

Jenny Boumans

Naar het hart van empowerment

Deel 1

Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen

Colofon

Opdrachtgever: Movisie, Effectieve sociale interventies

Auteur: Jenny Boumans, MSc, Trimbos-instituut

Projectleiding: dr. Hans Kroon, Trimbos-instituut

Begeleidingscommissie: † dr. Ingrid Baart, dr. Doortje Kal, drs. Peter Rensen,
dr. Henk Wagenaar, prof. dr. Jaap van Weeghel

Met medewerking van: drs. Cora Brink, drs. Trix van Loosbroek

Begeleiding Movisie: drs. Peter Rensen

Eindredactie: Ethiscript en afdeling Communicatie Movisie

Vormgeving: Ontwerpburo Suggestie & illusie

Fotografie: Károly Effenberger

Druk: LibertasPascal

ISBN: 978-90-8869-087-7

Bestellen: www.movisie.nl

Eerste druk: 2012

© Tweede druk, mei 2016

Deze publicatie is tot stand gekomen dankzij financiering van het ministerie van VWS.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Naar het hart van empowerment Deel 1

**Een onderzoek naar de grondslagen van
empowerment van kwetsbare groepen**

Inzicht in sociale interventies

De sociale sector heeft als doel een positieve bijdrage te leveren aan de maatschappij. Daar besteedt men veel tijd en aandacht aan. Maar wat levert het nou eigenlijk op? En hoe kom je daar achter? Sommige beroepen uit de sociale sector bestaan al meer dan honderd jaar. Zijn we nu ook honderd jaar wijzer geworden? Deze vragen beantwoordt Movisie in 'Effectieve sociale interventies'. Een onderdeel van het project Effectieve sociale interventies is het onderzoeksprogramma 'Inzicht in sociale interventies'. In dit onderzoeksprogramma doet Movisie in samenwerking met universiteiten en andere onderzoeksinstituten onderzoek in de sociale sector. Het doel van de onderzoeken is tweeledig. Enerzijds vergroten ze de kennis over werkzame elementen in de sociale sector. Anderzijds bieden ze inzicht in hoe passende kennis over effectiviteit kan worden verzameld en de rol die kwalitatief onderzoek daarin kan vervullen. Deze onderzoeken starten vanuit de dagelijkse praktijk. Door observatie op de werkvloer en interviews met de professional en cliënten of burgers wordt inzicht verkregen in wat wel en niet werkt. Dit rapport is het resultaat van het elfde onderzoek in de reeks Inzicht in sociale interventies.

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Samenvatting	8
1 Inleiding	11
1.1 Empowerment als breed concept	12
1.2 Empowerment vanuit het perspectief van kwetsbare doelgroepen	14
1.3 Bouwstenen voor empowerment	16
1.4 Het meten van empowerment	18
1.5 Animo voor empowerment	19
1.6 Overheidsbeleid en empowerment	22
1.7 Probleemstelling	23
1.8 Methode	23
1.9 Leeswijzer	24
2 Intermezzo: een steekproef uit de onderzoeksliteratuur	25
2.1 Landen	25
2.2 Doelgroepen	26
2.3 Onderzoeksvormen	26
2.4 Waar gaat de steekproef over?	27
2.5 Conclusie	32
3 Een theoretische verkenning van empowerment	35
3.1 Empowerment in de kritische theorie	35
3.2 Kwetsbare doelgroepen en empowerment	39
3.3 Empowerment als tweezijdig proces	45
3.4 Empowerment in relatie tot zorg en welzijn	50
3.5 Conclusie	56

4	Principes van empowerend werken binnen zorg en welzijn	59
4.1	Het ondersteunen van empowerment op het niveau van het individu en zijn/haar omgeving	60
4.2	Het faciliteren van empowerment op het niveau van de samenleving	68
4.3	Inbedding van empowerend werken	75
4.4	Conclusie	75
5	Discussie	77
5.1	Kansen voor empowerment	77
5.2	Grenzen aan empowerment?	78
5.3	Tot slot	81
	Literatuurlijst	83

Voorwoord

Dit rapport beschrijft een onderzoek naar *empowerment* dat is uitgevoerd in opdracht van Movisie. Het doel van dit project was het identificeren van empowerende interventies binnen zorg en welzijn. Deze opdracht is ontstaan vanuit de behoefte om meer te weten te komen over wat er nu wel en niet werkt binnen zorg en welzijn. Om maatschappelijke problemen en vraagstukken, bijvoorbeeld rond kwetsbare en gemarginaliseerde doelgroepen, effectief te kunnen aanpakken, is kennis nodig. Kennis over de problemen zelf en over de voorwaarden en mogelijkheden voor verandering. De rol die cliënt, professional en overheid daarin kunnen spelen, is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

Empowerment is actueel. Het is een veelbelovend concept in een tijd waarin de gangbare methodieken in zorg en welzijn ter discussie worden gesteld en er ruimte ontstaat voor nieuwe perspectieven. Deze perspectieven kenmerken zich door een nadruk op keuzevrijheid en regie van cliënten over de invulling van de zorgverlening en van het leven in bredere zin. Maar empowerment wordt ook noodzakelijker nu er vanuit de overheid steeds meer beroep wordt gedaan op burgers, gemeenschappen en organisaties om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen situatie.

Er is echter nog weinig bekend over wat de zorg- en welzijnssector kan doen in het kader van empowerment. Welke interventies werken? Waarom werken ze en bij welke doelgroepen? Om dit te onderzoeken was het oorspronkelijke plan een systematische *review* uit te voeren om 'empowerende' interventies voor kwetsbare doelgroepen te identificeren. Gaandeweg, zoals uit dit rapport zal blijken, bleek deze methode echter weinig op te leveren. Er waren nog te veel vragen onbeantwoord. Zoals: wat *is* empowerment eigenlijk? Wat valt er wel en niet onder? Welke betekenissen worden er allemaal aan het begrip empowerment gegeven? Kunnen kwetsbare doelgroepen met behulp van interventies überhaupt 'empowered' worden, of is het iets dat uit mensen zelf moeten komen? Kortom, om het concept daadwerkelijk te kunnen onderzoeken, moesten er nog veel tussenstappen worden gezet. We hebben de onderzoeksmethode daarom gaandeweg bijgesteld en aangescherpt. De focus werd verlegd van een *review* van empirische artikelen naar een grondige verkenning van theoretische (filosofische en sociologische) literatuur. De nadruk kwam daardoor meer te liggen op discussie en conceptvorming en het verbinden van de verschillende betekenissen van het begrip, om vervolgens de koppeling te maken naar de praktijk.

Het heeft geresulteerd in een rapport met drie hoofdlijnen. De vraag wat empowerment betekent en de vraag op welke manier de zorg- en welzijnssector eraan kan

bijdragen, staan in dit rapport centraal. De derde lijn in het rapport is de vraag hoe empowerment op een wetenschappelijke manier kan worden onderzocht, welke methode daarvoor geschikt is. Deze lijn, die uiteraard sterk verweven is met de twee andere inhoudelijke lijnen van het rapport, is ontstaan vanuit de reflectie op het eigen onderzoeksproces. Aan het eind van elk inhoudelijk hoofdstuk gaan we in op deze derde lijn.

We willen de lezer deelgenoot maken van de zoektocht die dit project is geweest. Voor u ligt een theoretisch verdiepend rapport, maar we hebben ook nadrukkelijk geprobeerd steeds verbindingen te leggen met praktijk en ervaring. We hopen dat het rapport zowel vragen opheldert als nieuwe vragen genereert die prikkelen tot verdere discussie over het onderwerp.

We willen Peter Rensen en Movisie bedanken dat we dit onderzoek mochten uitvoeren en voor al het meedenken. Trix van Loosbroek heeft een belangrijke rol gespeeld in de zoektocht naar theoretische invalshoeken en bij het verder komen in het denkproces, waarvoor dank. We danken ook Henk Wagenaar, Jaap van Weeghel en Doortje Kal voor het meedenken en meelesen en voor alle discussies en suggesties tijdens de inspirerende begeleidingscommissiebijeenkomsten. Cora Brink, bedankt voor het geven van commentaar op de eindversie van het rapport. En ten slotte; we zijn heel dankbaar voor de betrokkenheid die Ingrid Baart, die tot ons grote verdriet vlak voor het verschijnen van dit boekje is overleden, bij dit project heeft gehad.

Jenny Boumans en Hans Kroon

Samenvatting

Empowerment is actueel. Het begrip maakt furore in onderzoek en beleid, maar ook binnen cliëntenorganisaties, de politiek en in de praktijk van zorg en welzijn. Empowerment leent zich voor verschillende interpretaties, definities en toepassingen binnen de verschillende contexten. Dat is ook duidelijk terug te zien in de onderzoeksliteratuur. Daarbinnen loopt empowerment uiteen van doel of idealisme tot concrete werkwijze of methode, van vereenvoudigde uitkomstmaat of meetbaar kenmerk tot complex proces. Het begrip wordt in de literatuur verbonden aan organisatiedoelinden zoals werktevredenheid of vermindering van verzuim, aan kenmerken van hulpverlening zoals bejegening en informatieverstrekking maar ook aan preventie en gedragsverandering, georganiseerde zelfhulp en cliënteninitiatieven. Het gevaar dreigt dat de werkelijke inhoud van het begrip door de uiteenlopende toepassing ervan steeds meer verloren gaat. Daarom hebben wij een theoretische zoektocht ondernomen naar het hart van empowerment. Dit rapport is daar de weerslag van.

Terugkijkend naar de oorsprong van het begrip empowerment stellen we vast dat het verbonden is met het streven naar emancipatie van sociaal achtergestelde individuen en groepen. Het geeft uitdrukking aan de kracht van mensen zelf om daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen op (beperkende) levensomstandigheden. Empowerment is dus een *kritisch begrip* waarin de relatie tussen individu en maatschappij, een machtsvraagstuk, centraal staat. Het gaat over het verschuiven van de balans van *bepaald worden richting zelf bepalen* (meer 'subject' worden), zodat werkelijke handelingsmogelijkheden ontstaan om je leven zelf en met anderen in te vullen. Dit gaat samen met een strijd tegen onderdrukkende systemen die de mogelijkheid om subject van het leven te zijn, beperken.

Oorspronkelijk haakt de kritische theorie, ontstaan in de tweede helft van de vorige eeuw, vooral in op de politieke en economische systemen die van invloed zijn op het bestaan van 'onderdrukte' groepen. Tegenwoordig kan de kritische theorie ook zeer behulpzaam zijn bij het denken over empowerment van kwetsbare doelgroepen binnen zorg en welzijn. Ook zij worden immers beperkt in de mogelijkheid subject te zijn en invloed uit te oefenen op de invulling van hun leven. Ook zij krijgen te maken met onderdrukkende systemen, bijvoorbeeld in de vorm van uitsluiting, verminderde kansen op werk, sociale relaties en dagbesteding en negatieve beeldvorming.

Voor kwetsbare doelgroepen binnen zorg en welzijn betekent 'meer subject worden van de eigen levensomstandigheden' echter veelal een *tweezijdig proces*. In het

proces van empowerment gaan deze doelgroepen niet alleen een strijd aan tegen maatschappelijke systemen, zij strijden ook tegen de belemmeringen die het gevolg zijn van een ziekte of beperking. Ook deze kunnen gezien worden als systemen die invloed hebben op de mate waarin je regie hebt over de invulling van het leven, bijvoorbeeld op het gebied van werk, wonen en sociale relaties. Empowerment binnen zorg en welzijn krijgt zo een individuele én een maatschappelijke dimensie en heeft altijd als doel (een stukje) meer werkelijke macht over levensomstandigheden te verwerven. De inhoud en betekenis van empowerment kan daarmee voor iedereen anders zijn.

Tegenwoordig wordt empowerment echter vaak ook op een andere manier geïnterpreteerd. In de loop van de tijd is het begrip empowerment verschoven uit de periferie van oppositiebewegingen naar het centrum van overheidsbeleid. Hiermee lijkt het doel van empowerment samen te gaan met doelen als kostenbesparing. Vanuit de kritische theorie is dit echter een contradictio in terminis. Gezondheid en welzijn worden in de sfeer van de systeemwereld gebracht; zelfredzaamheid wordt een verwachting van bovenaf. Echter, niet de individuele zelfredzaamheid is het doel van empowerment. Het gaat in eerste plaats om het verleggen van grenzen tussen bepaald worden en zelf bepalen. Ook wanneer je afhankelijk bent van anderen voor zorg of ondersteuning, kan de balans verschoven worden naar meer zelfbepaling. Empowerment van kwetsbare doelgroepen leidt dus niet *automatisch* tot minder zorgafhankelijkheid (en dus kostenbesparing).

De zorg- en welzijnssector werkt in het spanningsveld van de verschillende manieren waarop empowerment kan worden ingevuld en heeft de complexe taak daarin een weg te vinden. Sociale interventies kunnen worden ingezet om het proces van empowerment te stimuleren. Maar welke interventies daadwerkelijk empowerend werken, hangt volledig af van het individu, zijn/haar doelen, mogelijkheden en beperkingen en van de omstandigheden. Interventies dienen aan te sluiten bij de betreffende personen en situatie. Wat voor de één empowerend werkt, kan voor de ander juist disempowerend werken; wat in de ene context tot succes leidt, kan in de andere context geen effect hebben. Empowerment kan dus niet worden 'afgedwongen' met vooraf bepaalde interventies. Maar interventies kunnen wel bijdragen aan processen van empowerment. Interventies dienen gaandeweg en in samenspraak met de betrokkenen te worden gekozen.

In zorg en welzijn moet de nadruk dus niet zozeer liggen bij actief interveniëren, maar meer bij het creëren van contexten waarbinnen individuele en collectieve empowermentprocessen *kunnen* ontstaan en plaatsvinden. Dit betekent niet dat er een stap teruggedaan wordt. Zorg en welzijn dienen zich te richten op het aanboren

van kracht en macht in een individu en zijn omgeving (maatwerk) maar ook op het creëren van meer gastvrijheid en handelingsmogelijkheden in de samenleving. Empowerment speelt zich immers af op het niveau van het individu, het niveau van het sociaal handelen in betekenisvolle contexten en het niveau van de samenleving. Het mogelijk maken van verandering veronderstelt samenwerking op al die niveaus. Aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep, het aangaan van een dialoog met hen, is daarin een noodzakelijke weg. Er moet gezocht worden naar initiatieven (groot, klein, met verschillende karakteristieken) waarbij op de één of andere manier de volgende kern-empowerende elementen aanwezig zijn.

- Doel is het vergroten van de leefwereld: de mate waarin het individu, in uitwisseling met anderen, vorm kan geven aan zijn eigen leven.
- Middel is het bieden van strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steunen en hulpbronnen en *tools* die het mogelijk maken om zelf invulling te geven aan de levensgebieden en/of het faciliteren van ontmoeting, ontplooiing en participatiekansen.
- Aanpak is integraal waarbij er ruimte is voor dialoog, initiatieven op verschillende vlakken en waarbij er voldoende steun geboden wordt.
- Voorwaarde is erkenning van zowel mogelijkheden als beperkingen.

Kenmerkend voor empowermentinitiatieven is dat het doel niet vooraf, door een externe partij is vastgesteld en niet strategisch van aard is (bijvoorbeeld gericht op vermindering van zorgafhankelijkheid, eenzijdige aanpassing of kostenbesparing). Bovendien dienen gekozen doelen, middelen en gecreëerde mogelijkheden in relatie tot de kenmerken van de kwetsbaarheid en de maatschappelijke context realistisch te zijn, niet betuttelend of overoptimistisch. Om dit te bereiken is een voortdurende reflectie op het handelen nodig en zal er voldoende financiële, morele en praktische inbedding moeten zijn binnen instellingen, bestuursstructuren en in het landelijke beleid.

Ook is er (meer) onderzoek nodig naar de mogelijkheden om empowerment van kwetsbare doelgroepen te bereiken of stimuleren. Onderzoek dient zich enerzijds te richten op de mogelijkheden om empowerment op micro-, meso- en macroniveau te faciliteren en anderzijds op het ontwikkelen van ervaringskennis. Dat laatste is van belang om te begrijpen waarom sommige mensen wel en anderen niet 'empoweren' en welke interventies en omstandigheden daaraan bijdragen.

Inleiding

1

Empowerment is populair. Tegenwoordig duikt deze term overal op: in diverse onderzoeks- en beleidsterreinen, in de politiek en in de praktijk van zorg en welzijn. Het is een begrip dat aanspreekt en met zijn nadruk op 'power' iets veelbelovends uitstraalt. Het is echter niet altijd duidelijk wat het nu precies is en hoe het gedefinieerd kan worden in verschillende contexten (Chamberlin, 1997; Tengland, 2008; Randolphi, 2000; Ajoulat et al., 2006; Rissel, 1994; Page & Czuba, 1999; McWhirter, 2001; Jacobs et al., 2005). Een helder theoretisch raamwerk en solide ondersteuning door onderzoeksresultaten ontbreken. Daardoor zijn er vele verschillende definities in omloop en ontstaat er het risico van uitholling van de inhoud (Regenmortel, 2009; Page & Czuba, 1999; Chamberlin, 1997). Empowerment wordt dan een algemene aanduiding van 'versterking' met als gevolg dat het op iedereen en alles van toepassing kan zijn.

Maar empowerment is meer. Het heeft wel degelijk een sterk inhoudelijk karakter (Regenmortel, 2009). Het is een complex en gelaagd concept (Jacobs, 2005) dat allerlei facetten en dimensies omvat. Een blik op de hieronder beschreven definities onthult bijvoorbeeld: controle herwinnen over het eigen leven, de levenskwaliteit, het toekomstbeeld, bewustwording, participatie, cliëntgestuurde professionele relaties, verandering en opstand als facetten van empowerment. Empowerment kan gezien worden als een groei- of veranderproces waarin al die elementen een plaats krijgen. Maar hoe al deze elementen zich nu precies verhouden en welke betekenis zij spelen binnen het concept is niet zo eenvoudig te ontrafelen. De vele karakteristieken maken het moeilijk om consistent en in operationele termen over empowerment na te denken (Ajoulat et al., 2006).

1.1 Empowerment als breed concept

De wortels van het concept empowerment liggen in de sociale beweging in de jaren zestig, vooral de burgerrechtenbeweging en de vrouwenbeweging (Ajoulat et al., 2006). Empowerment verwijst in deze context naar een reactie op onderdrukking en ongelijkheid binnen de maatschappij als geheel (Hage & Lorensen, 2005). Empowerment is daarbij gericht op het opheffen van 'powerlessness' en het bevorderen van emancipatie en ontplooiing. Deze vorm van empowerment wordt vaak 'community empowerment' genoemd (Rissel, 1994). Een kritische perceptie van de ongelijke verdeling van bronnen en het geloof van individuen in de mogelijkheden om meer controle over hun levensomstandigheden te verkrijgen staan daarbij centraal (Hvas & Thesen, 2002).

Definities van empowerment

Empowerment is een multidimensionaal sociaal proces dat mensen helpt controle te krijgen over hun eigen leven. Het is een proces dat mensen stimuleert hun kracht te gebruiken in hun eigen leven, in hun gemeenschappen en in hun samenleving, door in actie te komen aangaande zaken die ze als belangrijk definiëren. (Page & Czuba, 1999)

Empowerment is een construct dat individuele krachten en competenties verbindt met natuurlijke hulpsystemen en met proactief gedrag ten aanzien van het sociaal beleid en sociale veranderingen. (Perkins & Zimmerman, 1995)

Empowerment is het vermogen om constructief om te gaan met de krachten die coping ondermijnen en belemmeren; het is de verwezenlijking van een mate van controle over je lot. (McWhirter, 2001)

Empowerment als doel is het verwerven van controle over de determinanten van iemands kwaliteit van leven. Empowerment als proces is het creëren van een professionele relatie waarbij de cliënt of de gemeenschap de controle neemt over een veranderingsproces, waarbij zowel de doelstellingen van dit proces als de middelen die worden gebruikt, door hen wordt bepaald. (Tengland, 2008)

Empowerment wordt gedefinieerd als «een intentioneel, doorlopend proces vanuit de lokale gemeenschap, waarbij wederzijds respect, kritische reflectie, zorgzaamheid en groeps participatie plaatsvindt, waardoor de mensen die zich in een ongelijke positie bevinden, meer toegang tot en controle over deze middelen krijgen. (Rappaport, 1995)

Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit bereiken via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie. (Van Regenmortel, 2009)

Tegenwoordig zien we het begrip empowerment opduiken in allerlei andere contexten. Zo wordt het concept breed geïntroduceerd in de sociale sector, als een raamwerk dat een vruchtbaar kader biedt om de moderne zorg concreet handen en voeten te geven (Driessens & Van Regenmortel, 2006). Het begrip doet zijn intrede binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en

dienstverlening en wordt daarbij gekoppeld aan kwetsbare doelgroepen zoals chronisch zieken, psychiatrische patiënten, cliënten van de maatschappelijke opvang, dak- en thuislozen, risicjongeren, zorgbehoevende ouderen of mensen in armoede. Empowerment wordt tegenwoordig dus niet alleen in verband gebracht met de versterking en emancipatie van achtergestelde groepen. Het begrip wordt ook en in toenemende mate op het niveau van het (kwetsbare) individu omschreven, als een strategie om de eigen mogelijkheden en zelfredzaamheid te versterken.

Verschillende auteurs beschrijven empowerment als een gelaagd construct.

Zimmerman onderscheidt drie lagen: een gemeenschapsniveau, een organisatie-niveau en een individueel niveau (Zimmerman, in: Van Regenmortel, 2004). Deze verschillende niveaus zijn onderling verbonden en van elkaar afhankelijk (Jacobs et al., 2005). Op het niveau van de gemeenschap (macro) verwijst het begrip naar de samenleving en het sociale beleid, dat structurele mechanismen van sociale uitsluiting bestrijdt en zich richt op maatschappelijke deelname van iedereen (participatie en sociale inclusie) (Jacobs et al., 2005). Op het niveau van organisaties (meso) verwijst het begrip onder andere naar het vergroten van inspraak en beslissingsmacht van mensen binnen die organisaties (Jacobs et al., 2005; Zimmerman, 2000). Op individueel niveau (micro) verwijst het concept empowerment naar het geloof in de eigen capaciteiten en krachten van het individu om zijn omgeving te beïnvloeden en aldus zijn leven vorm te geven. Deze vorm wordt ook wel psychologische empowerment genoemd en kan verder ingedeeld worden in drie lagen (Zimmerman en Warschausky, 1998; Steenssens en Van Regenmortel, 2007).

1. De intrapersonlijke of zelfbelevingscomponent verwijst naar het geloof in eigen vaardigheden en mogelijkheden. Maar ook in het vertrouwen en de wil om de persoonlijke situatie te beïnvloeden.
2. De inter-persoonlijke of interactionele component refereert aan kritisch bewustzijn van maatschappelijke mogelijkheden, normen en middelen, vaardigheden om deze te benutten, mobiliseren van bronnen.
3. De gedragscomponent heeft betrekking op de betrokkenheid bij de gemeenschap, participatie in sociale verbanden, constructief gedrag in de omgang met nieuwe situaties en het maken van keuzes.

Empowerment ontpopt zich dus als een *multi-level* construct waarbij de verschillende lagen interacteren (Van Regenmortel, 2009). Het speelt zich af op allerlei dimensies van het intra-psychische niveau tot aan het structurele/maatschappelijke niveau. Dit verklaart waarom het zo moeilijk is er een eenduidige beschrijving van te geven.

Empowerment is niet één ding, niet één doel en niet één methodiek. Het is een denk- en handelingskader of *paradigma* waarbinnen op een fundamenteel andere manier

wordt gekeken naar sociale problemen. Het verbindt het individuele welzijn van personen en groepen met de bredere sociale en politieke context (Van Regenmortel, 2009).

1.2 Empowerment vanuit het perspectief van kwetsbare doelgroepen

Boevink et al. (2008) hebben onderzocht wat mensen met een psychische kwetsbaarheid verstaan onder de term empowerment. Dit resulteerde in acht *domeinen* van het empowermentconcept (zie kader). Zinvolle verbondenheid bleek het belangrijkste domein. Daarbij gaat het om het gevoel ergens bij te horen, iets te betekenen voor een ander. Herstelwerk staat op de tweede plaats. Hieronder vallen onder andere de strategieën die mensen toepassen in het omgaan met de eigen kwetsbaarheden. Op de derde plaats vinden we basisvoorwaarden als rust, veiligheid, dagbesteding en genoeg geld om van te leven.

