 0,71 - 0,81. <i>Convergente validiteit:</i> de convergente

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
					correlaties/ intercorrelaties tussen schalen variëren van redelijk tot gemiddeld ($0,26 \leq r \leq 0,55$).
9. Empowerment Scale (ES) (Rogers et al., 1997)	Consumenten van geestelijke gezondheidszorg.	De Empowerment Scale heeft 28 items. Er wordt geantwoord op een vierpuntsschaal met als polen 'strongly agree' en 'strongly disagree'.	Onbekend	Onbekend	<i>Interne consistentie:</i> De Empowerment Scale heeft een hoge mate van interne consistentie: Cronbach's Alpha= 0,86, N=261 <i>Construct validiteit:</i> Er is een kleine maar statistisch significante relatie tussen het aantal gemeenschapsactiviteiten waarbij men betrokken is en empowerment ($r=0,15$, N=261, $p=0,02$). Er is een significante relatie tussen maandinkomen en empowerment ($r=0,24$, N=234, $p<0,001$). Er is een significant positieve correlatie tussen het aantal uren dat men bezig is met productieve activiteiten en empowerment ($r=0,34$, N=98, $p<0,001$). Tevens bestaan significant positieve correlaties tussen empowerment en kwaliteit van leven ($r=0,36$, N=254, $p<0,001$), sociale steun ($r=0,17$, N=253, $p=0,002$), en zelf-waardering ($r=0,51$, N=258, $p<0,001$).
10. Personal Empowerment Scale (PES)(Segal et al.,1995)	Consumenten van zelf-hulp instellingen voor mensen met ernstige geestelijke beperkingen. Zowel personen met minimale inkomsten als personen die beter af zijn.	De PES heeft 10 items. Er wordt geantwoord op een vierpuntsschaal, met als polen 'no choice' ... 'a lot of choice'.	Interviews worden afgenomen..	Onbekend	<i>Interne betrouwbaarheid:</i> Cronbach's alpha is 0,84 (N= 310) bij baseline, en 0,85 na zes maanden (N= 248). Dit is een sterke interne consistentie. <i>Stabiliteit:</i> de Pearson stabiliteitscoëfficiënt is 0,49 (N= 248). <i>Constructvaliditeit:</i> discriminante validiteits analyse van de PES, de Organizational Empowerment Scale, de Extra- organizational Empowerment Scale, en gerelateerde concepten vond twee clusters: ten eerste personal empowerment, locus of control, en self-esteem. Ten tweede organizational and extra-organizational empowerment. De intra (within) clustercoëfficiënt was gemiddeld 0,42; de inter (out of) cluster coëfficiënt was gemiddeld 0,21. Dit verschil is significant, ($p < 0,01$). Na zes maanden is de intracluster coëfficiënt gemiddeld 0,36, en de intercluster coëfficiënt gemiddeld 0,17. Het verschil is significant ($p < 0,01$).
11. Personal and	Patiënten met een	De PSP is beoordelingsschaal	Beoordeling vindt	Minder dan 5	<i>Interbeoordelaar betrouwbaarheid:</i> Cohens

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
Social Performance scale (PSP)(Morosini, et al.,2001)	psychiatrische stoornis.	bestaande uit 1 item, met een beoordeling van maximaal 100 punten, onderverdeeld in 10 gelijke intervallen. De beoordeling is gebaseerd op vaststelling van het functioneren van de patiënt in vier domeinen: - sociaal nuttige activiteiten, waaronder werk en studie; - persoonlijke en sociale relaties; - zelfzorg; - verstorend en agressief gedrag. Elk van de vier domeinen wordt beoordeeld waarbij de mate van ernst wordt aangegeven middels zes antwoordcategorieën: 'absent', 'mild', 'manifest', 'marked', 'severe', 'very severe'.	plaats op grond van interview met de patiënt en zorgverlener, en klinische observatie.	minuten	ongewogen en gewogen kappa coëfficiënten (on 10 points levels): 0,60 en 0.95. Intra-class correlational coëfficiënt = 0,98 (N=61).
12. Strauss and Carpenter revised Outcome Criteria Scale (SCOCS-R)(Poirier, et al., 2004)	Personen met ernstige geestesziekten.	De SCOCS-R heeft negen items/variabelen: duur van niet-hospitalisatie voor psychiatrische stoornissen; frequentie van sociale contacten; kwaliteit van sociale relaties; nuttig dienstverband; kwaliteit van nuttig werk; afwezigheid van symptomen; volheid van leven; vermogen om in de eigen basale behoeften te voorzien; algemeen functioneringsniveau.	Interview	Vlug en gemakkelijk te voltooien.	<i>Interbeoordelaar betrouwbaarheid:</i> deze is uitstekend voor elk afzonderlijk item ($r_i \geq 0,88$) en voor de gemiddelde score van elk individueel item ($r_i \geq 0,99$). (<i>Convergente validiteit met de Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS):</i> Pearson correlatiecoëfficiënt = 0,89 ($p < 0,001$)). (Poirier bespreekt de Franse versie van de SCOCS-R, maar geeft aan dat het hoge betrouwbaarheidsniveau van deze versie vergelijkbaar is met de bevindingen van Tucker et al. (1987) voor de Engelse versie: een correlatie betrouwbaarheids coëfficiënt $\geq 0,90$ voor alle items. Het artikel van Tucker is niet voorhanden)
13. World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) (Chisolm et al., 2005)	Volwassenen met gezondheidsproblemen (Chisolm 2005 onderzocht WHODAS i.v.m. niet-aangeboren gehoorstoornissen.)	WHODAS-II heeft 36 items/ vragen (als respondenten niet werken worden slechts 32 vragen gesteld; er is ook een versie van WHODAS met 12 items). WHODAS II meet generieke gezondheidsstatus in relatie tot functioneren in zes domeinen: communicatie; mobiliteit;	De vragenlijst wordt afgenomen door de interviewer (12+ 24 interview version), of ingevuld door de respondent (36 item self-administered version).	Onbekend	<i>Interne consistentie betrouwbaarheid:</i> Cronbach's alpha voor de totale score WHODAS II = 0,94 Voor de verschillende domeinscores varieert Cronbach's alpha tussen 0,68 dn 0,91. Cronbach's alpha voor het participatiedomein = 0,89. De Standard Error of Measurement (SEM) voor de totale score op WHODAS II= 3,27. Voor de verschillende domeinscores varieert SEM

Instrument/ Bron	Doelgroep	Aantal vragen, schalen, thema's, antwoordcategorieën	Methode van dataverzameling	Duur afname	Psychometrische eigenschappen, betrouwbaarheid, validiteit
		zelfzorg; overweg kunnen met mensen/interpersoonlijke vaardigheden; algemene levensactiviteiten (huishoudelijke activiteiten, werk, school); participatie in de gemeenschap. Vragen beginnen met: "Hoeveel problemen hebt u met ..."Er wordt bij de meeste vragen geantwoord op een vijfpuntsschaal, met als antwoordcategorieën: 'none', 'mild', 'moderate', 'severe', 'extreme/ cannot do'.			tussen 5,42 en 8,42. SEM voor het participatieniveau = 5,74. <i>Test-hertest betrouwbaarheid:</i> de Intraclass Correlatie Coëfficiënt ICC voor totale score na twee weken= 0,93; ICC na tien weken =0,87.