Domeinen van empowerment (Boevink et al., 2008)

1. Verbondenheid
2. Herstelwerk
3. Basisvoorwaarden
4. Een steunende omgeving
5. Goede hulp
6. Ontluikend zelfgevoel
7. Sociale zekerheid
8. Een betrokken leefgemeenschap

De resultaten van kwalitatief onderzoek van Connelly et al. (1993) onder dezelfde doelgroep sluiten hierbij aan. Zij vonden vijf domeinen van empowerment: deelnemen aan de gemeenschap, meer keuzemogelijkheden, elkaar steunen, onderhandelen over gelijkwaardige zorg en het 'persoonlijk belang'. Ook Chamberlin (1997) deed een poging om te ontrafelen wat empowerment voor mensen met een psychische kwetsbaarheid betekent. Overeenkomend met het werk van Boevink wordt ook hier het verbonden zijn met anderen genoemd als basiselement van empowerment. Chamberlin legt echter meer nadruk op het ervaren van (mensen) *rechten*, en onderscheidt onder andere 'recht op keuzevrijheid en -mogelijkheden' en 'recht op informatie' als elementen van empowerment. Ook noemt zij elementen als 'kritisch leren denken', 'assertiviteit' en 'het bewerkstelligen van veranderingen in de gemeenschap'.

Varekamp et al. (2009) onderzochten welke thema's voor werknemers met een chronische ziekte onder empowerment vallen. Dit zijn: (1) het ontwikkelen van een realistisch inzicht in de eigen capaciteiten, (2) opkomen voor jezelf op een zelfbewuste manier, (3) het onderhouden van sociale relaties op basis van wederzijds begrip met leidinggevend en collega's, (4) het verzamelen en verwerken van kennis over de eigen opties, rechten en plichten, (5) het raadplegen van anderen en onderhandelen over werkaccommodaties, (6) de baan zo inrichten dat het persoonlijke voldoening geeft en (7) het onderhouden van een sociaal leven buiten het werk. Niet elke werknemer die meedeed aan het onderzoek voelde zich geconfronteerd met al deze *taken*, maar de meesten hadden te maken met één of meer van dit rijtje.

Björklund et al. (2008) hebben gekeken naar wat empowerment betekent voor individuen met nek- en hoofdkanker in relatie tot hun gezondheid. Drie thema's werden gevonden: 1) in staat zijn de dialoog met je innerlijke zelf aan te gaan, met inbegrip van drie subthema's: zelfbeeld, existentie en zelfbeschikking, (2) in staat zijn om in contact te zijn met een sociaal netwerk, met inbegrip van twee subthema's: emotionele ondersteuning en praktische ondersteuning en (3) in staat zijn contact te hebben met de omgeving, met inbegrip van twee subthema's: natuur en hobby's/activiteiten. De respondenten beschreven empowerment als een doorgaand proces van het verwerven van mogelijkheden en kracht binnen de drie beschreven gebieden. Deze gebieden kunnen in dit geval opgevat worden als te verwerven *competenties*.

Dat de invulling van empowerment cultureel bepaald is, blijkt wel uit kwalitatief onderzoek van Abdoli et al. (2008) onder diabetespatiënten in Iran. Het empowermentproces omvat voor deze doelgroep verschillende onderling verbonden *fases* zoals schaamte, erover willen leren, angst, aanvaarding, managen van de ziekte en uiteindelijk zich 'empowered' voelen. Het proces wordt beïnvloed door culturele en religieuze overtuigingen zoals het concept van de arts als een heilige man, het aanvaarden van diabetes als de wil van God, zorgen voor het lichaam omdat het een gift van God is, aandacht hebben voor symptomatische ziekten en de steun van collega's en familie, in het bijzonder dochters.

De hier genoemde beschrijvingen van empowerment weerspiegelen allemaal de laagdigheid van intra-persoonlijke, inter-persoonlijke en structurele factoren van empowerment. Maar de beschrijvingen verschillen wel sterk van elkaar; steeds wordt empowerment beschreven vanuit een andere invalshoek. Zo wordt empowerment achtereenvolgens beschreven in termen van *domeinen*, *rechten*, *taken/opgaven*, *competenties* en *fases in een proces*. Meer algemeen valt op dat er relatief weinig onderzoek is gedaan naar de betekenis van empowerment vanuit het perspectief van de kwetsbare doelgroepen zelf.

1.3 Bouwstenen voor empowerment

In haar oratie 'Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg' en ook in tal van andere publicaties, biedt prof. dr. Tine van Regenmortel een rijk palet van begrippen, dragende bestanddelen, praktijken en voorbeelden, waarin de verschillende aspecten van het begrip empowerment naar voren komen en verbonden worden.

Volgens Van Regenmortel (2010) richt empowerment zich op het versterken van personen en groepen met als doel dat iedereen een volwaardige plek heeft in de samenleving. *Sociale inclusie* staat voorop, maar wel met een duidelijk geloof in en appèl op de eigen krachten van burgers. *Participatie* wordt als motor beschouwd voor het beoogde versterkingsproces. Nadrukkelijk gaat het daarbij niet om participatiedwang, het (verplicht) meedoen aan maatschappelijk gewenste activiteiten. Het betekent eerder een *actieve uitnodiging* om te participeren binnen de samenleving. *Ontmoeting* en *dialog* vormen hierbij de kernbegrippen. Aan de basis daarvan ligt de erkenning van *individuele kwetsbaarheden*, zonder deze te individualiseren. Van Regenmortel wijst op de samenhang tussen individuele kwetsbaarheid en *maatschappelijke kwetsbaarheid*. Zolang er binnen de samenleving op de kwetsbaarheid van mensen gereageerd wordt met stigma en discriminatie, zal de kloof tussen 'kwetsbare' burgers en 'gewone' burgers (voor zover die bestaan) groot blijven. Om deze afstand te verkleinen, dient een *insidersperspectief* te worden ingenomen. Empowerment hecht daarom grote waarde aan *ervaringskennis* en *ervaringsdeskundigheid*. Alleen al de erkenning dat ervaring met moeilijke omstandigheden een waarde op zich is en een belangrijke bron van kennis, is voor de betrokkenen een bron van kracht. Het biedt mensen de *veerkracht* die nodig is voor het vinden van nieuwe betekenisgeving, het zoeken naar positieve identiteiten en het nemen van verantwoordelijkheid.

Deze en vergelijkbare begrippen vormen een verbindend kader van bouwstenen voor de nieuwe initiatieven en krachtgerichte praktijken die in de laatste decennia vooral door en voor de doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn ontwikkeld. Zo zien we deze begrippen bijvoorbeeld terug in het *herstelconcept* en in het programma *HEE* (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid).

Herstel is het persoonlijke proces van mensen met kwetsbaarheden waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven. Het herstelconcept is ontstaan binnen de cliëntenbeweging van de ggz en wordt ingezet als middel tot empowerment. Persoonlijk herstel betekent het proberen een plaats te geven aan datgene waardoor je bent overweldigd en niet langer je leven door je symptomen laten beheersen. "Herstellen betekent durven zien wat er aan de hand is in je leven, accepteren dat

je extra werk te verzetten hebt en dat ook doen.” Herstelgerichte *zorg* dient zich te richten op het persoonlijk herstel en niet eenzijdig op het bestrijden van de ziekteverschijnselen (Boevink et al., 2008, Boevink, 2009). Meer herstelgeoriënteerde zorg kan bereikt worden door middel van cliëntgestuurde interventies. Een voorbeeld van zo’n interventie is de cursus ‘Herstellen doe je zelf’. In een effectstudie bleek de cursus een positief effect te hebben op het herstel van de deelnemers op het gebied van hoop, self-efficacy-overtuigingen en empowerment (Van Gestel-Timmermans, 2011).

Het HEE-programma heeft als doel het vergroten van *zelfsturingsmogelijkheden* van mensen met psychische kwetsbaarheden en het tegengaan van *marginalisatie* (Boevink, 2009). Het ontwikkelen van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid ligt aan de basis hiervan. Empowerment betekent in deze context dat mensen met psychische aandoeningen hun eigen *kracht* ontdekken en de *controle* over hun bestaan herwinnen. Het verwijst naar het vermogen van mensen om zich aan een hopeloze situatie te ontworstelen en een nieuwe wending aan hun leven te geven (www.hee-team.nl).

De eerste resultaten van de Randomised Controlled Trial (RCT) die is uitgevoerd om de effectiviteit van HEE te onderzoeken, laten zien dat mensen met ernstig psychisch lijden innovatieve praktijken kunnen ontwikkelen om hun ervaringskennis te verspreiden. Deelnemers aan HEE rapporteerden minder klachten, in het bijzonder negatieve symptomen bij psychosen en depressieve klachten. Hun mentale veerkracht nam toe, ze ontwikkelden meer en betere manieren van omgaan met het dagelijks leven, werden assertiever, ze leerden beter omgaan met tegenslagen en ten slotte leerden ze hun eigen sombere tijden beter op te vangen (www.zonmw.nl, Factsheet Parelproject).

Herstellen is een proces, geen eindpunt of doel. Herstellen is een houding, een manier om de dag en de uitdagingen die ik tegenkom onder ogen te zien. Mijn herstel betekent dat ik weet dat ik bepaalde beperkingen heb en dat er dingen zijn die ik niet kan. Maar in plaats van dat dit me dat tot wanhoop drijft en aanleiding is om op te geven, heb ik geleerd dat ik, juist door te weten wat ik niet kan, ook de mogelijkheden zie van alles wat ik wel kan. (Deegan, 1993)

Ook andere krachtgerichte methodieken en praktijken kunnen als uitdrukking van het empowermentconcept worden opgevat. Denk bijvoorbeeld aan de door de rehabilitatiebeweging opgezette ‘Maatschappelijke SteunSystemen’ (MSS), het stimuleren van informele zorgnetwerken, kwartiermaken, zelfhulpgroepen, het

creëren van *enabling niches*, het inschakelen van *support workers* binnen allerlei vormen van hulp- en dienstverlening. Al deze initiatieven lijken als gemeenschappelijk kenmerk te hebben dat zij gericht zijn op de versterking van het zelfrespect, een hogere zelfwaarde en een positieve identiteit, via het aanspreken van onbenutte mogelijkheden van kwetsbare groepen om niet alleen als hulpvragers, maar ook als hulpgevers een rol en bijdrage te leveren aan hun omgeving. Dat de actieve inschakeling van ervaringsdeskundigen de sociale inclusie bevordert, wordt gestaafd door zowel ervaringen met armoede als met psychiatrie en migratie (Goossens, in: Van Regenmortel, 2010). Ook het ondersteunen van een civil society, waarin mensen - zeker ook kwetsbare mensen - zich organiseren in krachtige autonome verbanden en zich vrijwillig en actief inzetten voor anderen, kan in verband worden gebracht met het empowermentparadigma (Paes, in: Van Regenmortel, 2010).

1.4 Het meten van empowerment

Er zijn verschillende empowermentvragenlijsten ontwikkeld om het effect van krachtgerichte methodieken en -praktijken zoals hierboven beschreven, te onderzoeken. Zo hebben de resultaten van de conceptuele verkenning van empowerment door Boevink et al. (2008) (zie paragraaf 1.2) als basis gefungeerd voor het ontwikkelen van de Nederlandse Empowerment Vragenlijst (NEL) (Boevink, Kroon & Giesen, 2009). De vragenlijst bestaat uit 40 items, verdeeld over de onderwerpen: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap. De respondent kan op een vijfpuntsschaal aangeven in hoeverre hij het eens is met de uitspraken (sterk mee oneens, mee oneens, niet mee eens/niet mee oneens, mee eens, sterk mee eens). De vragenlijst is getest onder een gemêleerde groep ggz-cliënten.

In vergelijking met een veelgebruikte empowermentvragenlijst uit Amerika (Rogers et al., 1997) heeft de empowermentlijst van Boevink meer sociale en omgevingsgerichte items en omvat de lijst het *omgaan* met de problemen. Dat aspect van empowerment komt in de Amerikaanse lijst niet voor.

De lijst van Rogers is in ons land overigens naar het Nederlands omgezet in de 'Beslissingen nemen' vragenlijst (Castelein et al., 2008).

Een ander empowermentinstrument is de Nederlandse VrijBaan-vragenlijst. Deze meet in hoeverre iemand met een arbeidshandicap in staat is om zelf de regie te nemen in zijn leven en vooral in het traject naar werk. Het is bedoeld als manier om individuele empowerment in kaart te brengen om vervolgens met een trainer of coach te werken aan bepaalde empowermentcomponenten. De vragenlijst bestaat uit 60 uitspraken die met empowerment te maken hebben. De vernieuwde 'situationele'

vragenlijst is gebaseerd op het inzicht dat empowerment altijd speelt in situaties waarin sprake is van een maatschappelijke achterstand. De 'situationele' vragenlijst brengt empowerment in beeld in een situatie die iemand als belemmerend ervaart bij het vinden en behouden van werk (www.vrijbaan.nl).

Het Empowerment Kwaliteit Instrument (EKI) is bedoeld om het empowerment-perspectief binnen gezondheidsbevordering en preventie verder te stimuleren. EKI is in opdracht van het programma Gezond Leven van ZonMw door het NIGZ-Centrum voor Kennis en Kwaliteit ontwikkeld, in samenwerking met de Universiteit voor Humanistiek. Het instrument is een aanvulling op het Preventie Effectmanagement Instrument, de Preffi 2.0, en volgt dezelfde stappen in het werkproces van de gezondheidsbevorderaar. Het EKI-instrument benoemt die aspecten binnen het werkproces van de gezondheidsbevorderaar waar vanuit een empowermentperspectief extra aandacht aan geschonken moet worden (Visser et al., 2007).

Zowel de VrijBaan-vragenlijst als het Empowerment Kwaliteit Instrument (EKI) zijn niet zozeer bedoeld voor het meten van empowerment in het kader van onderzoek; ze zijn ontwikkeld voor specifieke contexten. Binnen het onderzoek is er dus wel een aantal instrumenten ontwikkeld zoals de NEL, maar tegelijkertijd zijn er ook onderzoekers die ter discussie stellen of een complex construct als empowerment überhaupt wel te meten valt. Zimmerman (1995) beargumenteert dat een universele meting een verkeerd beeld van empowerment kan geven door effecten te construeren als statische resultaten in plaats van dynamische ervaringen. "De ontwikkeling van een universele maat voor empowerment is niet een juist doel, omdat het niet hetzelfde betekent voor elk persoon, elke organisatie of gemeenschap". Uitkomsten kunnen daarom fluctueren en zijn afhankelijk van omstandigheden. Mensen kunnen daarom empowerment ervaren in de ene, maar niet in een andere setting en op het ene moment maar niet op het andere.

Dit probleem van het meten maakt het niet eenvoudig om te onderzoeken of krachtgerichte methodieken ook daadwerkelijk empowerend werken. Het feit dat empowerment moeilijk te meten is zorgt er ook voor dat een concrete toepassing binnen zorg en welzijn lastig te realiseren is. Dit kan wellicht verklaren waarom er nog niet zo veel onderzoek is gedaan naar de effecten van empowerende methodieken (Michon & Van Weeghel, 2008).

1.5 Animo voor empowerment

Uit het voorgaande komt empowerment naar voren als een complex begrip: het heeft meerdere lagen, kent vele interpretaties en is moeilijk te meten. Toch heeft

het een breed draagvlak. Het begrip wordt met veel enthousiasme opgepakt binnen zorg en welzijn, waar het vaak in één adem wordt genoemd met termen als 'eigen regie', 'eigen kracht' en zeggenschap. Zowel cliëntenorganisaties als zorginstellingen, verzekeraars en bijvoorbeeld het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) hanteren deze termen. Empowerment lijkt een geschikte term te zijn om een roep om verandering die bij veel mensen heerst, uit te drukken.

Zo beschrijft het visiedocument Kwaliteitskader voor de Gehandicaptenzorg (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2007) empowerment / eigen regie van mensen met een beperking als een centrale waarde in de zorg en ondersteuning. Het gaat er dan om dat cliënten invloed kunnen ervaren over hun leefomstandigheden. Professionals dienen bij te dragen aan het creëren van een omgeving die het proces van empowerment stimuleert en versterkt en waarbinnen mensen hun eigen (levens)doelen kunnen nastreven. Dit Kwaliteitskader voor de Gehandicaptenzorg is tot stand gekomen door een samenwerking van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, beroepsorganisaties, Inspectie voor de Gezondheidszorg, VWS en Zorgverzekeraars Nederland.

Ook de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) stelt in haar visiedocument Gezondheid 2.0, empowerment centraal. "In één woord samengevat zet de NPCF zich in voor *empowerment* van de patiënt." (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, 2008). De NPCF wil empowerment onder andere bereiken door het inzetten van e-health. Door het toegankelijk maken van medische kennis en persoonlijke patiëntengegevens via internet moet grotere zeggenschap van patiënten bereikt worden. Informatie die op deze manier beschikbaar komt, kan door de patiënt weer gebruikt worden in andere e-health toepassingen.

Dat het empowermentconcept binnen de ggz inmiddels een leidend principe geworden is, blijkt wel uit het visiedocument van de Vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland (GGZ Nederland, 2009). "Cliënten moeten meer regie en zeggenschap krijgen én gebruiken om te bepalen hoe hun leven eruit moet zien op de verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, sociale contacten en gezondheid. Daar waar de mogelijkheden tot eigen regie verzwakt of belemmerd zijn, kunnen specifieke middelen en methoden worden ingezet om deze weer te versterken." In het visiedocument wordt zowel het individuele als het collectieve aspect van empowerment beschreven (GGZ Nederland, 2009).

Empowerment in het Visiedocument van GGZ Nederland (2009)

Op individueel niveau:

- de aanwezigheid van reële en gelijkwaardige keuzemogelijkheden zowel op het gebied van de zorg als op andere levensgebieden;
- goede voorlichting en informatie over de genoemde keuzemogelijkheden en het vaststellen van (kwaliteits) criteria om deze keuzes op te baseren;
- de versterking van contacten tussen individuele cliënten en belangenbehartigers/cliëntenbeweging voor bewustwording en rolmodellen;
- een goede organisatie van cliëntondersteuning (zogenoemde cliëntensteunpunten);
- steun bij eigen regie als aandachtspunt in de bejegening vanuit de zorg;
- steun bij eigen regie als onderdeel van zorg- en behandelmethodieken;
- het sterker betrekken van naastbetrokkenen en/of het primaire netwerk van de cliënt, om de eigen regie en belangen te versterken.

Op collectief niveau zijn belangrijke voorwaarden:

- goede steun voor cliëntenraden en belangenbehartigers;
- goede steun voor cliënt- en familieorganisaties (zoals Wmo-raden) bij belangenbehartiging in de samenleving, lokale versterking van deze organisaties;
- een duidelijke rol van deze organisaties bij de ontwikkeling van (regionale) zorgprogramma's;
- doorontwikkelen van kennis over en implementatie van empowermentmogelijkheden voor de doelgroep, door kenniscentra en de HEE-beweging (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid).

Een ander veld waarbinnen empowerment zijn intrede heeft gedaan, zij het minder nadrukkelijk, is de maatschappelijke opvang. In het Plan van Aanpak Dak- en Thuislozen (2^e fase), een samenwerkingsverband tussen de vier grote steden om daklozenproblematiek aan te pakken, zijn 'eigen regie' en empowerment centrale thema's (VNG, 2007). "Uitgangspunt daarbij is de eigen kracht van mensen. Door binnen hun eigen mogelijkheden en talenten maximaal deel te nemen aan de samenleving, dragen zij zelf bij aan hun herstel." Ook het belang van het inzetten van methodieken in de hulpverlening die gericht zijn op cliëntenparticipatie, herstel en empowerment, wordt in dit document breed onderschreven.

1.6 Overheidsbeleid en empowerment

Ook binnen het overheidsbeleid neemt de aandacht voor het begrip empowerment toe. Door de dubbele vergrijzing en de toename van chronische aandoeningen zal het aantal zorgvragen in de komende decennia expansief toenemen. Diverse bronnen maken duidelijk dat het huidige zorgstelsel de komende vraag niet aan zal kunnen (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010a&b). Er zal een substantieel tekort aan zorgpersoneel ontstaan om de extra vraag naar zorg op te vangen. Daarnaast zullen de gevolgen van de economische crisis en de vertraagde economische groei de ruimte voor groei van zorguitgaven beperken (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010a). Om aan deze problemen tegemoet te kunnen komen, zet de overheid in op het begrip empowerment, als veelbelovend concept voor de inrichting van de professionele zorg en de verschuiving van het accent op verzorging naar het accent op zelfzorg en zelfredzaamheid (Kwekkeboom & Jager-Vreugdenhil, 2009). Daarbij lijkt het begrip empowerment twee doelen tegelijkertijd te dienen.

Ten eerste biedt het een antwoord op de kritiek vanuit de samenleving (vooral vanuit cliënten- en patiëntenbewegingen) dat de zorg onvoldoende aansluit bij de werkelijke behoeften. Zo wordt de houding in de zorg bekritiseerd waarbij voor de cliënt/patiënt gedacht en besloten wordt. Cliënten- en patiëntenbewegingen bepleiten meer nadruk op de eigen autonomie. Ook wijzen zij op het belang van sociaal functioneren van de mens en niet zozeer op het disfunctioneren van hun lichaam of geest (Van Regenmortel, 2010). Er wordt een vuist gemaakt voor het maken van beleid en het inrichten van zorg voor en door de mensen om wie het gaat. Extramuralisering en het betrekken en op waarde schatten van ervaringsdeskundigheid wordt op de politieke agenda gezet, met het begrip empowerment als verbindend concept.

Tegelijkertijd lijkt de empowermenttendens ook mogelijkheden te bieden om de kosten van de professionele zorg te beheersen. Het is namelijk onvermijdelijk geworden om een deel van de collectieve lasten weer terug te leggen bij de individuele burger (Kwekkeboom & Jager-Vreugdenhil (red), 2009). De overheid wil dit bereiken door de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn (gezondheids) situatie, gedrag en voor het organiseren van zorg en steunsystemen, te bevorderen. Dure, gespecialiseerde instellingen kunnen dan zoveel mogelijk worden beperkt door de zorg dicht bij huis te brengen, onder regie van de zorgvrager zelf. De gedachte is dat door mensen te empoweren, zij in staat worden gesteld om eigen verantwoordelijkheid te nemen. Hierbij wordt empowerment dus veel meer opgevat als iets dat bij individuen ligt. Deze manier van werken wordt Welzijn Nieuwe Stijl genoemd (VWS, 2010). Het is ook één van de centrale doelstellingen van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die in 2007 is ingevoerd en onder andere de huishoudelijke verzorging uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft overgenomen.

1.7 Probleemstelling

Het empowermentbegrip biedt inzicht en mogelijkheden. Tegelijkertijd draagt het begrip ook dilemma's in zich. Een eerste probleem is het gevaar van vervlakking en versnippering, wat door de vele interpretaties en toepassingen kan gebeuren. Daarbij is het vooral de vraag of een verenging van het begrip van een gelaagd (individu-maatschappij) construct naar uitsluitend het individuele niveau wel geoorloofd is. Een tweede probleem is het moeilijk meetbare karakter. Daardoor is er nog relatief weinig bekend over wat het nu precies is dat empowerend werkt en *hoe* we empowerment*ideologie* kunnen toepassen binnen zorg en welzijn. Dit alles zet aan tot denken over welke stappen er gezet dienen te worden om empowerment te bevorderen en in hoeverre de samenleving daar ook de voorwaarden voor biedt.

De hoofdvraag van dit onderzoek is dan ook:

Hoe kan het empowermentconcept verder worden verhelderd en hoe kunnen zorg en welzijn bijdragen aan processen van empowerment van kwetsbare burgers?

Daarbij zijn de volgende subvragen te onderscheiden.

1. Op welke manieren en bij welke doelgroepen wordt het woord empowerment toegepast binnen de onderzoeksliteratuur? Geeft de onderzoeksliteratuur voldoende basis om werkzame bestanddelen van empowerment te identificeren?
2. Wanneer is er, binnen de theoretische ontwikkeling van het concept empowerment, daadwerkelijk sprake van een proces van empowerment? In hoeverre kunnen oorspronkelijke en tegenwoordige betekenissen van het begrip empowerment aan elkaar verbonden blijven, zodat voorkomen wordt dat het tot een leeg en inhoudsloos begrip verwordt?
3. In hoeverre zijn er op basis van de resultaten uit deelvragen 1 en 2 principes te destilleren voor empowerend werken binnen zorg en welzijn, die als criteria kunnen fungeren waaraan het empowermentgehalte van een methodiek of praktijk kan worden getoetst?
4. In hoeverre zijn de geformuleerde principes toepasbaar en informatief voor het beoordelen van empowermentmethodieken en -praktijken bij een selectie van voorbeelden met betrekking tot verschillende kwetsbare doelgroepen?

1.8 Methode

Dit onderzoek is gebaseerd op literatuur en conceptvorming. Er is geen empirische studie verricht. Om de vragen te kunnen beantwoorden, zijn verschillende (inductieve en deductieve) benaderingen gecombineerd. Om subvraag 1 te beantwoorden is een

steekproef uit de empirische literatuur gedaan. Er is gezocht in de databases Medline, Cinahl en Psychinfo in de Nederlands- en Engelstalige literatuur vanaf 1999. We hebben gekozen voor deze databases vanwege hun gerichtheid op empirische literatuur en om diezelfde reden bijvoorbeeld niet binnen SocIndex gezocht. We hebben de volgende zoektermen gehanteerd: empower* (TI) OR empower* (AB). Dit resulteerde in 19.693 artikelen. De eerste 100 artikelen (*relevance sort*) fungeerden als steekproef. Deze steekproef is gerubriceerd aan de hand van land, doelgroep en soort onderzoek en beschreven in hoofdstuk 2. Deze steekproef is niet bedoeld om een overzicht te geven van de literatuur over empowerment maar wel om een beeld te geven wat er zoal wordt gedaan op onderzoeksgebied ten aanzien van empowerment en vooral wat empowerment in de verschillende contexten betekent.

Om vraag 2 te beantwoorden hebben we een verkenning gedaan van de filosofische/sociologische literatuur over de oorsprong van het begrip empowerment en over de relatie tussen individu en maatschappij. We hebben de kritische theorie gebruikt als startpunt om over empowerment te denken. Discussie en conceptvorming stonden bij de beantwoording van deze deelvraag centraal.

Om vraag 3 te beantwoorden hebben we resultaten uit de voorgaande hoofdstukken gesynthetiseerd en op basis van intersubjectiviteit principes geformuleerd. Om vraag 4 te beantwoorden hebben we de bij vraag 3 geformuleerde principes gebruikt om empowerende elementen van een aantal voorbeeldmethodieken en -praktijken te beschrijven. Deze praktijken zijn gericht op de doelgroepen: ouderen, verstandelijk gehandicapten, chronisch zieken, mensen met psychiatrische aandoeningen en cliënten binnen de maatschappelijke opvang.

1.9 Leeswijzer

In dit rapport belichten we het begrip empowerment vanuit verschillende invalshoeken. Het zwaartepunt ligt in hoofdstuk 3, waar we een theoretisch kader presenteren. In hoofdstuk 4 ligt de nadruk op de praktijk van zorg en welzijn. In dat hoofdstuk passen we de theorie uit hoofdstuk 3 toe op empowermentmethodieken en -initiatieven binnen zorg en welzijn. Hoofdstuk 2 fungeert als een intermezzo tussen de inleiding en de theorievorming. In dat hoofdstuk bekijken we empowerment vanuit de invalshoek van de onderzoeksliteratuur. We beschrijven een steekproef van artikelen over empowerment. Tot slot bespreken we in het laatste hoofdstuk de kansen van en grenzen aan empowerment.

Intermezzo: een steekproef uit de onderzoeksliteratuur

2

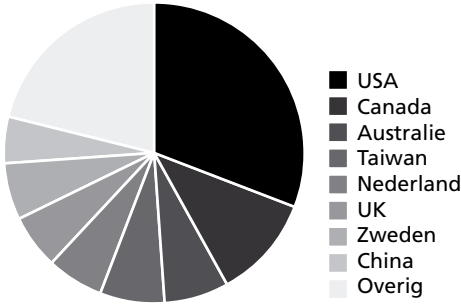
De onderzoeksliteratuur rond empowerment is zeer omvangrijk: een search in de databases Medline, Cinahl en Psychinfo op het woord empowerment levert meer dan 19.000 hits op. Een steekproef van 100 artikelen laat zien hoeveel uiteenlopende toepassingen empowerment kent. In dit intermezzo bespreken we verschillende kenmerken van deze steekproef. Achtereenvolgens zijn dat: de landen waar het empowermentonderzoek gedaan is, de doelgroepen die aan het begrip empowerment worden gekoppeld, de onderzoeksvormen en inhoudelijke voorbeelden van onderzoek. Met deze steekproef wordt tevens de mogelijkheid onderzocht om een *systematische* review naar empowerment te doen.

We signaleren grofweg drie gebieden waarbinnen het begrip empowerment wordt toegepast. Het begrip wordt gehanteerd in het kader van organisatiedoelinden, binnen hulpverleningsmethodieken en in empowermentprojecten gericht op specifieke doelgroepen. Binnen die gebieden wordt empowerment steeds anders opgevat. Opvallend is verder dat in ongeveer de helft van de artikelen empowerment wordt gerelateerd aan niet-kwetsbare doelgroepen.

Toch is er ook een aantal empowermentprincipes te destilleren zoals we aan het eind van dit hoofdstuk concluderen: *faciliteren* van empowerende omgeving, *ondersteunen* van individuen in hun groei- of versterkingsproces en een *integrale* aanpak op meerdere niveaus (micro, meso, macro).

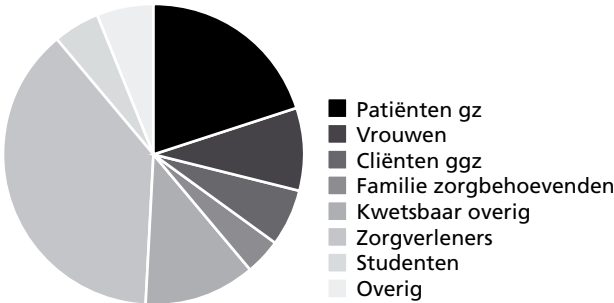
2.1 Landen

Binnen de steekproef komt het onderzoek over empowerment veelal uit westerse landen (n=80) en dan vooral uit Engelstalige landen: USA, Canada en Australië. Qua aantal onderzoeken steken de USA ver boven de andere landen uit (n=31). Van de niet-westerse landen (n=20) komt er voornamelijk onderzoek uit Taiwan en China.



2.2 Doelgroepen

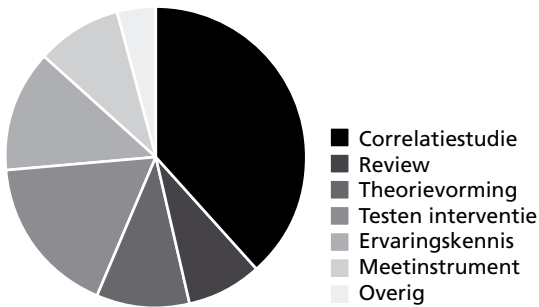
In 46 artikelen van de steekproef gaat het over niet-kwetsbare doelgroepen, namelijk zorgverleners (n=38) en (medisch) studenten (n=5). Grofweg de helft van de onderzoeksartikelen in de steekproef gaat wel over een kwetsbare doelgroep (n=51). Patiënten van de gezondheidszorg komen het meest aan bod (n=20), gevolgd door 'kwetsbare vrouwen' (n=9), ggz-cliënten (n=6) en familieleden van mensen die (medische, psychische of palliatieve) zorg ontvangen (n=4). Doelgroepen die niet of nauwelijks aan bod komen in de steekproef van onderzoeksliteratuur zijn risicojeugd (n=2), verslaafden (n=1), ouderen (n=1), gehandicapten (n=0) en dak- en thuislozen (n=0). Gezien de keuze van de databases was dit te verwachten.



2.3 Onderzoeksvormen

Empowerment krijgt een verschillend karakter in de verschillende artikelen. In het grootste deel van de steekproef is empowerment een *kenmerk* dat te meten is op een moment (n=38). Dit kenmerk wordt dan vaak gemeten met een vragenlijst (een klein deel van de literatuur (n=9) gaat expliciet over het ontwikkelen en testen van dergelijke vragenlijsten) en gecorreleerd aan andere cross-sectionele kenmerken.

Een andere toepassing van empowerment in onderzoek is de situatie waarin een empowermentinterventie wordt getest (n=17). Empowerment is dan een *doel* dat kan worden bereikt door middel van die interventie. In de derde plaats zien we onderzoek waarin empowerment een *proces of verworvenheid* is dat in kaart gebracht wordt, meestal met behulp van kwalitatieve interviews met bepaalde doelgroepen (n=13) of door een theoretisch model te testen (n=10).



2.4 Waar gaat de steekproef over?

Als we kijken naar doelgroep, vorm en inhoud, kunnen we globaal drie soorten artikelen identificeren die in deze steekproef domineren: 1) correlatieonderzoek naar de structurele empowerment van verpleegkundigen, 2) conceptvormend onderzoek over empowerment binnen een hulpverleningssetting en 3) interventieonderzoek bij diverse doelgroepen. Om een beeld te krijgen, gaan we op elk van deze drie richtingen beknopt inhoudelijk in.

2.4.1. Structurele empowerment van verpleegkundigen (correlatieonderzoek)

Zowel in de artikelen uit westerse als uit niet-westerse landen is het correlatieonderzoek onder de doelgroep verpleegkundigen verreweg het meest populair. Structurele en/of psychologische empowerment, gemeten met vragenlijsten, worden gerelateerd aan andere gemeten determinanten zoals: werktevredenheid, organisatietoeiwijding, demografische kenmerken, werkstress, participatie in besluitvorming, productiviteit, innovativiteit, patiëntveiligheid, kwaliteit van de dienstverlening en andere werkgerelateerde attitudes.

De artikelen gebruiken het woord empowerment in de context van *organisatiestructuren* en de plek die werknemers daarbinnen krijgen. Empowerment staat voor kansen en macht. Het zegt iets over de mate waarin werknemers, in dit geval zorgverleners,

iets te zeggen hebben binnen een organisatie. De nadruk ligt op *structurele empowerment* en dat omvat in dit geval: gelegenheid voor promotie en kansen om betrokken te worden bij zaken die verder gaan dan de taakomschrijving, toegang tot informatie over alle facetten van de organisatie, toegang tot steun bij verantwoordelijkheden en besluitvorming en toegang tot hulpbronnen (Kanter, 1977, 1993; Laschinger et al., 2009). Hierbij wordt ook in het bijzonder aandacht besteed aan de omgevingsfactoren die empowerment kunnen stimuleren of juist remmen. De meest gebruikte manier om structurele empowerment te meten is met behulp van de Conditions for Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ). De nieuwste (tweede) versie van dit instrument bestaat uit 19 items, drie voor elke dimensie van Kanter, drie voor formele macht en vier voor informele macht (Laschinger et al., 2001).

Naast structurele empowerment wordt het begrip *psychologische empowerment* gehanteerd. Deze vorm van empowerment wordt vaak gemeten met de Spreitzer's *Psychological Empowerment Scale* (Spreitzer, 1995). Volgens Spreitzer is het proces van psychologische empowerment een motivationeel construct dat zich manifesteert als een set van vier cognities die worden gevormd door een (werk)omgeving. De vier cognities zijn: zingeving, competentie, zelfbeschikking en impact.

Als we naar de inhoud kijken van de artikelen binnen dit deel van de steekproef blijkt dat structurele empowerment (gemeten met de CWEQ-II) significant gerelateerd is aan: psychologische empowerment (Casey et al., 2010; Stewart et al., 2010; Wagner et al., 2010), werktevredenheid (Casey et al., 2010; Ning et al., 2009; Lautizi et al., 2009; Gruss, 2007; Vacharakiat, 2008; Lasschinger et al., 2009; Chang et al., 2010), grotere toegang tot kansen (Smith et al., 2010), patiëntveiligheid-cultuur (Armellino et al., 2010), organisatorische burgerschappedragingen gericht op de organisatie of 'peers' (Gilbert et al., 2010), burn out (Gilbert et al., 2010), het leveren van hoge kwaliteitszorg (Ning et al., 2009), innovatief gedrag (Knol & Van Linge, 2009), werkstress (Lautizi et al., 2009; Li et al., 2008), organisatietewijding (Vacharakiat, 2008) en de intentie om een andere baan te zoeken (Zurmehly et al., 2009; Cai & Zhou, 2009). Uit de literatuur komt vooral een sterk bewijs naar voren dat structurele empowerment bijdraagt aan werktevredenheid.

Er ligt een grote nadruk op het idee dat empowerment *gefaciliteerd* kan worden door middel van organisatiestrategieën. Kramer and Schmalenberg (1993) beschrijven participatief management, taakverrijking, zinvolle organisatorische doelen, minder bureaucratie en het betrekken van medewerkers bij de besluitvorming als belangrijke strategieën om empowerment te bevorderen. Ook McDonald et al. (2010) beschrijven hoe organisatiestructuren die kansen leveren voor participatie in zaken die als belangrijk worden ervaren, kunnen leiden tot structurele empowerment.

Het leiderschapsgedrag van managers heeft tevens een invloed op de structurele empowerment (Kanai-Pak, 2009; Peachey, 2002). Volgens Peachey's onderzoek zijn leiderschapsgedragingen bovendien significant gerelateerd aan psychologische empowerment en organisatietoewijding, affectieve en normatieve toewijding. Lasschinger et al. (2009) bevestigen deze invloed op de organisatietoewijding.

2.4.2 Empowerment in een hulpverleningssetting (kwalitatief en conceptvormend onderzoek)

Waar het correlatieonderzoek een vaste definitie van empowerment hanteert waarbinnen het construct als meetbaar en met behulp van interventies veranderbaar wordt beschouwd, wordt er binnen het kwalitatieve en conceptvormende onderzoek op een andere manier naar gekeken. In de artikelen binnen dit deel van de steekproef is empowerment veelal iets dat binnen een hulpverleningsrelatie wordt gedefinieerd. Er wordt gezocht naar antwoorden op de vraag wat empowerment binnen deze setting betekent, hoe het vorm moet krijgen en welke dilemma's de toepassing in de hulpverlening opwerpt. Een aantal artikelen onderzoekt empowerment vanuit het perspectief van de cliënt/doelgroep. In de meeste gevallen zijn het echter zorgprofessionals die hierover worden geïnterviewd of geconsulteerd.

Zo zijn er bijvoorbeeld de kwalitatieve studies onder verpleegkundigen naar de vraag wat zij onder empowerment van patiënten/cliënten verstaan. Piper (2010) concludeert dat empowerment voor verpleegkundigen een complex, multidimensionaal en bestreden concept is. Hoewel empowerment uiting kan geven aan een brede socio-politieke agenda of een radicaal emancipatoir proces kan zijn, gaat het volgens de bevindingen van deze studie om het uitvoeren van pragmatische interventies (zoals informeren, ondersteunen, *gatekeeping* en het bouwen van goede verstandhouding) die in feite opereren binnen de grenzen van een licht aangepast medisch model.

Anderson & Funnell (2010) concluderen dat empowerment begint wanneer zorgprofessionals erkennen dat de patiënt de controle heeft over zijn/haar diabeteszorg. Het doel van de zorgverleners moet dan ook zijn dat de capaciteit van patiënten om kritisch te denken en autonome keuzes te maken, wordt vergroot. Empowerment gebeurt als patiënten daadwerkelijk autonome en geïnformeerde beslissingen kunnen nemen (in dit geval over hun diabetes). Patiëntempowerment is dan ook breder dan patiëntgerichtheid (Holmström & Röing, 2010).

Bradbury-Jones et al. (2008) beschrijven dat het concept 'power' in de verpleegkunde kan worden bekritiseerd door te putten uit het werk van Michel Foucault, met

bijzondere aandacht voor twee gebieden: disciplinaire macht en kennis/machtsverhoudingen. Bradbury-Jones verwoordt Foucault's stelling dat het gedrag gestandaardiseerd is door middel van disciplinaire macht en dat macht en kennis met elkaar verweven zijn. Verpleegkundigen die op zoek zijn naar een goed begrip van empowerment van hun cliënten, moeten volgens de auteur eerst de werking begrijpen van hiërarchische observatie, normaliserende oordeelvorming en kennis/machtsrelaties. Hij beargumenteert dat kennis van deze kwesties een empowerende manier van werken binnen verpleegkundige praktijken bevordert. Verpleegkundigen moeten een meer kritische houding aannemen om macht en empowerment in de verpleging te begrijpen.

Stajduhar et al. (2010) zijn ook kritisch en beschrijven dat de algemene tendens is om te veronderstellen dat empowerment, participatie en zelfzorg universeel gunstig zijn en verwelkomd worden door alle individuen. De auteurs zetten er echter vraagtekens bij of we het wel volledig begrijpen. Zij gaan in op de implicaties van deze concepten voor palliatieve mantelzorgers. De auteurs concluderen dat empowerment vaak geoperationaliseerd wordt in de overdracht van technische en medische verzorgingstaken, maar dat voor mantelzorgers een gevoel van veiligheid en ondersteuning, evenals het vertrouwen in professionals, belangrijker is.

Dat het vertrouwen in professionals een belangrijk onderdeel van empowerment is, zien we ook terug in het artikel van Ho et al. (2010). Zij synthetiseerden negen kwalitatieve studies over empowerment in de zorgverleningsetting vanuit cliëntenperspectief. Vier centrale metaforen die empowerment beïnvloeden werden geïdentificeerd: vertrouwen in de competentie en het bewustzijn van verpleegkundigen, een streven naar controle, een wens om ervaringen te delen, de attitudes van verpleegkundigen en het vermogen tot individuele betrokkenheid.

Daarop aansluitend, in de kwalitatieve studie van Wählin et al. (2010) naar empowerment van naasten van patiënten op de intensive care, werd ook gevonden dat empowerment geassocieerd is met bejegend worden op een menselijke, warme en gevoelige manier (een zorgende sfeer), het krijgen van continue, eerlijke informatie en vertrouwen hebben in het idee dat de beste medische zorg wordt verleend.

2.4.3 Diverse empowermentprojecten

Het derde deel van de steekproef bestaat uit artikelen die een onderzoek naar een empowermentinterventie of -project beschrijven. De inhoud van de projecten en de doelgroepen lopen heel erg uiteen, de gemeenschappelijke factor is dat ze als *empowerende* interventie worden beschreven. Hier noemen we een paar voorbeelden van interventies die in de steekproef voorkomen.

Hsu et al. (2010) onderzochten of een empowermentcursus een effect kan hebben op seksuele besluitvorming van vrouwelijke adolescenten en waarom. Negenentwintig vrouwen met vaste relaties werden uitgenodigd om deel te nemen aan de cursus waarbinnen thema's als proactief zoeken naar seksuele kennis, evalueren van de relaties, 'nee' zeggen, jezelf beschermen en seksuele attitudes en gedragingen centraal stonden.

Swendeman et al. (2009) schrijven over de Sonagachi empowerment intervention, een interventie gericht op HIV/SOA-preventie voor vrouwelijke sekswerkers. Het programma tracht een raamwerk te geven om verandering te stimuleren. Dat raamwerk richt zich op het herkaderen van sekswerk als legitiem werk, het vergroten van openheid over het beroep en het vormen van een hoopvolle toekomstoriëntatie die naar voren komt in de wens voor meer opleiding. Het programma richt zich bovendien op vaardigheden in seksuele en werkplaatsonderhandelingen, zoals kunnen weigeren, condoombesluitvorming en de mogelijkheid om werkcontracten te veranderen. Tevens zorgt het programma voor de opbouw van sociale steun door vergroting van sociale interacties buiten werk, sociaal participeren en het helpen van andere sekswerkers.

Liu et al. (2010) onderzochten het effect van een drie maanden durende steunverlenende empowermentinterventie voor ouders van vroeggeboren baby's, ten opzichte van gebruikelijke zorg, op self-efficacy, depressie en stress. In totaal participeerden 70 ouders in deze studie. De interventie was een steungroep die drie maanden lang ondersteuning gaf bij het toepassen van empowermentstrategieën. Deze strategieën zijn gebaseerd op geformuleerde sleutelementen van empowerment: partnerschap, participatie, samenwerking, bewustzijn, self-efficacy, zelfhulp, persoonlijke behoeften vervullen, toegang tot middelen en persoonlijke actie. Strategieën en activiteiten werden ontwikkeld die zich op deze elementen richten. Zo werd er gedurende de hele interventie geïnvesteerd in persoonlijk contact tussen professionals en ouders. Ouders participeerden in de planning, implementatie en inhoud van interventieactiviteiten zoals groepsdiscussies. Er werd veel ruimte gecreëerd voor vragen, het delen van emoties en het oplossen van problemen.

Weer een heel ander project is het programma Station Inc. (Taylor et al., 2010). Dit is een cliëntgestuurde geestelijke gezondheidszorgorganisatie die een veilige en steunende omgeving, sociale verbindingen en activiteiten voor haar leden biedt. De contextuele sleutelfactoren die als werkzame elementen zijn aangemerkt zijn onder andere: coördinatoren die acceptatie en empowerment (gedefinieerd als het geloof in jezelf) benadrukken en zorgvuldig faciliteren, goed ontwikkelde regelingen, beleid en administratieve systemen die flexibel worden geïmplementeerd, ondersteuning en legitimering door het ggz-systeem op staats- en lokaal niveau en de bronnen in en connecties met de plattelandsgemeenschap.

Stang & Mittelmark (2010) onderzochten een zelfhulpgroepinterventie voor vrouwen met borstkanker. Vrouwen werden uitgenodigd op het moment dat ze de diagnose kregen. De interventie omvatte drie professioneel begeleide zelfhulpgroepen die achtereenvolgens actief waren, elke groep gedurende ongeveer vier maanden. Elke groep bestond uit vijf tot zeven deelnemers die elkaar wekelijks ontmoetten. Verschillende empowermentstrategieën werden geïnitieerd door de professionele begeleiders, met als doel het vergroten van zowel empowermentprocessen als het managen van stress. Vooral het groepscontact en de kameraadschap die dat opleverde, werden als empowerend ervaren.

Een andere interventie uit de steekproef is de 'Health Empowerment Intervention' (HEI) voor oudere volwassenen die thuis wonen (Shearer et al., 2010). HEI bestaat uit zes wekelijkse bezoeken, waar de controlegroep zes weken lang een wekelijkse nieuwsbrief ontvangt. Doel van de bezoeken is de ouderen ervan bewust te maken welke middelen er in de samenleving beschikbaar zijn om langer thuis te kunnen blijven wonen. De interventie wil de toegang tot dit soort middelen vergroten alsmede het doelgericht kunnen zijn en persoonlijke groei.

Wood et al. (2010) hebben een empowermentinterventie in het kader van de verslavingszorg onderzocht. De interventie is een inter-persoonlijk, interactief, ervaringsdeskundig trainingsprogramma dat motivatie, copingvaardigheden, sociale steun en groepscohesie stimuleert. De interventie 'Say It Straight' is uitgevoerd in een faciliteit voor co-educatieve langdurige residentiële behandeling voor verslaving (alcohol en andere drugs, seksuele verslaving, eetstoornissen, dwangmatig winkelen en gokken) en gelijktijdig bestaande psychiatrische diagnoses. De training is mede door de deelnemers ontwikkeld. Deelnemers kiezen situaties uit hun leven die uitdagend zijn en die worden nagespeeld als 'films'. De deelnemer speelt en ervaart alle rollen en kan daarop reflecteren. Het idee hierachter is dat de motivatie om te veranderen, de vaardigheid om positieve veranderingen te implementeren, self-efficacy, empathie, positieve ondersteuning en groepscohesie geworteld zijn in hun eigen ervaringen en in de *feedback* die ze krijgen van anderen.

2.5 Conclusie

Door het bestuderen van een steekproef is er een antwoord gekomen op de vraag op welke manieren en bij welke doelgroepen het woord 'empowerment' wordt toegepast binnen de onderzoeksliteratuur. We hebben kunnen zien dat empowerment diverse gedaantes heeft. Grofweg zijn er drie gebieden te herkennen waarbinnen het begrip empowerment wordt toegepast en een invulling krijgt.

Empowerment is een persoonlijk en meetbaar kenmerk. Binnen de context van *organisatiedoeleinden* richten structurele empowermentstrategieën zich op het creëren een (werk)omgeving waarin werknemers gefaciliteerd worden om meer betrokkenheid bij en invloed op de organisatie te hebben. Aangetoond wordt dat dit leidt tot 'psychologische' empowerment, gedefinieerd als een vergroten van zingeving, competentie, zelfbeschikking en impact. Terugkerende boodschap over empowerment in de artikelen is dat het kan ontstaan als de omgeving dat *faciliteert*.

Empowerment is een waarde binnen de zorg. Binnen de context van *hulpverlening* richt empowerment zich op het in staat stellen van de patiënt om daadwerkelijk autonome en geïnformeerde beslissingen te kunnen nemen. Met als kanttekening dat het niet gaat om het eenzijdig overdragen van kennis of om het overdragen van technische of medische verzorgingstaken aan de patiënt of mantelzorgers, maar dat het creëren van het gevoel van veiligheid en ondersteuning belangrijker is, evenals het vertrouwen dat de best mogelijk zorg, op menselijke en individugerichte manier wordt geleverd. Terugkerende boodschap over empowerment is dat een *veranderde houding van zorgverleners* (een andere bejegening) nodig is, die meer gericht is op het ondersteunen van de autonomie.

Empowerment is het doel of middel van interventies voor kwetsbare mensen. Binnen de context van *empowermentprojecten*, die heel verschillend van aard zijn, blijkt een terugkerend principe te zijn dat er een *integrale* aanpak wordt gehanteerd die zich zowel richt op het vergroten van kennis en vaardigheden als op het bieden van een steunende omgeving en het organiseren van activiteiten, regelingen of beleid. De projecten richten zich vaak op (de ondersteuning van) het individu *en* op het faciliteren van een empowerende omgeving. Hierdoor worden kwetsbare mensen zelfbewuster en kunnen zij meer mogelijkheden binnen hun bereik brengen om beslissingen over hun eigen leven te kunnen nemen. Terugkerende boodschap over empowerment is dat er vaak op *meerdere manieren en in verschillende lagen* gewerkt moet worden om empowerment te bevorderen.

Ondanks het feit dat empowerment steeds iets anders representeert, zijn het dus de empowermentprincipes 'faciliteren', 'ondersteunen' en 'integrale aanpak' die in deze artikelen steeds terugkomen.

Empowerment en onderzoek

Als we de steekproef bekijken, lijkt het op het eerste gezicht duidelijk wat onder empowerment wordt verstaan. Er zijn ook principes van empowerment aan te wijzen. Toch is het opvallend hoe veel verschillende interpretaties empowerment

kent. In feite krijgt het concept in elk artikel een andere inhoud. Zo kan empowerment een doel, werkwijze, uitkomstmaat of proces zijn, een statisch en dynamisch karakter hebben en op individuen of organisaties van toepassing zijn. Het woord empowerment lijkt uiteenlopende zaken met elkaar te verbinden: organisatiedoel-einden, kenmerken van de hulpverlening, preventie en individuele gedragsverandering, georganiseerde zelfhulp en onafhankelijke cliëntinitiatieven. Daarbij komt dat empowerment veelal vereenvoudigd wordt tot een bepaalde uitkomstmaat, een meetbaar kenmerk of methodiek, gericht op (niet-kwetsbare of kwetsbare) individuen. Dat wringt met het brede concept zoals in de inleiding beschreven.

Deze diversiteit aan interpretaties van het begrip roept vragen op over de vergelijkbaarheid van de artikelen en over de mogelijkheid om op basis van de literatuur 'empowerende' interventies te identificeren. We zullen namelijk antwoord moeten hebben op de vraag wat 'empowerend' dan precies is, om te weten waar we precies naar zoeken. Op basis van de literatuur is het moeilijk daar eenduidige uitspraken over te doen. Het lijkt alsof iedere vorm van 'vooruitgang' of 'versterking' (het doel van elke interventie) al snel als empowerment kan worden bestempeld. Hoewel er principes zijn aan te wijzen, is er nog geen solide basis ontstaan om werkzame bestanddelen van empowerment te identificeren. Het probleem blijft dat door een gebrek aan theoretische fundering en uiteenlopende onderzoeksmethoden, de onderlinge samenhang van artikelen (bijvoorbeeld bij een systematische review) vaag blijft. Om dieper door te dringen tot de vraag wat empowerment betekent, is een andere methode nodig. Daarom doen we in hoofdstuk 3 een theoretische verkenning naar het begrip.

Een theoretische verkenning van empowerment

3

In dit hoofdstuk ondernemen we een zoektocht naar de essentie van het begrip empowerment. We doen een poging om betekenissen uit het verleden en het heden aan elkaar te verbinden. Van oorsprong is empowerment verbonden met de strijd van individuen die zich in een maatschappelijk onderdrukte positie bevinden, om meer regie en handelingsvrijheid te verwerven. Daarom kunnen we het beschouwen als een 'kritisch' concept. Met behulp van de kritische theorie hopen we het begrip empowerment meer fundament te geven en daarmee een conceptueel kader te introduceren dat anno 2012 behulpzaam kan zijn bij het beantwoorden van de vraag: wat is empowerment precies en hoe kunnen we bijdragen aan processen van empowerment van kwetsbare doelgroepen?

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit vier inhoudelijke paragrafen en een concluderende paragraaf. De inhoudelijke paragrafen bevatten subparagrafen waarin we theorie bespreken. Aan het eind van elke paragraaf is een 'halte' opgenomen waarin we reflecteren op de inzichten over empowerment die tot dan toe verworven zijn. Zo bouwen we stap voor stap aan een conceptueel kader van empowerment. In elke paragraaf wordt dat bouwwerk een stukje uitgebreid.

3.1 Empowerment in de kritische theorie

3.1.1 Freires reflection & action

Volgens sommigen is het begrip empowerment voor het eerst opgedoken bij de Braziliaanse pedagoog Freire (1970). Freire onderzocht de onderdrukte positie van de groep arme analfabeten in zijn land en signaleerde daarbij iets belangrijks: mensen beleven hun situatie veelal als een noodlot, een gegeven waaraan niets te veranderen is. Hierdoor komen mensen niet snel in actie. Door te leren onderscheid te maken tussen de huidige situatie en de mogelijke situatie, is verandering mogelijk, aldus Freire. Freire's visie op empowerment kenmerkt zich door *reflection & action* en gaat over het verleggen van de grenzen in de eigen situatie. Die grenzen bestaan echter niet alleen als subjectieve beleving, maar weerspiegelen ook een objectief 'feit'. Objectieve politieke en maatschappelijke tegenstellingen op een

bepaald moment en de plaats in de geschiedenis, bepalen het kader van mogelijkheden. Freire benoemt de *dialog* als kernmiddel in het opsporen en bespreekbaar maken van die grenssituaties. De dialoog is niet alleen bedoeld om de situatie te leren begrijpen, maar is tevens gericht op het realiseren van verandering. Deze visie onderscheidt zich door haar nadruk op culturele transformatie in plaats van sociale aanpassing. De verwezenlijking van mensen in de samenleving staat centraal, kortweg *humanisering*.

Volgens anderen is het begrip empowerment al eerder opgedoken, bijvoorbeeld in de burgerrechtenbeweging van de jaren vijftig en zestig (Rappaport, 1981) of in de vrouwenbeweging van de jaren zestig (Jacobs, 2001; Verzaal, 2002). Weer anderen zoeken de oorsprong in de ontwikkeling van het maatschappelijk werk in de Verenigde Staten aan het einde van de 19^e eeuw (Kaplan & Girard, in: Verzaal, 2002). Al vanaf die tijd worden kwetsbare bevolkingsgroepen geholpen met het zoeken naar oplossingen voor sociale en individuele problemen. Het gaat daarbij om het versterken van hun draagkracht en het stimuleren om zelf actie te ondernemen ter verbetering van de eigen situatie (Delahajj, 2004).

Maar waar we het beginpunt ook leggen, we kunnen stellen dat de oorsprong van het concept empowerment verbonden is met het streven naar emancipatie van sociaal achtergestelde individuen en groepen. Het begrip geeft uitdrukking aan de kracht van mensen om zelf daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen op (beperkende) levensomstandigheden. Maar het wordt ook meteen duidelijk dat er iets vreemds aan de hand is met het begrip empowerment. Want als empowerment gaat over het *zelf* invloed uitoefenen op de eigen levensomstandigheden, dan lijkt het daarmee in tegenspraak dat *anderen* nodig zijn om mensen van hun onderdrukte situatie bewust te maken. Is hier sprake van een paradox of is dit juist een kernpunt van empowerment?

3.1.2 Individu en maatschappij

De ideeën van Freire en de emancipatiebewegingen in algemene zin zijn te plaatsen binnen de theorievorming van het marxisme, waarin onderdrukking wordt gerelateerd aan vervreemding. Die vervreemding staat de *verwezenlijking als mens* in de weg en kan worden doorbroken door bewustwording en maatschappelijke strijd. Het vraagstuk dat in de marxistische theorievorming centraal staat, is: In hoeverre worden mensen bepaald door de maatschappelijke verhoudingen (zijn ze object van de maatschappelijke geschiedenis) en in hoeverre bepalen mensen *zelf* hun geschiedenis? Marx gaat uit van een dialectische verhouding tussen bepalen en bepaald worden, tussen subject en object zijn. Anders gezegd: er zijn altijd zowel keuzes die je zelf maakt als keuzes die voor je gemaakt worden. Juist in de tegenstelling

tussen bepalen en bepaald worden, ligt de basis voor maatschappelijke verandering. Verandering is het gevolg van menselijk ingrijpen in ogenschijnlijk vastliggende 'objectieve' verhoudingen.

De ideeën van Marx vormen het begin van een uitgebreide traditie van sociologische en filosofische theorievorming over de relatie tussen individu en maatschappij. Die theorievorming gaat door tot op de dag van vandaag en we kunnen er de gedachtevorming over empowerment onder plaatsen. Vooral het werk binnen de Frankfurter Schule (kritische theorie) is daarbij van toepassing. De kritische theorie legt een verbinding tussen de maatschappijtheorie van het marxisme en de psychoanalytische theorie over de persoonlijkheid van Freud. In dit samenbrengen van aspecten van de binnen- en buitenwereld ligt een kernprincipe van empowerment, zoals we later in dit hoofdstuk zullen concluderen.

De theorieën van Marx en Freud sluiten op elkaar aan omdat zij (volgens de kritische theorie) emancipatorische kennis opleveren die is gericht op bevrijding uit machts- en afhankelijkheidsverhoudingen. Zo stelt Marcuse (een belangrijk vertegenwoordiger van de kritische theorie) in zijn boek 'Eros en cultuur' (Marcuse, 1968): "Volgens Freud is de geschiedenis van de mens de geschiedenis van zijn repressie." De leer der repressie is de hoeksteen waarop de gehele structuur van de psychoanalyse rust en is er het meest essentiële onderdeel van (Jacoby, 1975). Binnen beide denkkaders wordt het leven omschreven als een voortdurende strijd tegen repressie en conflicten.

Door zowel naar de conflicten en tegenstellingen in de samenleving als naar de conflicten en tegenstellingen binnen het individu te kijken, worden nieuwe visies op subject-objectrelaties ontwikkeld, die de mogelijkheden onderzoeken om als individu überhaupt keuzes te kunnen maken en regie te voeren over het eigen leven. Een belangrijk denker die voortkomt uit de kritische theorie, Jürgen Habermas, stelt dat moderne maatschappijen gekenmerkt worden door een steeds verdergaande verzelfstandiging van twee maatschappelijke domeinen ten opzichte van elkaar: enerzijds de *leefwereld* waar het communicatieve handelen bepalend is en anderzijds de *systeemwereld*, waar het strategisch handelen centraal staat. De *leefwereld* is het domein waar de betekenisgeving plaatsvindt. Hiermee wordt bedoeld dat mensen met elkaar uitwisselen en 'in dialoog zijn' over hoe en vanuit welke betekenis zij met elkaar omgaan en hun leven vorm geven. Dit is de ruimte waar de *identiteit* van de persoon wordt gevormd en tot uiting komt en waar het individu in samenspraak met anderen, 'subject' kan zijn van zijn levensomstandigheden. Tegenover de leefwereld ontstaat een *systeemwereld*, waarin het handelen van mensen via anonieme machtsmechanismen op elkaar afgestemd wordt. De economische en

politieke systemen functioneren hier op basis van de principes van geld en macht en kennen een eigen dynamiek, die niet of onvoldoende door mensen communicatief gecontroleerd kan worden. Habermas wijst op de culturele verwarring, de afnemende solidariteit tussen groepen en individuen en ten slotte op psychische problemen, waarmee velen te kampen hebben. Deze problemen herleidt hij tot het feit dat de eisen die voortvloeien uit de systeemwereld steeds meer binnendringen in de leefwereld en daar de communicatieve processen ondermijnen of doen versralen. Mensen worden in de rol van consument en cliënt gedrukt en kunnen in die rollen nauwelijks invloed uitoefenen op hun eigen levensomstandigheden. Dit proces noemt hij kolonisering van de leefwereld (Kunneman, 1989).

De ideeën van Michel Foucault, die vooral in de jaren zeventig en tachtig grote invloed hebben gehad, gaan nog een stap verder. Foucault wijst op de voortdurende processen van normalisering en disciplineren van individuen, die plaatsvinden door maatschappelijke instituties zoals het recht, het leger, het onderwijs en de gezondheidszorg. Deze instituties zijn van invloed op ieder individu; zij nemen bezit van de lichamen van individuen en ontnemen hen de macht om het eigen leven te bepalen. In zijn boek 'Geschiedenis van de waanzin' (1961) beschrijft Foucault hoe deze disciplineringsmechanismen zich hebben ontwikkeld binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hij beschrijft hoe totalitaire instellingen en diagnoses werkzaam zijn als ultieme machtsmiddelen over 'zieken' en 'gekken' en daarmee tegelijkertijd ook voor 'normalen' de norm stelt over wat gezond en afwijkend is. Dit boek vormt een belangrijke basis voor de anti-psihiatrische beweging (Cooper/Laing), die heeft geleid tot hervormingen in de psychiatrie.

3.1.3 Eerste halte: Empowerment als 'kritisch' concept

Als we kijken naar de oorspronkelijke betekenis van het begrip bij bijvoorbeeld Freire (1980), kunnen we concluderen dat empowerment een 'kritisch' concept is. Het duidt de strijd aan van individuen die zich in een maatschappelijk onderdrukte positie bevinden om zelf meer regie en handelingsvrijheid te verwerven. In termen van Habermas spreken we over de strijd om de overheersing van het systeem over de leefwereld te beperken, met als doel de leefwereld te vergroten. In termen van Foucault zou het gaan over het bieden van weerstand tegen waarheids- en machtspraktijken die de mens in een keurslijf plaatsen en tot willoze objecten maakt, vaak zonder dat zij het zelf beseffen.

Empowerment gaat in de kern over het verschuiven van de balans van bepaald worden naar zelf bepalen, oftewel: 'meer subject worden' van de eigen levensomstandigheden. Dit uit zich in een vergroting van handelingsmogelijkheden, het hebben van werkelijke keuzes om je (maatschappelijk) leven in te vullen. Maar het heeft ook

te maken met individuele en gezamenlijke kracht en macht om veranderingen te bewerkstelligen en de regie daarover te voeren en daarmee een verbeterde positie binnen de maatschappij te verwerven.

Nu we empowerment algemeen hebben beschreven als het 'meer subject worden' van individuen van hun leefomstandigheden, onderzoeken we of en hoe het gedachtegoed van de kritische theorie een handvat kan bieden voor het begrijpen van de hedendaagse betekenis van empowerment voor kwetsbare doelgroepen binnen zorg en welzijn.

3.2 Kwetsbare doelgroepen en empowerment

3.2.1 Wat verstaan we onder kwetsbare doelgroepen?

In Nederland is er een grote, diffuse groep van ongeveer 2,5 miljoen mensen met een tijdelijke of structurele ondersteuningsbehoefte die meestal gebruik maken van collectieve voorzieningen (Beun, 2006). Hieronder vallen mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte, mensen met een chronische psychische beperking, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met psychosociale of materiële problemen, mensen met opvoed- of opgroeioproblemen en mensen die betrokken zijn bij huiselijk geweld. Bovendien is er een groep mensen met meervoudige problematiek, meestal zonder duidelijke hulpvraag, bijvoorbeeld mensen binnen de Openbare geestelijke gezondheidszorg (Oggz).

Voor al deze doelgroepen geldt dat de kwetsbaarheid individuele, sociaaleconomische en gemeenschapsdimensies heeft. Een lichamelijke of psychische beperking kan bijvoorbeeld persoonlijke klachten zoals pijn, moeheid, angst of stemmingsklachten teweegbrengen. Maar het kan ook het onderhouden van sociale contacten en relaties, het (zelfstandig) wonen, het vinden of behouden van werk of een zinvolle dagbesteding in de weg staan. De manier waarop de maatschappij is ingericht - denk bijvoorbeeld aan sociale zekerheid, eisen op de arbeids- en woningmarkt, maar ook maatschappelijke beeldvorming en stigmatisering - heeft evenzeer invloed op de mate waarin mensen met dergelijke beperkingen 'erbij horen' en in staat worden gesteld te participeren. 'Kwetsbaar' zijn manifesteert zich dus op micro-, meso- en macroniveau en wordt ook door al deze niveaus beïnvloed.

Een gelaagde benadering van kwetsbaarheid zien we ook terug in de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Dit classificatie-instrument van de World Health Organization (WHO, 2002) is bedoeld voor het beschrijven van het menselijk functioneren. Hierin worden verschillende dimensies

gestructureerd. Het menselijk functioneren wordt beschreven op

1. het *persoonlijke* niveau
2. het *niveau van handelen*
3. het *maatschappelijk participeren*.

Kwetsbaarheid/disability wordt gedefinieerd als een verstoring of belemmering in deze niveaus. Daarop zijn volgens de ICF zowel *persoonlijke* als *externe* factoren van invloed.



Op het persoonlijke niveau kan er bijvoorbeeld een beperking bestaan in mentale functies (slaap, bewustzijn, stemming, denken, perceptie, geheugen et cetera) sensorische functies en pijn, stem en spraak, anatomische en functionele verstoringen in het lichaam (bewegingsapparaat, hart- en vaatstelsel, spijsverteringsstelsel et cetera). Op het niveau van handelen en participeren kan gedacht worden aan beperkingen in het leren en toepassen van kennis, communicatie, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interacties en relaties, opleiding, werk en het vervullen van maatschappelijke, sociale en burgerrollen (World Health Organization - Family of International Classifications (WHO-FIC), 2002).

Wanneer we wat meer inzoomen op de niveaus, kunnen we een aantal levensgebieden onderscheiden waarbinnen een beperking zich kan manifesteren.

- Gezondheid (lichamelijk en psychisch functioneren)
- Woon- en leefomgeving (zelfverzorging, huishouden, algemene taken)
- Relaties en sociale contacten (communicatie, interactie en mobiliteit)
- Opleiding, beroep en werk, dagbesteding (leren en toepassen van kennis)
- Inkomen, sociale zekerheid (economisch leven / zelfstandigheid)
- Persoonlijke levensstijl, zingeving en burgerschap (maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven).

Het zijn deze levensgebieden waarbinnen het individu *zijn identiteit, in samenspraak met anderen* al of niet vorm kan geven. Naarmate deze levensgebieden meer bepaald worden door externe factoren, bijvoorbeeld instituties zoals grote

ziekenhuizen en inrichtingen, zal het gevoel van eigenmacht en zelfbeschikking afnemen. Erkenning van dit feit heeft in de afgelopen 30 jaar geleid tot een omslag in de manier waarop er in de maatschappij en de zorg wordt omgegaan met kwetsbare doelgroepen. Het heeft gezorgd voor een beweging richting vermaatschappelijking.

3.2.2 Vermaatschappelijking: kansen voor empowerment

Traditioneel werden mensen met langdurige fysieke of mentale beperkingen gehuisvest in grootschalige instellingen en tehuizen, waar men zorg, opvang en begeleiding ontving. In de afgelopen drie decennia is daarin veel veranderd. In Nederland groeide sinds de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, onder andere op basis van de theorieën van Foucault, de overtuiging dat mensen met langdurige beperkingen beter af zijn in hun eigen woonomgeving. Bewoners, professionals en maatschappelijke groeperingen kwamen in opstand tegen het regime van de tehuizen. Men wees op de negatieve kanten van een langdurig verblijf in een instelling, zoals hospitalisering. In tehuizen zijn mensen voor de meeste levensgebieden, zoals wonen, zorg, welzijn, werken, dagbesteding, afhankelijk van wat de zorginstelling aanbiedt. Dit betekent dat men de regie over het eigen leven kwijt raakt en dat gaat gepaard met een gevoel van verlies van identiteit. Gevolg is dat mensen in een dergelijke situatie zich steeds afhankelijker en passiever gaan opstellen. De gedachte is dat wanneer de macht van hulpverleningsinstanties vermindert, cliënten meer macht zullen krijgen over hun eigen levenssituatie en beter in staat zullen zijn een zo gewoon en onafhankelijk mogelijk leven te leiden (Van der Beek, 1980; Van Ewijk et al., 2007). Ook zou de zorg, geboden aan mensen in hun eigen woonsituatie en omgeving, veel beter kunnen aansluiten bij de mogelijkheden die zich daar voordoen. Het uitgangspunt is dat problemen beter aangepakt kunnen worden waar ze ontstaan zijn, waar ze beleefd en geleefd worden. Dit biedt meer aangrijpingspunten voor mensen om meer controle te krijgen over hun eigen situatie.

Deze verandering in denken heeft geleid tot ingrijpende veranderingen in de praktijk van de zorgverlening. Protestbewegingen en acties hebben ertoe geleid dat patiënten werden 'bevrijd' uit de grootschalige instituten. Instellingen werden afgebroken en vervangen door kleinschalige voorzieningen. Deze processen van extramuralisering voltrokken zich het eerst in de zorgverlening aan ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten (Kwekkeboom & Koops, 2005). Later volgde ook de zorgverlening aan andere doelgroepen.

Het bereiken van een grotere maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen was het belangrijkste doel van deze extramuralisatie. In de praktijk ontstonden er echter ook belemmeringen. Het aanbod aan beschermde woonvormen,

extramuraliseringsprogramma's en transmurale teams bleek niet altijd voldoende om de patiënten in de maatschappij de benodigde continuering van zorg te leveren (Theunissen et al., 2008). Sommige patiënten konden zonder intensieve hulp hun leven nauwelijks op orde krijgen, laat staan in de maatschappij integreren. Dit heeft ook te maken met het gebrek aan samenhang van voorzieningen op het gebied van zorg, behandeling, begeleiding, dienstverlening, huisvesting en dagbesteding (Kwekkeboom & Koops, 2005). Die samenhang, die in de intramurale voorzieningen vanzelfsprekend was, wordt met de tendens van extramuralisering doorbroken.

Ten tweede werd en wordt de tendens tot vermaatschappelijking belemmerd door een gebrek aan ondersteuning en acceptatie vanuit de samenleving zelf. De sociale netwerken van mensen met beperkingen zijn veelal kleiner dan die van mensen zonder beperkingen (Kwekkeboom, 2001; De Klerk, 2002). Ouderen, lichamelijk gehandicapten, mensen met een verstandelijke handicap en chronisch psychiatrische patiënten kregen te maken met uitsluiting en sociaal isolement en werden in het ergste geval aan hun lot over gelaten (Kwekkeboom & Koops, 2005). Door de traditie van opnames in grote instellingen in het bos was de 'gewone samenleving' nauwelijks met deze doelgroep geconfronteerd. Nadere kennismaking leek niet altijd te leiden tot een betere acceptatie, eerder tot het tegenovergestelde (Kwekkeboom & Koops, 2005; Overkamp, 2000).

3.2.3 De zelfredzame burger

Vermaatschappelijking leidt niet vanzelfsprekend tot maatschappelijke participatie en integratie. Daarnaast speelt er nog iets anders. Het proces van vermaatschappelijking wordt enerzijds ingegeven door een oprechte behoefte om mensen te 'bevrijden' uit de afhankelijkheid van instituties. Tegelijkertijd zijn er andere motieven die een rol spelen. De zorgsector heeft sinds de jaren negentig te maken met een roep om verzakelijking. Interventies vanuit de overheid worden gericht op een functiegerichte ordening in de zorg, introductie van marktwerking en een bestuurlijke decentralisatie (Van der Laan, 2008). Dit gaat gepaard met een herziening van de financieringskaders. Zo worden grote delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) bijvoorbeeld overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Hiermee wordt het algemene recht op voorzieningen beperkt (Van Hoof et al., 2009). Het individu wordt als *zorgconsument* aangesproken en de gezondheidszorg wordt binnen de werking van de markt gebracht. De maatschappij wordt individualistischer en de nadruk verschuift van solidariteit naar zelfredzaamheid en *eigen verantwoordelijkheid*.

Ook de Wmo is een uitdrukking van deze paradigmawisseling. Door zich te beroepen op het concept van de zelfredzame burger, verwacht de wetgever dat mensen

met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem, minder vaak een beroep zullen doen op professionele zorg. Vanuit deze gedachte dient het uitgangspunt van welzijnswerk en maatschappelijke dienstverlening te zijn dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun zelfredzaamheid. Het is de burger zelf die moet bepalen of en in hoeverre hij redzaam wil zijn, aan de samenleving wil deelnemen. En mocht er een reden zijn waarom een burger niet in staat is om zichzelf te redden dan wordt in eerste instantie verwacht dat hij de nodige hulp zelf regelt door voor hulp of ondersteuning te betalen of door mensen in de naaste omgeving om deze hulp te vragen. Pas in laatste instantie kan de betrokkene aankloppen bij de gemeente. In dat geval geldt het zogenaamde 'compensatiebeginsel', dat gemeentes verplicht voorzieningen te bieden om de zelfredzaamheid te versterken (www.movisie.nl). Het is niet langer de taak van de overheid om voorzieningen te treffen voor kwetsbare mensen (Kwekkeboom & Jager-Vreugdenhil, 2009).

Met deze paradigmawisseling treedt er ook een verschuiving op in het concept van empowerment. Kwam het begrip voort uit oppositiebewegingen, tegenwoordig staat het in het centrum van het overheidsbeleid. De redenering die nu veel gehanteerd wordt is: door het individu te 'empoweren' is het in staat om zelf de regie te nemen over zijn leven en gezondheid. Het individu komt centraal te staan en is niet langer 'object' van zorg en 'betuttelend' overheidsingrijpen. Door niet de nadruk te leggen op *ziekte en zorg*, maar juist het individu aan te spreken op zijn *gedrag en gezondheid* (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010 A), worden twee doelen tegelijkertijd bereikt. Het individu krijgt de regie over zijn leven én de stijgende zorgkosten kunnen in de hand worden gehouden.

3.2.4 Tweede halte: empowerment geen vrijbrief voor 'ontzorging' van de samenleving

Het is de vraag in hoeverre empowerment, zelfredzaamheid en kostenbesparing samengaan. De gedachte is dat de versterking van empowerment en zelfredzaamheid er automatisch toe leidt dat sociaal kwetsbare groepen een kleiner beroep zullen doen op professionele zorg. Is dit realistisch?

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) is duidelijk in zijn beweegredenen. De zorgsector zal in de nabije toekomst de enorme groei van de zorgvraag niet meer kunnen opvangen. Dit is het gevolg van veel factoren, zoals de toename van het aantal mensen met chronische en blijvende beperkingen, de dubbele vergrijzing en de toegenomen medische mogelijkheden. Dit alles in combinatie met een krapper wordend zorgbudget (als gevolg van de economische crisis) en een tekort aan zorgpersoneel. Als oplossing biedt de RVZ een krachtig perspectief waarbij de zorgconsument wordt aangesproken als actief burger op zoek naar gezondheid en naar

kansen om mee te doen in de samenleving. *'Het betekent wel dat de burger zelf moet betalen voor zijn zorg. Maar ook dat hij beloond wordt voor gezond gedrag.'* (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010A).

Wanneer we deze zinsneden in verband brengen met de maatschappijtheorie van Habermas, dan kunnen we stellen dat gezondheid uit de sfeer van de leefwereld wordt getrokken en onder het regime van de markt wordt gebracht, waar anonieme machtsmechanismen bepalend zijn voor de inhoud, kwaliteit en toegankelijkheid ervan. Gezondheid wordt zo als 'koopwaar' gedefinieerd en hiermee in de sfeer van de systeemwereld gebracht.

Toch is het ook een veelbelovend perspectief dat de RVZ schetst; een perspectief dat ook dominant is binnen het hele debat over gezondheid en zorg. De nadruk op zelfredzaamheid, de cliënt als gelijkwaardig partner in de zorg, deze beelden spreken aan en worden ook door patiëntenorganisaties positief ontvangen.

Dit maakt het ingewikkeld om de manier waarop anno 2012 het concept empowerment wordt ingevuld, op waarde te schatten. We kunnen het 'empowerment-offensief' opvatten als een stevige ondersteuning van de kwetsbare mens in de samenleving. Maar we kunnen het ook, in het voetspoor van Habermas en Foucault, beschouwen als een vorm van schijncommunicatie, dat wil zeggen een vorm van strategisch handelen, 'verpakt' als communicatief handelen. Als het primaire doel niet het uitbreiden van de handelingsmogelijkheden *binnen de leefwereld* is maar het beheersen van zorgkosten, zou men dit kunnen opvatten als een nieuwe vorm van 'kolonisering' van de leefwereld door het *systeem*.

In dat geval zijn het niet zozeer de (intramurale) instituties van de zorg die interfereren in de leefwereld, maar de *verwachting/opgave* van zelfredzaamheid (zie ook Van Heerikhuizen in: Schuyt (red), 1997). Het verantwoordelijk stellen van het individu voor zijn gezondheid, sociale participatie en arbeidsparticipatie, suggereert dat mensen daadwerkelijk vrij zijn om eigen keuzes te maken binnen hun levensgebieden. Echter, die *ziekte of kwetsbaarheid* belemmert mensen juist om zich 'te ontplooiën in de samenleving', het huis uit te gaan, contacten te leggen, te werken en geld te verdienen. Het runnen van het eigen dagelijkse leven is vaak al een behoorlijke opgave, het zorgen voor zichzelf, het voeren van een zelfstandig huishouden en alles wat daar bij komt kijken. Hoewel de kwetsbaarheid vele gedaanten kan hebben, is een overeenkomstig kenmerk dat het juist een zekere mate van afhankelijkheid met zich meebrengt. De afhankelijkheid kan zich uitstrekken van het gebied van zelfzorg, het uitoefenen van activiteiten, communicatie, mobiliteit enzovoort. Wanneer deze afhankelijkheid genegeerd wordt en mensen in deze situatie van

(zorg)afhankelijkheid zich onder het mom van empowerment alleen moeten zien te redden, kan dit juist leiden tot sociaal isolement en machteloosheid. En dat is het tegenovergestelde van empowerment.

Samenvattend concluderen we dat empowerment verschoven is uit de periferie van oppositiebewegingen naar het centrum van overheidsbeleid. Hiermee lijkt het doel van empowerment samen te gaan met doelen als kostenbesparing. Empowerment van kwetsbare doelgroepen leidt echter niet automatisch tot minder zorgafhankelijkheid. Empowerment zoals we die gedefinieerd hebben vanuit de kritische theorie, *kan* wel leiden tot een grotere zelfredzaamheid, maar richt zich in eerste plaats op *subjectwording* waarbij afhankelijkheid die onvermijdelijk is, juist erkenning krijgt.

3.3 Empowerment als tweezijdig proces

3.3.1 De kwetsbaarheid als systeem

We zijn in de vorige paragraaf geëindigd met de conclusie dat voor mensen die te maken krijgen met een bepaalde kwetsbaarheid en daarbij behorende afhankelijkheid, een empowermentopvatting waarin het slechts gaat om meer onafhankelijkheid (van zorg) en eigen verantwoordelijkheid, onvoldoende is. Deze doelgroepen hebben immers te maken met een beperking of kwetsbaarheid die invloed heeft op de invulling en mogelijkheden van de verschillende levensgebieden. Analoog aan de analyse van Freire over hoe individuen hun onderdrukte maatschappelijke situatie als noodlot ervaren, ervaren kwetsbare doelgroepen hun fysieke, psychische en/of sociale beperkingen of kwetsbaarheid zelf vaak ook als een onveranderlijk gegeven, een noodlot.

Wanneer we wat meer inzoomen op de aard van een beperking, een chronische ziekte of kwetsbaarheid, dan moeten we vaststellen dat de betrokkenen zich ook voor een voldongen feit gesteld zien. Een demeterende heeft onherroepelijk te maken met cognitieve achteruitgang; iemand met een verstandelijke beperking zal het normale onderwijs niet of niet zonder extra hulpmiddelen kunnen volgen. Leven met een ernstige psychische aandoening betekent veelal langdurig, al dan niet periodiek en in kleinere of grotere mate, last hebben van bijbehorende ziekteverschijnselen en kwetsbaarheden. Een leven op de grens van armoede betekent concreet dat men te weinig geld heeft om het dagelijks leven te bekostigen, een veilige woonsituatie te hebben of sociale en maatschappelijke rollen te vervullen.

Maar ook hier bestaan die grenzen van de eigen situatie enerzijds doordat sommige dingen ook werkelijk objectief vaststaan en onveranderbaar zijn (symptomen,

beperkingen); anderzijds doordat het individu deze situatie ook zelf als onveranderbaar *ervaart*. De verinnerlijking van machteloosheid en van het leven afgesloten zijn, worden 'onafwendbare wezenskenmerken' (Van Regenmortel, 2008), die worden versterkt door onbegrip en/of overmatige eisen in de samenleving. Bovendien kunnen maatschappelijke beelden over wat 'gezond en normaal' is, geïnternaliseerd worden en als 'interne beoordelingsinstantie' eisen opleggen waaraan nauwelijks te voldoen is. Ook deze eisen leggen een grote druk op het individu en kunnen ervaren worden als onvermijdelijk en onveranderlijk.

De beperking of kwetsbaarheid presenteert zich (in analogie met het begrippenkader van Habermas) als een 'intern systeem', dat zich, onafhankelijk van de wil van mensen, als autonoom proces aan ons voltrekt en de kaders voor ons handelen bepaalt. Net zoals de maatschappelijke systemen communiceert de beperking of kwetsbaarheid niet en kan zij zich als anonieme machthebber binnen allerlei levensgebieden manifesteren. Zowel de symptomen als de gevolgen van een beperking of kwetsbaarheid zelf als de machteloosheid die het oproept, kunnen de mogelijkheid om te handelen binnen de levensgebieden belemmeren.

Op deze wijze wordt de leefwereld van individuen niet alleen ingesnoerd door externe systemen in de buitenwereld die de grenzen van de mogelijkheden lijken te bepalen ('eigen verantwoordelijkheid', eisen op de arbeidsmarkt, de gevolgen van economische crisis en werkloosheid, sociale zekerheidsstelsel, woningmarkt, enzovoort). Ook de beperking of kwetsbaarheid zelf stelt grenzen aan de mogelijkheden van het individu om de regie te voeren over het eigen leven.

3.3.2 Empowerment als strijd tegen interne systemen

We hebben de beperking/kwetsbaarheid benoemd als intern systeem dat de mate waarin we 'subject' kunnen zijn van ons leven binnen de levensgebieden, beïnvloedt, net zoals de eerder beschreven maatschappelijke systemen dat kunnen doen. Dat betekent dat empowerment niet alleen betrekking heeft op ogenschijnlijk onveranderbare maatschappelijke omstandigheden, maar ook op de ogenschijnlijk onveranderbare kenmerken van de beperking of kwetsbaarheid. Zoals de grenzen van de macht van maatschappelijke systemen niet vastliggen, zo liggen ook de grenzen van de 'macht van de kwetsbaarheid' niet vast. Ze kunnen verschoven worden.

Analoog aan de analyse van Freire is er om meer macht te krijgen over de beperking of kwetsbaarheid een proces van *reflection & action* nodig, dat het veranderen wat veranderbaar is en het accepteren wat onveranderbaar is omvat.

Reflectie is nodig om te onderzoeken op welke punten de beperking of kwetsbaarheid de invulling van de levensgebieden beïnvloedt en welke grenzen daarin

veranderbaar zijn en welke niet. Essentiële stap daarin is 'het zelf' los te leren zien van de beperking/kwetsbaarheid (Boevink et al., 2008). Alleen dan kan men een realistisch inzicht in de eigen capaciteiten ontwikkelen. Tegelijkertijd kan dit bijdragen aan het te boven komen van gevoelens van schaamte en angst en toegroeien naar een aanvaarding van de beperking/kwetsbaarheid met de bijbehorende afhankelijkheid (Abdoli et al. (2008).

Reflectie omvat ook het onderzoeken wat men zou willen veranderen op de aspecten van de levensgebieden waar de ziekte macht op uitoefent, wat wensen of doelen zijn. Dit kan alleen als de huidige situatie en het 'noodlot'-gevoel (zie Freire) ter discussie worden gesteld. Ook ten opzichte van de ziekte/kwetsbaarheid gaat het dus om het leren onderscheid te maken tussen de huidige situatie en de mogelijke situatie, maar altijd *met* erkenning van de bestaande kwetsbaarheid of beperkingen. Van Regenmortel (2002, 2008) spreekt in dit kader van 'het aanscherpen van kritisch bewustzijn'.

Reflectie kan in dit geval gezien worden als het aangaan van de dialoog met je (innerlijke) zelf om grenssituaties op te sporen en ter discussie te stellen. De thema's die daarbij een rol spelen zijn zelfbeeld, existentie en zelfbeschikking (Björklund et al., 2008). Maar ook het aangaan van de dialoog met gelijkgestemden over deze thema's is een vorm van reflectie. Lotgenotengroepen en patiëntenorganisaties zijn daar voorbeelden van (Van Regenmortel, 2010).

Action betekent in dit geval strategieën ontwikkelen en uitvoeren waarmee de macht van de beperking/kwetsbaarheid binnen de verschillende levensgebieden verkleind wordt. Door te *ervaren* dat men daadwerkelijk invloed kan uitoefenen op de beperking, wordt het bewustzijn versterkt dat men inderdaad grenzen kan verleggen en daarmee de eigen macht over het leven kan vergroten. De beperking of kwetsbaarheid blijkt dan niet zo allesbepalend te zijn als men aanvankelijk dacht. Hoe die strategieën er precies uitzien, hangt in grote mate af van het soort kwetsbaarheid waarmee moet worden omgegaan. Het kan gaan om het inschakelen van hulpmiddelen om de eigen greep over de ziekte/kwetsbaarheid te vergroten. Dit kan afhankelijk van het soort kwetsbaarheid van alles zijn, bijvoorbeeld een signaleringsplan, medicijnwekker, rolstoel, geheugensteuntjes, rollator et cetera. Maar het kan ook verder reiken, zoals het hanteren van zelfmanagementstrategieën.

Veelal is er echter een collectief proces voor nodig, waarin mensen elkaar meenemen in het ontdekken van nieuwe mogelijkheden en het verleggen van grenzen. Het is, in aansluiting op Freire, juist deze *collectieve ervaring*, die de inspiratie biedt om 'oude zekerheden' los te laten en nieuwe stappen te durven zetten. Het is een kunst om stappen te zetten in het realiseren van doelen die voorheen onmogelijk werden geacht.

Het betekent dat je de oude manier van leven en het denken over je jezelf durft los te laten, uit je comfortzone stapt en nieuwe wegen inslaat. Dit proces komt niet op gang onder invloed van een of andere profetische leider of professional, die je opdraagt de gewenste stap te zetten. Het komt op gang door het verbond dat ontstaat wanneer mensen zich in communicatie en interactie met elkaar inspannen om een gezamenlijk doel te bereiken. Dit biedt de basis van waaruit het individu de wereld kan ontdekken, in plaats van zich eraan aan te passen. Hiervoor is wederzijds vertrouwen nodig en een constante dialoog tussen alle participanten.

De verschillende vormen van reflectie en actie zijn bijvoorbeeld in de herstelbeweging goed te herkennen. Zowel het realiseren van collectieve ervaring als het ontwikkelen en inzetten van vaardigheden om met symptomen om te gaan wordt van belang geacht. Het toepassen van zelfhulpstrategieën (zie onder andere Boevink et al., 2008; Boevink, 2009) is nodig om de ziekte en beperkingen zoveel mogelijk buitenspel te zetten. Dan kan er ruimte ontstaan voor de eigen doelen, het opbouwen van zelfvertrouwen en 'het gewone leven' (Boevink, 2009). Het gezamenlijk ontwikkelen van ervaringskennis door middel van het tot uitdrukking brengen van levensfragmenten is ook een belangrijke strategie om greep te krijgen op de eigen kwetsbaarheid, waardoor veerkracht wordt opgebouwd (Boevink, 2009; Van Regenmortel, 2010).

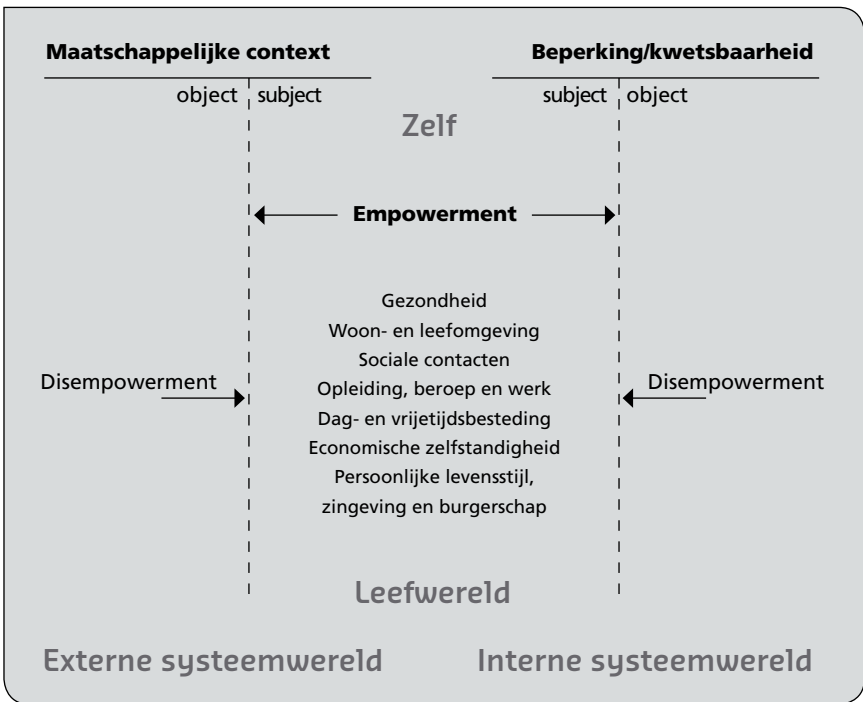
In analogie met de empowerment van mensen om zich los te maken en te bevrijden uit een maatschappelijke onderdrukkende situatie, is er strijd en solidariteit nodig om je los te kunnen maken uit de macht van de individuele kwetsbaarheid. Dit is geen lineair proces, maar verloopt soms grillig. Bovendien reikt het verder dan het individu: empowerment strekt zich uit van micro- tot macroniveau.

3.3.3 Derde halte: Empowerment als tweezijdig proces

De sociaal onderdrukte individuen en groepen waar empowerment zich oorspronkelijk op richtte en de kwetsbare doelgroepen waar empowerment zich nu op richt, hebben gemeen dat ze beide worden beperkt in hun mogelijkheid subject te zijn, invloed uit te oefenen op de invulling van hun leven. De context is anders maar de essentie van empowerment is gelijk gebleven, het gaat nog steeds over meer invulling kunnen geven aan het eigen leven en de strijd aangaan met systemen die het subject-zijn belemmeren. Bij de hedendaagse kwetsbare doelgroepen zijn dat niet alleen maatschappelijke systemen maar ook systemen die voortkomen uit de beperking of kwetsbaarheid zelf waar men mee te kampen heeft.

We kunnen empowerment nu omschrijven als een *tweezijdig* proces: meer greep krijgen, eigen kracht en zeggingskracht vergroten over de maatschappelijke

omstandigheden én over de beperking of kwetsbaarheid zelf. Hierdoor wordt de *leefwereld* (Habermas) vergroot waardoor de ruimte wordt vergroot waarbinnen 'het zelf' als subject, in samenhang met andere subjecten, vorm en inhoud kan geven aan het eigen bestaan. Dit komt tot uiting in belangrijke levensgebieden zoals gezondheid, woon- en leefomgeving, relaties en sociale contacten, opleiding, beroep en werk, dag- en vrijetijdsbesteding, economische zelfstandigheid, persoonlijke levensstijl en zingeving. Het gaat dus om de mate waarin het individu als actor binnen zijn levenssituatie optreedt en daarmee invloed uitoefent op of regie heeft over de wijze waarop de ziekte en kwetsbaarheid enerzijds en maatschappelijke systemen anderzijds zich in zijn leefsituatie manifesteren.



NB: Bij gebrek aan passender woorden blijven we de termen 'leefwereld' en 'systeemwereld' van Habermas gebruiken. De theoretische grondslag van dit schema is gebaseerd op de aanname dat er een verbinding bestaat tussen de maatschappijtheorie en de theorie over de persoonlijkheid zoals ook in kritische theorie wordt benadrukt (zie paragraaf 3.1.2).

Centraal in het schema staat de notie dat mensen om meer subject te worden voortdurend in strijd zijn met onderdrukkende factoren in de binnen- en

buitenwereld. Mensen zijn nooit geheel subject van hun maatschappelijke situatie. Maatschappelijke (economische en politieke) omstandigheden evenals maatschappelijke beeldvorming bepalen voor een deel de individuele mogelijkheden. De ruimte om deze maatschappelijke situatie te bepalen is echter flexibel; mensen kunnen invloed uitoefenen, bijvoorbeeld door inzet van talenten, door opleiding, door keuze van activiteiten en werkzaamheden, door politieke activiteiten of het creëren van sociale ontmoetingsplaatsen. Deze ruimte kan groter en kleiner zijn en is beïnvloedbaar.

Hetzelfde geldt voor beperking en kwetsbaarheid. Mensen kunnen hun eigen lichamelijke en psychische toestand niet volledig zelf bepalen. Ze zijn ook altijd object van ziekte, kwetsbaarheid, welzijn en gezondheid. Maar de ruimte om de eigen gezondheid en welzijn te bepalen is wel flexibel; deze ruimte kan groter en kleiner worden, naarmate men manieren vindt om de invloed van de ziekte of kwetsbaarheid op de handelingsmogelijkheden te verkleinen. Ook deze ruimte is dus beïnvloedbaar. Empowerment betekent het groter maken van die ruimte waarbinnen je invloed uitoefent over de levensgebieden. Wat dat precies inhoudt en wat daar voor nodig is, is dus voor iedereen verschillend.

3.4 Empowerment in relatie tot zorg en welzijn

In de vorige paragraaf hebben we een schema geïntroduceerd om het empowermentconcept te verhelderen. Op dit punt aangekomen, kunnen we onderzoeken hoe we het schema kunnen vertalen naar de praktijk van de zorg- en welzijnssector. Hoe kunnen processen van empowerment van doelgroepen binnen zorg en welzijn bevorderd worden? Kunnen we nu interventies aanwijzen die geschikt zijn om empowerment te stimuleren? In deze paragraaf onderzoeken we de rol van zorg en welzijn in relatie tot empowermentprocessen van diverse kwetsbare doelgroepen.

3.4.1 Empowerment te bereiken met behulp van interventies?

We hebben empowerment gedefinieerd als het 'meer subject worden' van je leven; het vergroten van de leefwereld. De vraag is of je daar binnen zorg en welzijn invloed op kan uitoefenen. Die leefwereld is voortdurend in verandering en bovendien voor iedereen anders. Dat betekent dat er geen standaardrecept kan bestaan voor empowerment. We kunnen niet eenvoudig een doel stellen en daar het juiste middel bij kiezen. Daarom is het moeilijk om empowerment rechtstreeks te verbinden aan het begrip 'interventie'. Het kenmerk van een klassieke interventie is dat het gaat om een handeling die gericht is op de intentionele beïnvloeding van een ander om een vooraf gesteld doel te bereiken (Van Beugen, 1977). Een interventie is dan ook per definitie instrumenteel van aard. Het gaat om de beïnvloeding van

de ene partij door (toedoen van) een andere partij. Om een interventie binnen het kader van communicatief handelen te trekken, is het noodzakelijk naar de *context* te kijken waarbinnen de interventie plaats vindt. Wordt de keuze voor doelen en middelen van de interventie *vooraf* in een open en machtsvrije dialoog tussen cliënt en hulpverlener bepaald, dan is sprake van een communicatieve situatie. Het subject kiest voor de interventie en gaat er vanuit dat de interventie behulpzaam is bij het vergroten van de eigen keuze- en handelingsmogelijkheden. Hiermee wordt het onderdeel van de leefwereld. Wordt de keuze van doelen en middelen echter extern bepaald, door bijvoorbeeld de waarheidsmacht van de hulpverlener of door de gegeven financiële of juridische kaders, dan is de context strategisch (systemisch) van aard. Het individu *ondergaat* de interventie en heeft daarin niet zoveel te kiezen. Hiermee wordt het onderdeel van de systeemwereld.

Tegenwoordig zijn door diagnose-recept modellen, protocollen en richtlijnen veel interventies binnen de gezondheidszorg en welzijnssector onder de principes van de marktwerking gebracht. De zorgverzekeringswet financiert omschreven diagnose-behandelcombinaties en veel zorgverlening wordt buiten de cliënt om -en zelfs ook buiten de professional om - bepaald en vastgelegd, bijvoorbeeld in de vorm van resultaatverplichtingen en tijdslimieten. Zouden we in hetzelfde kader een 'empowerment-interventie' als protocol omschrijven, met omschreven doelen en tijdslimieten, dan druipt dat in tegen de essentie van empowerment. Het is dan onwaarschijnlijk dat met deze interventie een empowermentdoel bereikt wordt, zelfs als het oprecht en goed bedoeld is. Wat noodzakelijk is voor empowermentmethodieken, is dat er een basis van *overeenstemming tussen subjecten over doel en werkwijze is* (een communicatieve situatie). In dat geval wordt het individu niet overheerst of geobjectiveerd, maar op zijn 'subject zijn' aangesproken. Van daaruit kan worden gezocht naar mogelijkheden om veranderingen te bewerkstelligen. Deze veranderingen zijn nooit gericht op assimilatie of eenzijdige aanpassing van de doelgroep aan de samenleving, maar op zelfgekozen en gewenste participatie. Dit vraagt van de zorg- en welzijnssector en van de samenleving als geheel een bereidheid om te reflecteren op de eisen van normaliteit (Kal, 2010).

In het kader van empowerment lijkt een aanpak met een klassieke interventie dus niet zo geschikt. In plaats daarvan zal er veel meer gezocht moeten worden naar mogelijkheden om communicatieve situaties te creëren. Empowerment *is* ook niet iets individueels, het is juist het vergroten van de ruimte waarbinnen het individu *in samenspraak met anderen*, 'subject' kan zijn van zijn levensomstandigheden (leefwereld, Habermas). Empowerment wordt zo een proces dat in interactie met gelijkwaardige anderen plaatsvindt. Interventies kunnen daarbij een rol spelen. Echter, niet de interventies maar het proces van de mensen zelf staat centraal.

'Power is not given, but created within the emerging praxis in which co-learners are engaged'. (Tom Heaney, Issues in Freirean Pedagogy, 1995)

Dit citaat van Heaney benadrukt dat empowerment niet iets is dat kan worden opgelegd, maar dat het ontstaat in de context van *co-learners*. "Men kan anderen niet empoweren, personen dienen zichzelf te empoweren, de omgeving dient dit proces wel te faciliteren door een appèl te doen op de (manifeste en latente) krachten van de betrokkenen en hun omgeving, door hulp- en steunbronnen toegankelijk te maken en open te stellen voor iedereen, in het bijzonder voor de kwetsbare personen of groepen die zogenaamd 'anders' zijn." (Van Regenmortel, 2009). Dit sluit aan bij Freires opvattingen dat *dialog* een voorwaarde voor empowerment is. Empowerment gaat uit van een autonomieprincipe dat niet zozeer gericht is op *zelfregie* maar meer op *gezamenlijke* regie. Hulp nodig hebben om te empoweren of van empowerment spreken wanneer er sprake blijft van zorgafhankelijkheid, is binnen het concept dus niet paradoxaal, ook al lijkt dat in eerste instantie wel het geval. Autonomie en verbondenheid inclusief afhankelijkheid zijn dus geen tegenstelling maar gaan hand in hand.

3.4.2 De rol van zorg en welzijn: ondersteunen en faciliteren van empowermentprocessen

Het belangrijkste kenmerk van empowerment is dus dat de doelgroep zelf in het centrum staat van het empowermentproces. Het gaat om het uitbreiden van hun leefwereld en het aangaan van de dialoog en reikt dus verder dan het niveau van het individu. Dit vereist een omslag in denken en werken binnen zorg en welzijn. Kwetsbare doelgroepen zijn tot nu toe steeds gedefinieerd vanuit het standpunt van de sector. Daarbinnen hebben zij een ontwikkeling doorgemaakt van patiënt naar cliënt en vervolgens naar zorgconsument. Binnen het empowermentparadigma worden zij echter niet gedefinieerd in relatie tot de markt of in relatie tot een voorziening. Het gaat om burgers die, ongeacht de situatie, hun leven vorm willen geven. Of ze nu een kwetsbaarheid hebben of niet. Om daaraan bij te dragen, heeft zorg en welzijn de opdracht aan te sluiten bij de leefwereld van de betreffende doelgroep. De rol die voor zorg en welzijn is weggelegd, ligt daarmee op het *mogelijk maken* van empowermentprocessen door (soms intensieve) ondersteuning te bieden aan individuen en groepen en door voorwaarden te scheppen en omgevingen te creëren waarbinnen individuele en collectieve empowermentprocessen kunnen plaatsvinden. Dit vereist een integrale manier van werken. De principes van ondersteunen en faciliteren van empowerment en integraal werken, kwamen in hoofdstuk 2 al naar voren en worden hier door de theorie bevestigd en onderbouwd. Ondersteunen en faciliteren betekent overigens niet een vermindering van zorg, meer afstand tot de kwetsbare doelgroepen of een verkleining van de

verantwoordelijkheden of taken van zorg en welzijn. De *manier van hulpverleners* en de *houding* van zowel hulpverleners als de kwetsbare doelgroepen verandert, niet de kwantiteit van het hulpverleners (zie ook paragraaf 3.2.4).

Ondersteuning bieden

Ten eerste kunnen hulpverleners op individueel of groepsniveau ondersteuning bieden bij processen van reflectie en actie, bij het opdoen van empowerende ervaringen en bij het baas worden over en accepteren van de beperking of kwetsbaarheid. Voor elke doelgroep ziet de inhoud van hulpverleners er anders uit, maar in alle gevallen zijn de *houding* van de hulpverlener en de manier waarop een methodiek wordt ingezet van doorslaggevend belang. Aansluiten bij de leefwereld betekent in de kern dat er een samenwerkingsrelatie nodig is waarin de hulpverlener zich niet te sturend opstelt maar wel nabij is en betrokken handelt. Van Regenmortel noemt dit 'Invoegen én toevoegen' (Van Regenmortel, 2008). Dit omvat oprechte aandacht en betrokkenheid, aanwezig zijn (Presentie, zie Baart, 2001,2004), respect, partnerschap, het appelleren aan de veerkracht en steunbronnen van cliënten en dialoog-gestuurde participatie als uitgangspunten van het ondersteunen van empowerment. Erkenning van en verdieping in ervaringskennis en het samenwerken met ervaringsdeskundigen krijgt daarbij een centrale plaats. Ervaringsdeskundigen kunnen namelijk door middel van dialoog de onbekendheid met de leefwereld van kwetsbare burgers en doelgroepen verkleinen (de 'missing link') en zo het hulpaanbod beter laten aansluiten op de hulpvraag (Goossens, in: Van Regenmortel, 2010).

Faciliteren en kwartiermaken

Ten tweede kan er vanuit zorg en welzijn worden bijdragen aan het faciliteren van empowermentprocessen door ruimte te creëren voor een uitbreiding van handlingsmogelijkheden van de doelgroep. Deze vorm van empowerend werken strekt zich uit van micro- tot meso- en macroniveau. Faciliteren van empowerment richt zich op het vergroten van de eigen en collectieve regie van een doelgroep, door het creëren van ruimte om eigen invulling te geven aan het leven. Vaak betekent het dat er een maatschappelijk klimaat moet worden gecreëerd waarin werkelijke, zinvolle en haalbare handlingsmogelijkheden binnen wonen, werken, sociale contacten, daginvulling et cetera voor mensen met een kwetsbaarheid ontstaan. Het vergroten van de acceptatie van 'anders zijn' en het tegengaan van uitsluitingsprocessen zijn daarbij belangrijk aandachtspunten. Het begrip Kwartiermaken staat voor de onderneming die een gastvrijere samenleving nastreeft (Kal, 2010). De ontmoeting tussen mensen kan subjectwording stimuleren. Door middel van het verlagen van drempels, het creëren van gastvrije *niches* en het verminderen van negatieve beeldvorming kan ontmoeting worden gefaciliteerd.

Integraal werken

Voor het ondersteunen en faciliteren van empowermentprocessen zal in dialoog met de kwetsbare burgers moeten worden onderzocht of en welke veranderingen mogelijk en wenselijk zijn en hoe die veranderingen bewerkstelligd kunnen worden. Dit vereist een brede manier van werken en het loslaten van te strikte denkkaders. Het traditionele medisch model is met zijn eenzijdige focus op ziekte en genezing niet toereikend in het kader van empowerment. Echter, een benadering die zich afzet tegen het medisch model, door niet op ziekte en problemen maar uitsluitend op krachten en mogelijkheden te focussen, heeft het risico dat er te weinig erkenning wordt gegeven aan en strategieën worden geboden voor de omgang met beperkingen. Empowerment vraagt dus om een *verbinding* tussen de begrippenkaders uit de medische wereld en die uit de sociaalagogische wereld. De medische benadering moet worden ingesloten, niet uitgesloten en worden aangevuld met noties die voortkomen uit de traditie van het maatschappelijk werk, de systeembenadering, rehabilitatie en kwartiermaken en het denken in competenties (zie ook de visie van GGZ Nederland in paragraaf 1.2). Bij empowerend werken hoort een erkenning van zowel de bevorderende als de belemmerende factoren in de persoon-situatieconfiguratie, het omgaan met effecten van ziekten en beperkingen, het aanboren van mogelijkheden, het inschakelen van hulpmiddelen en van hulp- en krachtbronnen in de persoon zelf en in de omgeving om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te herstellen en het vergroten van de persoonlijke competentie om zelf sturing te geven aan de eigen levensomstandigheden (Van Beugen, 1977). Door de twee modellen te koppelen ontstaat er een *integrale* benadering die de zelfsturing kan versterken. De kracht van deze koppeling zit in de focus op mogelijkheden zonder de problematiek te ontkennen.

3.4.3 De dialoog: een complexe uitdaging voor zorg en welzijn

Onderliggend principe van het bevorderen van empowerment is het aangaan van een dialoog met cliënten en (kwetsbare) burgers. Grote uitdaging voor de zorg- en welzijnssector is het creëren van een werkelijk communicatieve situatie en het voorkomen van schijncommunicatie, waarbij communicatief handelen slechts een verpakking is van strategisch handelen (zie paragraaf 3.2.4). In de praktijk van zorg en welzijn zullen strategische en communicatieve doelen echter altijd door elkaar lopen. Een kritische reflectie op definities en invullingen van 'zelfredzaamheid', 'eigen verantwoordelijkheid', 'autonomie' en 'regie' is dan noodzakelijk en voortdurend aan de orde.

Het creëren van een dialoog kan niet alleen worden belemmerd door onderliggende strategische motieven vanuit de zorg, er kunnen ook situaties bestaan waarin de beperking of kwetsbaarheid van het individu zodanig in de leefwereld interfereert dat er weinig 'subject' is om dialoog mee aan te gaan. Om subject te zijn, moet je namelijk

zelf kunnen vaststellen wat je doelen zijn en welke middelen je wilt gebruiken om die doelen te bereiken. Maar als de beperking of kwetsbaarheid heel overheersend is, is dat niet altijd mogelijk. In dat geval verandert de taak van zorg en welzijn, er moeten dan eerst voorwaarden worden gecreëerd voor het aangaan van een dialoog.

Als deze overheersing niet herkend of erkend wordt, ligt het gevaar op de loer dat niet het subject meer macht en regie krijgt, maar de ziekte of kwetsbaarheid. We geven een voorbeeld. De 'waarheid' voor iemand met anorexia nervosa is de diepe wens om niet meer te eten. Geef je deze persoon meer keuzevrijheid, dan zal hij of zij waarschijnlijk minder gaan eten. Het is dan niet het subject dat ge-empowered is maar de eetstoornis. Dus: als de voorwaarden voor dialoog ontbreken, kan het gevolg zijn dat goedbedoelde interventies, praktijken of maatregelen niet goed of zelfs averechts uitpakken. *Zorg en welzijn spelen niet alleen een rol in empowerment maar ook in het voorbereiden daarvan.*

Dit is waarschijnlijk het meest complexe punt van empowerment. In de praktijk kan bijna niemand zichzelf helemaal scheiden van zijn kwetsbaarheden. Deze twee zijn in elkaar verweven. Dit belemmert het kunnen stellen van doelen en het aangaan van een dialoog. De dialoog is dus ideaaltypisch. In de praktijk en theorie van het maatschappelijk werk wordt dit dilemma uitvoerig aan de orde gesteld (Van der Laan, 1990, 1991). Een maatschappelijk werker heeft methodische handvatten nodig om de voorwaarden voor dialoog te creëren. Dit wordt dan een vorm van strategisch handelen met een communicatief doel. Dergelijk handelen kan worden gelegitimeerd als het individu zelf daar vooraf of achteraf mee instemt. Het zal duidelijk zijn dat dit een grijs gebied oplevert waarin allerhande strategische interventies kunnen worden gelegitimeerd onder verwijzing van 'het belang van de cliënt'. Voor Van der Laan is een verwijzing naar dat belang echter niet voldoende. Pas in een dialoog tussen subjecten kan de communicatieve situatie worden hersteld. Dat kan alleen als het individu überhaupt in staat is om als subject op te treden binnen zijn situatie. Dit wordt bemoeilijkt door het feit dat het soms moeilijk is vast te stellen in hoeverre subject-subject contact mogelijk is en bovendien is het niet altijd duidelijk wat veranderbaar is en wat niet.

Kortom, een complexe uitdaging voor zorg en welzijn is een situatie te creëren waarbij er dialoog mogelijk is en een empowermentproces kan plaatsvinden. Onder het communicatieve handelen liggen zo min mogelijk strategische doelen (al dan niet verpakt in een communicatief jasje), maar er moet soms wel strategisch gehandeld worden (zowel ten opzichte van de systemen in de buitenwereld als in de binnenwereld), voordat de voorwaarden aanwezig zijn voor een dialoog.

3.4.5 Vierde halte: De contradicties van empowerment binnen zorg en welzijn

Het maatschappelijk debat over empowerment binnen zorg en welzijn wordt bemoeilijkt doordat we geneigd zijn te denken in termen van kant-en-klaar recepten; we willen interventies ontwikkelen die kwetsbare doelgroepen empoweren. De verwachting is dat mensen daardoor in staat gesteld worden om zelf verantwoorde-lijkheid voor hun gezondheid, welzijn en maatschappelijke participatie te kunnen nemen en minder zorg nodig hebben. Echter, door empowerment rechtstreeks aan interventies te koppelen, dreigt het gevaar dat empowerment wordt gezien als een proces dat eenzijdig bij het individu ligt. Het creëert de illusie dat mensen zelf hun situatie kunnen 'regelen', dat een individu in staat is zichzelf te empoweren en daarmee automatisch geen of minder beroep hoeft te doen op zorg en ondersteuning. Sociale isolatie ligt op de loer, iets dat net zo belemmerend kan zijn als de in dit hoofdstuk genoemde overheersing van instituties. Het is juist een kernpunt van empowerment dat het in verbondenheid met anderen ontstaat.

Interventies dienen daarom onder bepaalde communicatieve voorwaarden als *middel* in een empowermentproces te worden ingezet. Dat vraagt om een andere aanpak van zorg en welzijn. Een aanpak waarin steeds gezocht wordt naar mogelijkheden om met betrokkenen te communiceren over doelen en middelen. Voor zorg en welzijn is de complexe taak weggelegd de in dit hoofdstuk beschreven (schijnbare en werkelijke) contradicties die het concept in zich draagt te overwinnen. Het onderscheiden van communicatieve en strategische doelen, omgaan met afstand/nabijheid, omgaan met verschillende belangen, het creëren van een dialoog in tijden van individualisme en economische crisis, het werkelijk aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep maar ook indien nodig kunnen ingrijpen. Voor hulpverleners vereist empowerment een nieuwe manier van denken en doen waarbij het kunnen switchen tussen wisselende perspectieven een voorwaarde is. Het beleid moet dit ook mogelijk maken.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is een verkenning gedaan naar het begrip empowerment. In de *eerste halte* hebben we de oorspronkelijke betekenis van empowerment geplaatst binnen de kritische theorie en omschreven als het 'meer subject worden' van individuen over hun leefomstandigheden. Dat wil zeggen: het is gericht op het verschuiven van de balans van bepaald worden naar zelf bepalen, het hebben van werkelijke handlingsmogelijkheden om je (maatschappelijk) leven zelf en met elkaar in te vullen. Dit gaat samen met een strijd tegen onderdrukkende systemen die de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de invulling van het leven beperken. Bij de *tweede halte*

zijn we tot de conclusie gekomen dat het begrip empowerment in de loop der tijd verschoven is uit de periferie van oppositiebewegingen naar het centrum van overheidsbeleid. Hiermee lijkt het doel van empowerment samen te gaan met doelen als kostenbesparing. We hebben betoogd dat empowerment van kwetsbare doelgroepen echter niet automatisch leidt tot minder zorgafhankelijkheid (en dus kostenbesparing). Niet de individuele zelfredzaamheid is het doel van empowerment. Het gaat in eerste plaats om het verleggen van grenzen tussen bepaald worden en zelf bepalen. Ook wanneer je afhankelijk bent van anderen voor zorg of ondersteuning, kan de balans verschoven worden naar meer zelfbepaling. Zorgafhankelijkheid en empowerment zijn dus niet per definitie strijdig met elkaar. Het is een valkuil om te *verwachten* dat kwetsbare doelgroepen door empowerment minder zorg nodig zouden hebben. In de *derde halte* hebben we laten zien dat 'meer subject worden van de eigen levensomstandigheden' voor kwetsbare doelgroepen een *tweezijdig proces* inhoudt. In het proces van empowerment gaan deze doelgroepen niet alleen een strijd aan tegen maatschappelijke systemen die hen belemmeren de regie te nemen over hun eigen leven. Zij strijden ook tegen de belemmeringen die het gevolg zijn van de beperking of kwetsbaarheid zelf. Doel is meer macht te kunnen uitoefenen op de invulling van de levensgebieden zoals werk, wonen, sociale relaties.

In de *vierde halte* hebben we aan de hand van de theorie onderzocht hoe empowerment binnen zorg en welzijn kan worden bevorderd. Empowerment is niet af te dwingen of te bereiken met 'klassieke' interventies. In plaats daarvan ligt de rol van zorg en welzijn bij het faciliteren van empowerment door voorwaarden te scheppen, drempels te verlagen en ondersteuning en *echt* contact te bieden. Zorg en welzijn hebben de complexe taak de contradicties die het concept in zich draagt te overwinnen.

Empowerment en onderzoek

We hebben gezien dat de klassieke (instrumentele) interventie, een *instrument* om een *voorafgesteld doel* te bereiken, en empowerment niet als vanzelfsprekend samengaan. Door Habermas' theorieën erbij te halen is nu ook duidelijker geworden waarom een systematische review naar empowermentinterventies ingewikkeld is (zie ook hoofdstuk 2). Je zoekt in zo'n methode naar interventies die in het *algemeen* empowerend werken. Daarbij kijk je niet zozeer naar de context waarin de interventie plaatsvindt, maar ga je uit van de aanname dat 'het empowerende' een intrinsieke eigenschap van de interventie is. Echter, de theorie laat zien dat het afhangt van de persoon en de context waarin de interventie plaatsvindt en gekozen is of een interventie empowerend werkt. Een empowermentdoel kan voor ieder persoon en in iedere situatie anders zijn. Dat maakt het complex; *alle* interventies kunnen dus potentieel empowerend werken, *alle* interventies kunnen ook potentieel disempowerend werken.

De in de proefreview onderzochte artikelen (dat is ook te zien in hoofdstuk 2) zijn zo uiteenlopend, omdat iedereen empowerment anders operationaliseert om er iets algemeen van te kunnen maken. Iets wat je algemeen en op een instrumentele manier kunt aanpakken en op individuniveau, meestal losgekoppeld van de sociale context, kunt meten. Het gevolg is dat de geselecteerde artikelen niet goed vergelijkbaar zijn omdat er steeds een andere keuze is gemaakt over het kerndoel van de interventie. De interventies werken wel of niet, maar dat zegt weinig over empowerment. Want zijn deze interventies gekozen in een communicatieve context? Passen de interventies bij persoonlijke en collectieve empowermentdoelen? Een meer kwalitatieve methode is nodig om achter dit soort zaken te komen.

In het kader van empowerment hebben onderzoeksvormen als Randomized Controlled Trial en systematische review dus haken en ogen waar een onderzoeker zich bewust van moet zijn. Wanneer de onderzoeksopzet je dwingt om vooraf empowerment te operationaliseren en te bepalen welk doel empowerment zal hebben, wordt een kernpunt van empowerment al direct gepasseerd.

Toch willen we hier de stap kunnen zetten van de theorie naar de praktijk van zorg en welzijn. We willen immers iets te weten komen over hoe zorg en welzijn empowerment kunnen bevorderen. We verplaatsen de focus daarom van interventies met 'algemeen' empowerende werking naar *manieren van werken*; de realisatie van communicatieve contexten en praktijken en methodieken waarbij principes van het empowermentdenken (zoals het gezamenlijk vaststellen van doelen en middelen) zijn ingebouwd. We zoeken naar werkwijzen waarin het proces en de mens centraal staan en niet het interventiedoel. In hoofdstuk vier formuleren we daarom aan de hand van de theoretische verkenning principes voor empowerend werken. Daarmee zullen we het 'empowermentgehalte' van een aantal voorbeeldmethodieken en praktijken binnen zorg en welzijn onderzoeken.

Principes van empowerend werken binnen zorg en welzijn

4

In dit hoofdstuk formuleren we principes van empowerend werken binnen zorg en welzijn. Deze principes zijn gebaseerd op de theoretische verkenning van hoofdstuk 3 en kunnen als leidraad dienen in het reflecteren op sociale interventies en hulpverleningspraktijken. Ook worden er voorbeelden gegeven van groot- en kleinschalige methodieken en praktijken voor en door verschillende doelgroepen, worden empowerende elementen geïdentificeerd en mogelijke discussiepunten opgeworpen. Door de voorbeelden te bespreken aan de hand van de principes, kunnen we reflecteren op de betreffende werkwijze en op de vraag of in die werkwijze voldoende ruimte en dialoog zit ingebouwd om empowermentprocessen mogelijk te maken. We hebben vrij willekeurig een aantal praktijken gekozen om te bespreken in dit hoofdstuk. De principes kunnen namelijk toegepast worden op *alle* methodieken en praktijken om zo empowerende (of juist disempowerende) elementen te identificeren. Doel van de voorbeelden is dus niet de 'meest empowerende' praktijken op een rijtje te zetten - of iets uiteindelijk bijdraagt aan een empowermentproces is immers contextgebonden - maar het beschrijven van een manier om met behulp van theorie kritisch te reflecteren op praktijken. De voorbeelden zijn zo gekozen dat ze uiteenlopen qua reikwijdte, doelgroep en aanpak.

We richten ons hier op voorbeelden die zich afspelen op twee niveaus die aansluiten bij de twee genoemde empowermenttaken van zorg en welzijn: *ondersteunen* en *faciliteren* van empowermentprocessen (en indien nodig nog een stap daarvoor: mogelijkheid voor dialoog scheppen).

Op het niveau van het individu beschrijven we voorbeelden die door middel van het aanreiken van tools en het geven van individuele of groepsbegeleiding of ondersteuning kunnen leiden tot een vergroting van eigen invloed op de levensgebieden. Op het niveau van de samenleving beschrijven we voorbeelden van (ontmoetings)praktijken die kunnen leiden tot een vergroting van eigen en collectieve handelingsmogelijkheden. In beide gevallen valt op basis van de principes van de methodiek of praktijk te verwachten dat de leefwereld vergroot wordt.

4.1 Het ondersteunen van empowerment op het niveau van het individu en zijn/haar omgeving

4.1.1 Principes van empowerend werken

De volgende *algemene principes* kunnen worden geformuleerd voor het ondersteunen van empowerment op het niveau van het individu en zijn/haar context. De *uitwerking* van deze principes zal in elke situatie weer anders zijn.

1. Doel: Het vergroten van de leefwereld. De cliënt ervaart een verschuiving van bepaald worden naar bepalen		
A	<p>Primair doel van de praktijk is het vergroten van de leefwereld, dat wil zeggen het vergroten van de mogelijkheden om - in uitwisseling met anderen - een eigen invulling te geven aan het leven op de gebieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezondheid (lichamelijk en psychisch functioneren) - woon- en leefomgeving - relaties en sociale contacten - dagbesteding in de vorm van opleiding, beroep en werk - vrijetijdsbesteding - maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (persoonlijke levensstijl, zingeving, burgerschap). 	<p><i>Het doel is niet vooraf, door een externe partij, vastgesteld.</i></p> <p><i>Het doel is niet strategisch van aard bijvoorbeeld gericht op kostenbesparing, een vermindering van zorg, participatiedwang of eenzijdige aanpassing en assimilatie.</i></p> <p><i>Aan het niet behalen van doelen zijn geen sancties verbonden.</i></p>
B	<p>Secundair doel is het vergroten van de acceptatie van de vastliggende kenmerken van de kwetsbaarheid en het versterken van de regie over de vormgeving van de daarbij behorende afhankelijkheid.</p>	<p><i>Het doel is niet primair het opheffen van de kwetsbaarheid of afhankelijkheid.</i></p>

2. Aanpak: Strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steun- en hulpbronnen of tools		
A	<p>De praktijk biedt strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steun- en hulpbronnen (inclusief ervaringsdeskundigheid) of tools die door middel van reflectie en actie kunnen bijdragen aan het opheffen van machteloosheid en aan een vergroting van de mogelijkheid zelf invulling te geven aan de levensgebieden.</p>	<p><i>De strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steun- en hulpbronnen of tools zijn niet vooraf door een externe partij gekozen.</i></p>
B	<p>De praktijk biedt strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steun- en hulpbronnen (inclusief ervaringsdeskundigheid) of tools die door middel van reflectie en actie kunnen bijdragen aan het omgaan met en verminderen van de invloed van belemmerende krachten in de maatschappelijke context en belemmerende krachten vanuit de ziekte/beperking.</p>	
C	<p>De praktijk biedt strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steun- en hulpbronnen of tools om de eigen afhankelijkheid te (leren) accepteren.</p>	

3. Kenmerken aanpak: Dialoog, integraal, steun

A	De praktijk biedt ruimte voor dialoog met betrokkenen over persoonlijke doelen en werkwijze/middelen. Er wordt voldoende onderzocht in hoeverre dialoog mogelijk is en indien nodig worden voorwaarden voor dialoog gecreëerd, al dan niet met strategische middelen.	
B	De praktijk is integraal van aard, dat wil zeggen dat er gewerkt wordt met erkenning van de gehele mens en al zijn levensgebieden. Bij voorkeur wordt er op meerdere levensgebieden gewerkt en zowel aan het vergroten van mogelijkheden als aan het wegnemen van belemmeringen.	
C	Er wordt voldoende steun geboden om een veranderingsproces mogelijk te maken. Het sociale netwerk speelt daarbij een rol.	

4. Voorwaarden: Erkenning van zowel mogelijkheden als beperkingen

A	De praktijk geeft uitgebreide erkenning aan de mogelijkheden die een cliënt heeft om te groeien maar evenzeer aan de beperkingen, voortkomend uit zijn ziekte of kwetsbaarheid, die groei kunnen belemmeren.	<i>Gekozen doelen en middelen zijn in relatie tot de kenmerken van de kwetsbaarheid en de maatschappelijke context realistisch en niet betuttelend of overoptimistisch.</i>
B	De praktijk geeft uitgebreide erkenning aan de mogelijkheden die de maatschappij biedt om te kunnen groeien maar evenzeer aan de maatschappelijke systemen die groei kunnen belemmeren.	

4.1.2 Voorbeeldmethodieken en -praktijken

Individuele Rehabilitatie Benadering (ggz-doelgroepen)

Korte beschrijving

Voor mensen die gedurende langere tijd psychiatrische problemen hebben, kan het moeilijk zijn om ideeën, wensen en doelen op het gebied van wonen, werken en andere levensgebieden vorm te geven. De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is een methodiek om mensen met psychische beperkingen te ondersteunen bij het realiseren van hun toekomstwensen op het gebied van wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale contacten (Anthony et al., 2002; Dröes, 2005; Busschbach et al., 2010 in Van Rooijen & Van Weeghel, 2011). Cliënten en hun wensen binnen de levensgebieden staan centraal en de ondersteuning is gericht op succesvol herstel, maatschappelijke participatie en zelfverwezenlijking. Cliënten krijgen IRB aangeboden naast ander regulier zorgaanbod, zoals behandeling, verpleegkundige zorg en *casemanagement* (Swildens & Van Keijzerswaard, 1998; Swildens et al., 2007) De cliënt bepaalt inhoud, doel en tempo van het traject. De IRB biedt een raamwerk van stappen en ondersteunend materiaal. Waar de trajecten plaatsvinden en met wie ligt niet vast.

De methodiek omvat drie stappen: kiezen, verkrijgen en behouden. Bij de eerste stap bespreken de IRB-begeleiders in individuele gesprekken met cliënten wat zij graag zouden willen veranderen. Hierbij wordt aandacht besteed aan *doelvaardigheid*, de mate waarin mensen nog geloven in verandering en het onderzoeken wat nog wél mogelijk is. De tweede stap omvat de acties om het gestelde doel te behalen. In samenspraak worden benodigde vaardigheden geïdentificeerd. Ook worden interventies gekozen en hulpbronnen ingeschakeld om de gewenste verandering te bewerkstelligen. Bij stap drie wordt onderzocht wat iemand nodig heeft om wat bereikt is vast te houden. Daarbij worden hindernissen en problemen opgespoord en wordt hulp geboden om daarmee om te gaan.

Onderzoek naar de methodiek wijst uit dat hulpverleners opgeleid in de IRB-methodiek, in vergelijking met reguliere begeleiding, beter in staat zijn cliënten te ondersteunen bij het realiseren van door hen zelf geformuleerde wensen dan hulpverleners die deze achtergrond niet hebben (Swildens et al., 2003; Swildens et al., 2007). De kans dat wensen aangaande werk en dagactiviteiten gerealiseerd worden, is daarbij iets groter dan de kans dat wensen aangaande wonen vervuld worden. De in het contact met de cliënt geïnvesteerde tijd bleek van groot belang. Op de uitkomstmaten 'functioneren', 'empowerment' en 'kwaliteit van leven' werden geen verschillen gevonden tussen IRB en reguliere begeleiding. Of cliënten baat hadden bij een traject was niet afhankelijk van de voorgeschiedenis en de actuele aard en ernst van de problematiek (zie ook: databank Effectieve Sociale Interventies, www.movisie.nl).

Empowerende elementen

In het onderzoek werd geen effect op empowerment gevonden. Dit zou te maken kunnen hebben met de manier waarop de methodiek daadwerkelijk is uitgevoerd – het onderzoek indiceert immers dat de mate van contact tussen begeleider en cliënt bepalend is – maar ook met de manier waarop empowerment gedefinieerd en gemeten is (Personal Empowerment Scale; Segal et al., 1995). Want de opzet lijkt zeker aan te sluiten bij de op basis van de theorie geformuleerde principes. De IRB richt zich op door de *cliënt gekozen doelen* met betrekking tot herstel, participatie en zelfverwezenlijking binnen verschillende *levensgebieden* (principe 1A & 3B uit de tabel onder 4.1.1.). Het feit dat de doelen en middelen niet vooraf zijn vastgesteld maar in samenspraak (dialoog) met de cliënt worden bepaald, is bij uitstek een empowerend element (principe 1A, 2A & 3A). De IRB biedt een hele reeks aan middelen, waaronder het aanleren van vaardigheden (strategieën), het inzetten van interventies alsmede hulpbronnen in de omgeving van de cliënt om de regie over de levensgebieden te vergroten (principe 2A). Vooral op het punt van 'behouden' wordt er binnen de IRB aandacht besteed aan het identificeren van hindernissen en belemmeringen die het behoud van een verandering in de weg zitten (principe

2B). De IRB geeft ruime erkenning aan de mogelijkheden die cliënten hebben om te groeien, maar ook aan kwetsbaarheden die dat belemmeren (principe 4A). De IRB erkent ook de mogelijkheden die de maatschappij biedt om te groeien door het zoeken naar hulpbronnen in de sociale context en indien nodig door te verwijzen naar andere professionals (principe 4A & 4B).

In de IRB zijn de elementen van *reflection & action* duidelijk terug te zien. Het met de cliënt in gesprek gaan over wat hij belangrijk acht, wat hij wel en niet wil en daarbij ook rekening te houden met en in te gaan op eventuele gevoelens van machteloosheid, is een proces van reflectie op de eigen situatie. In dat proces kan worden onderzocht wat hierin wel en niet veranderbaar is. In stap 2 van de methodiek volgt het 'actie'-gedeelte waarin de grenzen van de situatie daadwerkelijk kunnen worden verlegd. In stap 3 staat ondersteuning in het vasthouden van verandering centraal.

Mogelijke discussiepunten

De opzet van IRB heeft veel empowerende elementen in zich. Op basis van de geformuleerde principes kunnen we echter ook vragen opwerpen over het empowerend gehalte van de methodiek. Hierna noemen we een aantal mogelijke discussiepunten.

De IRB gaat uit van de gedachte dat cliënten zelf, of in samenspraak met de hulpverlener, doelen en middelen bepalen. Dit is een essentieel kenmerk van empowerment. Echter, een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat er een dialoog *mogelijk* is met de cliënt. Als dat mogelijk is, impliceert dit dat de cliënt al (enigszins) als *subject* van zijn eigen leven kan optreden. Een dialoog betekent een uitwisseling tussen *subjecten*. Cliënten hebben echter te maken met een kwetsbaarheid die direct en indirect invloed op hen uitoefent. Psychiatrische symptomen, maar ook verinnerlijkte machteloosheid, kunnen de mogelijkheid om keuzes te maken, doelen te stellen en wensen te formuleren, belemmeren. De kwetsbaarheid kan het aangaan van een dialoog over deze zaken dus zeer in de weg zitten. Het feit dat het soms moeilijk is vast te stellen wanneer de cliënt in kwestie 'geobjectiveerd' is door zijn kwetsbaarheid en wanneer niet, maakt het nog complexer (zie ook paragraaf 3.4.3)

In ieder geval roept dit vragen op over de mogelijkheden om een dialoog aan te gaan over doelen en wensen. Hoe voorkom je dat je onbedoeld de kwetsbaarheid empowert in plaats van de cliënt? Hoe voorkom je dat je de kwetsbaarheid individualiseert en in de valkuil valt van normaliseren? Hoe kan je de 'readiness' (Cohen et al., 1997) van een cliënt om te gaan werken aan empowermentdoelen vaststellen? Hoe kun je readiness ontwikkelen? Een hulpverlener zal in een dergelijke methodiek met dit soort dilemma's te maken krijgen en specifieke deskundigheid moeten inzetten om hierin een (persoonlijke) balans te vinden.

Uit hoofdstuk 3 volgend zou het *reflectie*-deel van een empowermentmethodiek voorafgaand aan het ingaan op wensen en doelen ook moeten ingaan op het scheiden van ziekte en zelf, acceptatie van (onveranderbare) afhankelijkheid en het creëren van mogelijkheden voor dialoog. Bij de IRB lijkt de focus vooral te liggen op het reflecteren op wat je zou willen. Bij de IRB is echter wel een expliciete keuze gemaakt om dit traject naast het reguliere ggz-aanbod aan te bieden. Op die manier komt de taak van het hanteerbaar maken van de kwetsbaarheid buiten het traject te liggen. Welke invloed deze aanpak heeft op mogelijkheden voor het behalen van empowermentdoelen op langere termijn, zou een onderwerp van discussie en onderzoek kunnen zijn.

Eigen Kracht Conferenties (Wmo-doelgroepen)

Korte beschrijving

De Eigen Kracht Conferentie (EKC) is een besluitvormingsmodel dat mensen in staat stelt om met hun naasten te beslissen wat zij nodig hebben aan hulp en steun om hun problemen te kunnen oplossen. Ze formuleren zelf een vraag en bespreken die met de mensen die bij hen horen, die ze vertrouwen. Cliënten melden zich zelf aan voor een Eigen Kracht Conferentie. Een professional kan hen op deze mogelijkheid attenderen. Na aanmelding gaat de Eigen Kracht Coördinator aan het werk. Allereerst gaat hij in gesprek met de cliënt en zijn gezin. Onderwerp is het formuleren van de vraag en het inventariseren van het netwerk. Vervolgens vraagt de coördinator de door de cliënt genoemde mensen uit het netwerk of zij mee willen denken over de vraag en het plan. Ook vraagt hij of zij nog andere mensen kennen die zouden willen meedenken. Zo breidt de kring van mensen zich langzaam uit. Op de conferentie zelf staat de door de cliënt geformuleerde vraag centraal. In het eerste deel van de conferentie kunnen hulpverleners worden uitgenodigd om informatie te geven. Daarna volgt een besloten deel waarin de cliënt en zijn naasten een plan maken. Zo nodig kunnen zij de hulp van de coördinator hierbij invoeren.

Een Eigen Kracht Conferentie kan op elk moment worden ingezet. De professional heeft een ondersteunende rol: hij of zij kan de cliënt wijzen op de mogelijkheid om een Eigen Kracht Conferentie aan te vragen en kan in het eerste deel van de conferentie informatie geven over de situatie, de gevolgen en de manier waarop hij kan helpen. Het door de cliënt en zijn naasten gemaakte plan is vaak een combinatie van acties van de cliënt zelf, zijn naasten en professionals. Wanneer een gezinsvoogd, reclasseerder, woningcorporatie of curator is betrokken, kan deze bodemeisen stellen aan het plan. Bodemeisen gaan bijvoorbeeld over veiligheid. Zo kan bij huiselijk geweld in een gezin een gezinsvoogd als bodemeis stellen dat kinderen op een plek moeten wonen waar geen geweld voorkomt. In het besloten deel van de

Conferentie kunnen de deelnemers zelf bepalen welke plek dat is. De Eigen Kracht Conferenties kennen ook een meso-variant waarbij problematiek binnen een buurt of groep centraal staat. (Brink & Lucassen, 2010)

Empowerende elementen

Het doel van de Eigen Kracht Conferentie is het vergroten van de mogelijkheden om - in samenspraak met het persoonlijke netwerk - uiteenlopende problematiek aan te pakken die zich binnen de leefgebieden manifesteert (principe 1A).

De methode richt zich op de mens in zijn geheel inclusief zijn omgeving of steunsysteem en heeft een integraal en flexibel karakter (principe 3B). Welk probleem centraal staat en ook de zeggenschap en regie over de aanpak liggen helemaal bij de cliënt en zijn naasten (principe 2). In het helder krijgen van de aanpak en organiseren van de conferentie krijgt de cliënt ondersteuning van de Eigen Kracht Coördinator. De coördinator biedt mogelijkheden om de samenwerking van de cliënt met zijn sociale netwerk op poten te zetten. De Conferentie is hierbij de belangrijkste 'tool' en kan een platform zijn om over belemmeringen en mogelijkheden te spreken (principe 2A & 2B). Het betrekken van anderen bij het maken van een plan voor de toekomst is een directe manier om de leefwereld te vergroten.

De praktijk biedt door middel van een conferentie een platform voor dialoog. De coördinator heeft een terughoudende rol maar is wel aanwezig als dat nodig is. Hij of zij kan op die manier voorwaarden voor dialoog creëren als daar aanleiding toe is. Ook het vaststellen van bodemeisen kan helpen een kader te scheppen waarbinnen dialoog makkelijker tot stand komt (principe 3A).

De opzet stimuleert (spontane) steun door de omgeving voor het op gang brengen van veranderingsprocessen. Maar ook het bereiken van zelfgekozen ondersteuning door professionals kan deel uitmaken van het plan (principe 3C). Hoe de conferentie en het uiteindelijke plan eruit zien, hangt volledig af van het soort problematiek en de dynamiek van de conferentie. Het is te verwachten dat mede door de begeleiding van de Eigen Kracht Coördinator het uiteindelijk plan werkelijk haalbaar is (principe 4).

Mogelijke discussiepunten

De rol van de Eigen Kracht Coördinator is essentieel in deze praktijk. Een mogelijk discussiepunt is of de coördinator voldoende tools, begeleiding en samenwerking kan bieden om iets te kunnen doorbreken. Heeft de coördinator voldoende deskundigheid in huis om op een integrale en toegewijde manier naar de betrokkenen en het probleem te kijken? Weet de coördinator een balans te vinden tussen ingrijpen in de situatie en afwachten? Is de coördinator in staat steun te bieden waar nodig en tijdig door te verwijzen?

Het feit dat het netwerk een essentiële rol in deze praktijk speelt, is een empowerend element. Maar of het daadwerkelijk werkt, hangt af van de mogelijkheid, bereidheid en kundigheid van het netwerk om een veranderproces te ondersteunen. Dat zal niet overal vanzelfsprekend zijn. Bovendien is het niet vanzelfsprekend dat er altijd een gelijkwaardig en opbouwend gesprek kan ontstaan tussen alle betrokkenen tijdens een conferentie. Het is de vraag of een werkelijke dialoog in zo'n setting mogelijk is. Hoe worden de voorwaarden daarvoor gewaarborgd? Hoe voorkom je een overoptimistische benadering?

Tot slot is het een discussiepunt of een dergelijke aanpak voldoende continuïteit biedt om het veranderproces te waarborgen. Is een eenmalige conferentie genoeg? Hoe wordt er omgegaan met dieperliggende oorzaken van de problematiek en mogelijke terugval?

Een E-health voorbeeld: De Makkekaart (doelgroep mensen met een chronische ziekte of functiebeperking)

Korte beschrijving

Een methode met een geheel ander karakter is de Makkekaart. Het is een methode die goed past binnen de empowermentdoelstellingen van 'gezondheid 2.0' (RvZ, 2010). De Makkekaart is een digitaal instrument waarmee een cliënt inzicht krijgt in zijn of haar mogelijkheden en grenzen, hoe die te managen en hoe duurzaam te werken en leven met een functiebeperking of chronische ziekte. Het instrument helpt om stap voor stap helder te krijgen wat je kunt en wilt en wat je van je werkomgeving verlangt. De Makkekaart is er voor iedereen die zijn capaciteiten helemaal willen benutten zonder roofofbouw op zichzelf te plegen.

De Makkekaart is via internet toegankelijk in een volledig beveiligde omgeving. Via vragen, opdrachten en oefeningen krijgt men stap voor stap een scherp beeld van de eigen 'gebruiksaanwijzing'. Maar ook van de eisen die aan de werkplek en werkomgeving moeten worden gesteld om optimaal te kunnen presteren. En wat je wanneer en hoe wilt vertellen of afspreken en met wie. De in totaal 102 vragen en opdrachten zijn ingedeeld in drie modules: Gebruiksaanwijzing, Passend werk en Communicatie. De uitkomsten van elke module worden gepresenteerd in een resultatenoverzicht.

De module 'gebruiksaanwijzing' bevat het onderdeel 'dagboek', dat naar keuze één of twee weken ingevuld kan worden. In het dagboek kunnen door de dag heen activiteiten worden bijgehouden en kan de gebruiker zijn of haar niveau van pijn, concentratie, energie en/of prikkelgevoeligheid op elk gewenst moment vastleggen. De uitkomsten van het dagboek komen in een overzicht en geven aanvullende inzichten in je eigen mogelijkheden en grenzen.

De Makkekaart is een interactieve kaart met voorbeelden, tips en filmpjes om de vragen goed te kunnen beantwoorden. De Makkekaart is (net als Makkeweb)

beschikbaar in een tekstversie, een grafische versie en een gesproken versie. Ook kan gekozen worden voor een grootlettervariant en een sobere, prikkelarme variant. Er is veel belang gehecht aan de toegankelijkheid van de Makkekaart en hij is door TNO-ICT getest op gebruiksvriendelijkheid (Brink & Lucassen, 2010).

Empowerende elementen

Deze digitale methode richt zich op het uitbreiden van mogelijkheden en zeggenschap op het gebied van werken. Het gaat dus om een specifiek maar belangrijk onderdeel van de leefwereld (principe 1A). Het is een tool waarmee de eigen mogelijkheden en grenzen (principe 2A & 2B) in kaart gebracht kunnen worden. Het kan beschouwd worden als een tool voor reflectie op wat veranderbaar is en wat niet. Doordat dit instrument inzicht geeft in de eigen capaciteiten en beperkingen, kan er gewerkt worden aan een zo zinvol en realistisch mogelijke invulling van het werkzame leven. Het stimuleert het aangaan van een dialoog met jezelf over mogelijkheden en beperkingen. Het ligt in de lijn der verwachting dat een dergelijke aanpak ook bijdraagt aan de acceptatie van de eigen kwetsbaarheid en het vormgeven van de daarbij behorende afhankelijkheid (principe 1B & 2C).

De methode biedt door middel van het gebruik van sociale media (Hyves) mogelijkheden voor uitwisseling en dialoog (principe 3A). Deze plek om ervaringen uit wisselen kan ook fungeren als bron van steun (principe 3C). De methode lijkt zich evenzeer te richten op mogelijkheden als op erkenning van beperkingen (principe 4A).

Mogelijke discussiepunten

Allereerst zijn er vragen te stellen over hoe deze methode tot stand is gekomen en waarop de inhoud precies gebaseerd is. Zijn dit inhoudelijk gezien de items waar het over zou moeten gaan? Zijn er bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen bij betrokken geweest? Is de methode realistisch en voelen mensen zich erdoor ondersteund? Dit zou onderzocht moeten worden.

Als we naar de empowermentprincipes kijken, valt op dat de praktijk zich slechts op een klein aspect van empowerment richt, het biedt alleen een *digitale* tool en is sterk geïndividualiseerd. Dat wil zeggen: de praktijk richt zich op het individu en niet op de sociale context, samenwerking of dialoog met anderen (met uitzondering van het Hyves-gedeelte). Discussiepunt bij deze aanpak is dus dat er weinig rekening wordt gehouden met en erkenning is voor de maatschappelijke context. Er kan natuurlijk alleen werkelijke empowerment plaatsvinden als de werkgevers dat ook faciliteren (dus ook op mesoniveau moet er iets veranderen). Dat is vanuit de empowermenttheorie gezien een beperking van deze methode.

4.2 Het faciliteren van empowerment op het niveau van de samenleving

Binnen de individuele hulpverlening kan empowerment worden ondersteund. Maar het feit dat dit op individuen is gericht, brengt in relatie tot empowerment ook nadelen met zich mee. Empowerment houdt immers het vergroten van de *leefwereld* in. De leefwereld is niet iets individueels, het is de ruimte *waar mensen met elkaar uitwisselen en 'in dialoog zijn' over hoe en vanuit welke betekenis zij met elkaar omgaan en hun leven vorm geven*. Empowerment ontstaat in de context van 'co-learning': op gelijkwaardige basis samen werken aan gezamenlijk vastgestelde doelen en betekenisgeving (zie hoofdstuk 3). Hiervoor is een gastrijke *niche* in de samenleving nodig, een plek waar men als subject anderen kan ontmoeten en zinvolle activiteiten kan ondernemen.

Een heel andere manier van empowerment bevorderen is daarom het vergroten van *gezamenlijke zeggenschap*. Door plekken te creëren waar men anderen kan ontmoeten en activiteiten kan ondernemen, kan empowerment worden *gefaciliteerd*. Ook hier is het doel het vergroten van de leefwereld maar de aanpak is anders. De voorwaarden worden gecreëerd, de situatie wordt geschapen, waarin processen van empowerment op gang kunnen komen. Onderlinge verbindingen en samenwerking staan daarbij centraal. De principes van empowerend werken worden hier nogmaals gepresenteerd, nu van toepassing gemaakt op initiatieven op het niveau van de samenleving.

4.2.1 Principes van empowerend werken

1. Doel: Het vergroten van de leefwereld. De (kwetsbare) burger ervaart een verschuiving van bepaald worden naar bepalen		
A	<p>Primair doel van de praktijk is het vergroten van de leefwereld, dat wil zeggen het vergroten van de mogelijkheden om - in uitwisseling met anderen - een eigen invulling te geven aan het leven. Daarbij kunnen er veranderingen ontstaan op de gebieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezondheid (lichamelijk en psychisch functioneren) - woon- en leefomgeving - relaties en sociale contacten - dagbesteding in de vorm van opleiding, beroep en werk - vrijetijdsbesteding - maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (persoonlijke levensstijl, zingeving, burgerschap). 	<p><i>Doelen worden gaandeweg ontwikkeld.</i></p> <p><i>Doelen zijn niet strategisch van aard bijvoorbeeld gericht op kostenbesparing, een vermindering van zorg, participatiedwang of eenzijdige aanpassing en assimilatie.</i></p> <p><i>Aan het niet behalen van doelen zijn geen sancties verbonden.</i></p>
B	<p>Secundair doel is het op samenlevingsniveau vergroten van de acceptatie van 'anders zijn' en het versterken van de regie en de keuzemogelijkheden over de wijze waarop de daarbij behorende afhankelijkheid wordt vormgegeven (inclusief het tegengaan van uitsluiting en stigmatisering).</p>	<p><i>Het primaire doel is niet het opheffen van de kwetsbaarheid of afhankelijkheid.</i></p>

2. Aanpak: Faciliteren van ontmoeting en ontplooiing, verlagen van drempels, bieden van ondersteuning, tools en realistische participatiekansen

A	De praktijk faciliteert ontmoeting met gelijke anderen en ontplooiing, biedt ondersteuning, tools en realistische participatiekansen die kunnen bijdragen aan het opheffen van machteloosheid en aan een vergroting van de leefwereld door middel van (spontane) reflectie en collectieve actie.	<i>De praktijk biedt de voorwaarden voor empowerment, maar is niet zelf actief aan het interveniëren.</i>
B	De praktijk faciliteert ontmoeting met gelijke anderen en ontplooiing, biedt ondersteuning, tools en realistische participatiekansen die kunnen bijdragen aan het omgaan met belemmerende krachten in de maatschappelijke context en belemmerende krachten vanuit de ziekte/beperking.	
C	De praktijk faciliteert ontmoeting met gelijke anderen en ontplooiing, biedt ondersteuning, tools en realistische participatiekansen die kunnen bijdragen aan het (leren) accepteren van de eigen afhankelijkheid.	

3. Kenmerken aanpak: Dialoog, breed georiënteerd en flexibel, steun

A	De praktijk biedt ruimte voor dialoog tussen betrokkenen over gezamenlijke doelen en werkwijze/ middelen.	
B	De praktijk biedt ruimte voor de gehele mens en faciliteert initiatieven op allerlei vlakken zoals sociale activiteiten, sport & beweging, creativiteit, leren, zorg, belangenbehartiging et cetera.	
C	Er wordt voldoende steun geboden om ontmoeting en verandering mogelijk te maken. Het sociaal netwerk speelt een belangrijke rol.	

4. Voorwaarden: Erkenning van zowel mogelijkheden als beperkingen

A	De praktijk geeft uitgebreide erkenning aan de mogelijkheden die een cliënt heeft om te groeien maar evenzeer aan de beperkingen, voortkomend uit zijn ziekte of kwetsbaarheid, die groei kunnen belemmeren.	<i>Geboden mogelijkheden zijn in relatie tot de kenmerken van de kwetsbaarheid en de maatschappelijke context realistisch en niet betuttelend of overoptimistisch.</i>
B	De praktijk geeft uitgebreide erkenning aan de mogelijkheden die de maatschappij biedt om te kunnen groeien maar evenzeer aan de maatschappelijke systemen die groei kunnen belemmeren.	

4.2.2 Voorbeeldmethodieken en -praktijken

Moeder-/Vadercentra

(doelgroep autochtone en allochtone vrouwen/mannen)

Korte beschrijving

Een Moeder- of Vadercentrum is een ontmoetingsplaats voor vrouwen of mannen met allerlei culturele achtergronden, in de wijk. Het doel van deze centra is persoonlijke ontwikkeling van kwetsbare doelgroepen, mogelijk als opstapje naar een opleiding of doorstroming naar betaalde arbeid. Het is een plek waar vrouwen of mannen van elkaar leren, elkaar steun geven en steun krijgen. In Nederland zijn er 45 Moeder- en Vadercentra met een eenvoudige formule: de bezoekers zijn tevens de vrijwilligers. Zij hebben de leiding en bepalen het aanbod. Als beloning kunnen ze gratis deelnemen aan activiteiten. Participatie is het kernelement. De centra gaan uit van het principe dat iedereen op zijn eigen gebied ervaringsdeskundig is. Bezoekers worden uitgenodigd om deze deskundigheid binnen het centrum in te zetten. Dit heeft tot gevolg dat de bezoekers niet alleen consument maar ook coproductent zijn in de centra. Zij bepalen en regelen het aanbod, onder begeleiding van medewerkers.

Uit onderzoek blijkt dat ruim 80% van de bezoekers van Moeder- en Vadercentra uitermate tevreden is over de kwaliteit van dienstverlening van de centra. Zowel de toegankelijkheid als de bekwaamheid, de communicatie, het begrip en de betrouwbaarheid van de centra scoren hoog. Eenzelfde hoog percentage respondenten zegt dat het centrum hen zelfvertrouwen geeft en helpt om te groeien. Van de bezoekers vindt 70% dat het centrum bijdraagt aan hun persoonlijke ontwikkeling. De centra ontwikkelen hun beleid *bottom-up*. Hierdoor hebben de medewerkers en vrijwilligers het gevoel dat hun mening serieus genomen wordt en dat het beleid aan hun wensen en verwachtingen voldoet. Dit geeft een open en gelijkwaardige sfeer, wat een positief effect heeft op het enthousiasme en de motivatie van mensen om mee te doen. (www.moedercentra.nl)

Empowerende elementen

Moeder- en Vadercentra richten zich op persoonlijke ontwikkeling, werk, sociale contacten, activiteiten en burgerschap. De praktijk is *bottom-up*, dus de bezoekers (die tevens vrijwilliger zijn) kunnen zelf - in uitwisseling met anderen - bepalen wat ze willen organiseren of ontwikkelen (principe 1A). De praktijk faciliteert ontmoeting met gelijke anderen, ontplooiing en de bezoeker=vrijwilligerstructuur creëert participatiekansen (principe 2A). Het principe dat iedereen ervaringsdeskundige is waar het zijn eigen leven betreft, biedt mogelijkheden tot reflecteren en (van elkaar) leren, bijvoorbeeld over hoe je met bepaalde belemmeringen omgaat (principe 2B). Dit biedt tevens ruimte voor steun (principe 3C) en acceptatie (principe 2C) van kwetsbaarheden of problemen.

Het feit dat bezoekers ook vrijwilliger en coproductent zijn, zorgt ervoor dat mensen hun eigen ideeën en doelen met anderen kunnen uitwerken. De praktijk biedt veel ruimte voor dialoog tussen betrokkenen over gezamenlijke doelen en middelen (principe 3A). Deze doelen en middelen kunnen van alles zijn (principe 3B). De praktijk biedt uitgebreide erkenning aan de mogelijkheden van mensen.

Mogelijke discussiepunten

Bij deze praktijk is het vooral de vraag hoe de drempels voor deelname worden verlaagd. Het is namelijk aannemelijk dat de meest kwetsbare mensen minder snel hun weg zullen vinden naar zo'n ontmoetingsplaats. Het feit dat deelnemen ook vrijwilliger zijn betekent, kan voor sommige mensen wellicht een extra drempel vormen. Niet iedereen die op zoek is naar ontmoeting en activiteit is direct in staat als vrijwilliger op te treden. Hoe wordt ermee omgegaan als iemand (nog) niet in staat is ideeën en doelen uit te werken en een actieve houding aan te nemen? Het is de vraag in hoeverre zo'n praktijk voldoende ondersteuning en begeleiding kan geven aan individuen met ernstiger kwetsbaarheden.

Een ander discussiepoint kan zijn of een dergelijk ontmoetingscentrum voldoende deuren kan openen naar de rest van de samenleving, of er werkelijk participatiemogelijkheden ontstaan die verder reiken dan het centrum zelf en of daar in de samenleving ook daadwerkelijk meer ruimte voor gemaakt wordt.

Ontmoetingscentrum Prinsenhof (doelgroep verstandelijk gehandicapten)

Korte beschrijving praktijk

Ontmoetingscentrum Prinsenhof is een initiatief van en trefpunt voor buurtbewoners in de Rotterdamse wijk Het Lage Land. De nadruk ligt op mensen met een verstandelijke beperking (cliënten van Pameijer) en ouderen (55+). Het ontmoetingscentrum biedt bewoners kansen om buiten de eigen woning, maar wel in de vertrouwde buurt, met anderen in contact te komen en iets te ondernemen. De *match* van vraag en aanbod is een belangrijke functie. Zo worden er door en voor bewoners activiteiten op het gebied van onder meer beweging, creativiteit, entertainment en educatie georganiseerd. Behalve een ontmoetingsplaats is Prinsenhof ook een trefpunt van zorg en welzijn, waardoor de mensen zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen op de plek waar ze zich thuis voelen.

Het doel van het centrum is een *civil society* voor en door de bewonersorganisatie. Zo kan een hulpvrager ook hulpverlener zijn, wordt de anonimiteit van hulpvragers in de buurt doorbroken en kan men betekenisvol contact hebben. Bovendien versterkt de participatie de eigenwaarde en kan het vooroordelen tegengaan. Het ontmoetingscentrum is een plek waar mensen zich thuis voelen en elkaar kunnen ontmoeten, waar

activiteiten en diensten op het gebied van zorg en welzijn worden aangeboden, waar sociale binding op buurtniveau wordt gestimuleerd, waar schotten tussen organisaties, instellingen, bedrijven, ondernemers en buurtbewoners worden weggenomen door samenwerking tussen deze partijen. Bijzonder en belangrijk zijn de actieve betrokkenheid van de buurtbewoners en de bepalende rol die de vele vrijwilligers spelen. Zij houden Prinsenhof draaiende.

Momenteel loopt er een actieonderzoek naar de effecten van het centrum. De eerste resultaten lijken positief. Het lijkt erop dat er veel effecten zijn op vrijwilligers-/ cliëntniveau, zoals verbetering van de kwaliteit van leven, vergroting van de zelfredzaamheid en meer goodwill en samenwerking tussen senioren en cliënten. Op het niveau van de buurt lijkt er een toename in verbondenheid. Ongeveer 55% van de bewoners in de wijk is betrokken bij het ontmoetingscentrum. Mensen die eenmaal bij Prinsenhof betrokken zijn, vinden makkelijker aansluiting bij anderen en hebben een meer open houding naar elkaar. Op het niveau van de financiën lijkt de ontwikkelde steunstructuur van Prinsenhof de samenleving veel woon-, zorg-, en welzijnskosten te besparen. Het ontmoetingscentrum heeft dan ook prijzen gewonnen: 'Best Practice Award 2009' (25 juni 2009) en Predikaat 'Kern met Pit' (17 april 2009). (<http://ontmoetingscentrumprinsenhof.nl/>) (Pel et al., 2011.)

Empowerende elementen

De praktijk heeft als doel mogelijkheden te bieden voor de invulling van het bestaan, met een nadruk op sociale contacten, zelfstandig wonen en dagbesteding (principe 1A). Het is een initiatief van buurtbewoners, geen opgelegde interventie (principe 1A). Het speelt zich af op buurtniveau en creëert mogelijkheden door zich te verbinden met allerlei bedrijven, organisaties en instellingen. De praktijk heeft expliciet aandacht voor de bestaande kwetsbaarheid en afhankelijkheid van zorg. Dat uit zich in het feit dat het centrum ook als trefpunt van zorg en welzijn fungeert. Deze zorg heeft als doel mensen te ondersteunen bij bijvoorbeeld zelfstandig wonen. Door zorg en welzijn erbij te betrekken, kan ook de invloed die de kwetsbaarheid heeft op de mate waarin mensen in staat zijn om aan activiteiten of sociaal contact deel te nemen, ter discussie worden gesteld en worden verkleind (principe 1B & 4A).

De praktijk faciliteert ontmoeting met gelijke anderen en ontplooiing door middel van activiteiten en participatiekansen (principe 2A). Ook biedt de praktijk ondersteuning (door professionals en vooral door vrijwilligers en andere bezoekers), sociale binding en een plek om je 'thuis te voelen'. Er is sprake van samenwerking aan gezamenlijke doelen (principe 2A). Daarbij lijkt het erop dat zowel belemmeringen in de maatschappelijke context (zoals anonimiteit in de buurt, vooroordelen) als belemmeringen voortkomend uit de beperkingen (bijvoorbeeld een lage eigenwaarde) onderkend en zo mogelijk veranderd kunnen worden (principe 2B). Mensen worden aangesproken op hun kwaliteiten en hun (mogelijke) bijdrage aan de samenleving.

Tegelijkertijd wordt er passende dienstverlening gezocht voor de bestaande beperkingen (principe 4A).

De praktijk biedt bij uitstek ruimte voor dialoog (principe 3A). De civil society structuur, met vrijwilligers als spil, sluit aan bij Habermas' ideeën over communicatief handelen. Het schept ruimte voor gelijkwaardige communicatie, steun en betekenisvol contact (principe 3C). Bovendien wordt er ingezet op een match van vraag en aanbod en worden er activiteiten georganiseerd die mensen zelf van belang achten, zoals beweging, creativiteit, entertainment en educatie (principe 3B). Het kernpunt is dat van 'co-learning'. Een hulpvrager kan ook hulpverlener zijn. Dit versterkt de mogelijkheden voor dialoog. De structuur maakt het voor zorg en welzijn mogelijk zich ook te richten op het scheppen van voorwaarden voor dialoog (principe 3C).

Mogelijke discussiepunten

Discussiepunten bij deze praktijk kan zijn: hoe kan een civil society subcultuur worden bereikt in een sterk op individualisme gerichte maatschappij? Hoe voorkom je dat het een eiland wordt, weliswaar sterk in het leggen van verbindingen tussen alle betrokkenen, maar geïsoleerd van ontmoeting met de rest van de maatschappij? In dat geval is de leefwereld namelijk maar beperkt vergroot en verandert er ook weinig in de dominante cultuur.

Je Eigen Stek (JES) (doelgroep dak- en thuislozen)

Korte beschrijving

Eind 2007 is vanuit HVO-Querido onder het motto: "regie aan de burger, de cliënt centraal", Je Eigen Stek (JES) opgezet, met behulp van subsidie van de gemeente Amsterdam. Sinds 2008 wonen zestien voormalig onbehuisden in een zelfbeheerde voorziening. JES is volledig in zelfbeheer: de bewoners bepalen zelf het beleid, voeren dat samen uit en leggen zelf contacten met de hulpverlening. JES is ontwikkeld door een projectgroep bestaande uit elf (voormalig) daklozen en drie medewerkers van HVO-Querido. Het project is gestart met het doel om (voormalig) daklozen voor te bereiden op een zelfstandig leven. Bewoners moeten gemotiveerd zijn om hun vaardigheden te ontwikkelen en bij te dragen aan het project en de groep. Aan JES zijn vijf satellietwoningen verbonden waarnaar bewoners van JES doorstromen, met als uiteindelijk doel zelfstandig wonen en maatschappelijke heraansluiting. In het projectplan van JES is het doel als volgt geformuleerd: "Het doel van het project is om zoveel mogelijk onbehuisden aan een eigen woning te helpen." Om dit te bereiken werken bewoners en medewerkers van diverse organisaties samen (Huber et al., 2010).

Empowerende elementen

Groot verschil met reguliere opvang is dat bewoners in een zelfbeheer voorziening als JES met elkaar grote invloed kunnen uitoefenen op de manier waarop het

wonen en de hulpverlening wordt vormgegeven. De groepsleden maken met elkaar keuzes over bijvoorbeeld begrotingen, huisregels, het pand en de relatie met de hulpverlening. Het feit dat deze zaken niet van bovenaf zijn bepaald maar mensen zelf (gaandeweg) besluiten kunnen nemen, kan gezien worden als een rolwisseling en een vergroting van de leefwereld (principe 1A). Op samenlevingsniveau zou een dergelijke nieuwe manier van opvang een inspiratie kunnen vormen voor andere voorzieningen en zelfs kunnen zorgen voor veranderingen in de beeldvorming over daklozen. Dit zal versterkt worden wanneer de competenties die mensen opdoen door in een voorziening te participeren in zelfbeheer, ook erkend gaan worden door werkgevers en overheidsinstanties (principe 1B).

Het toepassen van zelfbeheer is een manier om ontmoeting en reflectie te faciliteren binnen de voorziening. Mensen kunnen elkaar helpen en van elkaar leren. Hulpverleners ondersteunen processen van collectieve actie om meer invloed uit te oefenen op de levensomstandigheden (principe 3C) door aan te sluiten bij de vraag van bewoners. JES geeft uitgebreide erkenning aan de mogelijkheden om te groeien richting zelfstandig wonen (principe 4A). We kunnen deze voorziening dus ook zien als een realistische participatiekans en een route uit de maatschappelijke opvang (principe 2A).

Het zelfbeheerconcept leunt zwaar op het idee van dialoog. Bewoners gaan de dialoog aan met elkaar over gezamenlijke doelen en werkwijzen, maar ook de dialoog tussen bewoners en hulpverleners is belangrijk (principe 3A). Hierdoor is er ruimte voor allerlei soorten initiatieven en worden bewoners meer op hun mens-zijn aangesproken in plaats van als cliënt (principe 3B).

Mogelijke discussiepunten

Van de bewoners wordt inzet en samenwerking verwacht. Bovendien is het gebruik van harddrugs en alcohol verboden en worden mensen met problematische psychiatrische problemen niet toegelaten. Mogelijk discussiepunt is of zelfbeheer alleen haalbaar is bij een specifieke doelgroep -de groep die zichzelf met minder ondersteuning kan redden - of dat dit ook voor mensen met meervoudige problematiek toegankelijk moet worden gemaakt. Dit hangt samen met de vraag hoe drempels naar zelfbeheer kunnen worden verlaagd.

Een ander discussiepunt kan de haalbaarheid van de dialoog zijn. Ook hier is het niet vanzelfsprekend dat er altijd een gelijkwaardig en opbouwend gesprek ontstaat tussen de bewoners en tussen bewoners en ondersteuners. Hoe worden de voorwaarden voor dialoog gewaarborgd? Hoe voorkom je een overoptimistische benadering? Welke rol spelen ondersteuners daarin? En daaruit volgend: hoe gaan ondersteuners om met het spanningsveld van nalaten versus ten onrechte ingrijpen? (Van der Laan, 1990, 1991) Uit de verkenning van empowerment is steeds gebleken

dat het proces van mensen zelf en het maken van eigen keuzes centraal moeten staan. Tegelijkertijd is echter ook beargumenteerd dat gewoonweg 'mensen het zelf laten doen', te beperkt is vanwege de ontkenning van de systemen die dit kunnen belemmeren. Dit dilemma zal daarom voortdurend aan de orde zijn in een voorziening als JES.

4.3 Inbedding van empowerend werken

In de vorige paragrafen zijn principes en voorbeelden beschreven van empowerend werken binnen zorg en welzijn. Of de beschreven voorbeelden in werkelijkheid empowerend werken, hangt af van de betrokkenen en de context. De enige manier om erachter te komen of het empowerend werkt is wederom 'in dialoog' met betrokkenen, door hen te vragen of ze meer macht ervaren over hun leven. Ook deze terugkoppeling moet gezien worden als een belangrijk onderdeel van empowerend werken binnen zorg en welzijn.

Om binnen zorg en welzijn bij te kunnen dragen aan empowermentprocessen van kwetsbare burgers is een belangrijke voorwaarde dat het voldoende financiële, morele en praktische inbedding krijgt binnen instellingen, bestuursstructuren en in het landelijke beleid. Zoals we in de inleiding beschreven, is empowerment op individueel niveau, organisatieniveau en gemeenschapsniveau onderling verbonden en van elkaar afhankelijk (Jacobs et al., 2005). Op macroniveau moet empowerment dus ook mogelijk gemaakt worden. Zo is bijvoorbeeld beleid nodig dat structurele mechanismen van sociale uitsluiting bestrijdt en zich richt op maatschappelijke deelname van iedereen (participatie en sociale inclusie) (Jacobs et al., 2005).

Initiatieven binnen zorg en welzijn (zowel op micro- als mesoniveau) kunnen enerzijds afhankelijk zijn van financiële en morele inbedding op het niveau van landelijk beleid (macroniveau) en daarop anderzijds op allerlei manieren van invloed zijn. Zo kunnen zorg- en welzijnspraktijken bijdragen aan veranderende beeldvorming, collectieve initiatieven en invloed op beleidsvorming. Een voorbeeld is de manier waarop cliëntenorganisaties steeds meer participeren in beleid. De NPCF bijvoorbeeld, vormt een structuur voor het laten horen van de stem van diverse cliëntengroepen. Door samenwerking te zoeken met (onderzoeks)instellingen, verzekeraars en beleidsmakers tracht deze organisatie de dialoog ook op macroniveau te verwezenlijken. In het kader van empowerment liggen ook hier nog veel kansen.

4.4 Conclusie

Empowerment binnen zorg en welzijn vraagt om het vormgeven van een combinatie van praktijken op het niveau van het individu en zijn omgeving en op het niveau van de samenleving. Het gaat om het faciliteren van een ruimte waarbinnen

empowerment kan plaatsvinden en om het bieden van (individuele) ondersteuning bij het veranderproces.

De geformuleerde principes in dit hoofdstuk kunnen behulpzaam zijn bij het denken over en ontwerpen van empowermentmethodieken en -praktijken. Doordat de principes vragen oproepen over het empowerende gehalte, kan het kaf van het koren worden gescheiden en kunnen valkuilen in opzet en aanpak worden geïdentificeerd. De principes kunnen als startpunt fungeren in het onderzoeken of betrokkenen zich werkelijk empowered voelen.

Empowerment en onderzoek

Nu we het eind van dit rapport naderen, dringt de vraag zich op of we niet alsnog een systematische review zouden kunnen doen. We weten nu, in navolging van Habermas, dat als doelen en middelen/interventies in samenspraak met betrokkenen gekozen zijn of gaandeweg ontwikkeld worden door gelijkwaardige subjecten, de kans het grootst is dat empowerment kan *ontstaan*. We hebben in dit hoofdstuk principes kunnen formuleren van 'empowerend werken'. Het is wellicht het proberen waard om op basis van de hier geformuleerde principes te zoeken naar methoden die deze kenmerken van empowerend werken hebben. Het blijft ingewikkeld, verwachten wij. Het zal betekenen dat een zeer grote hoeveelheid artikelen zal moeten worden doorgewerkt: je zoekt niet meer naar artikelen die letterlijk het woord 'empowerment' gebruiken, maar op alle methoden waar die principes in voorkomen. De keus die vervolgens moet worden gemaakt over in- of uitsluiting van een artikel, kan nooit (geheel) objectief genomen worden. Dit komt door de aard van empowerment en het feit dat een vergroting van de leefwereld voor ieder individu iets anders betekent. Er zal dus een inschatting gemaakt moeten worden. Het mooiste is als betrokkenen daarover zelf aan het woord komen, maar in de meeste artikelen zal dat niet het geval zijn. Daarom zal er altijd een element van intersubjectiviteit in het selectieproces moeten zitten. Kortom, een omvangrijke en ongewisse, maar niet bij voorbaat onmogelijke exercitie.

Vervolgonderzoek zal zich echter ook moeten richten op ervaringskennis over empowermentprocessen. Dit kan bijvoorbeeld met een empirische variant waarbij met een kwalitatieve methode aan kwetsbare individuen wordt gevraagd wat hen heeft empowered; welke handelingen van anderen en omstandigheden hebben bijgedragen aan een persoonlijk empowermentproces. Op die manier komt het proces en de mens voorop te staan en worden rijke doorleefde data verkregen waarmee niet alleen het soort interventie maar ook de specifieke impact ervan op z'n minst gedeeltelijk kan worden blootgelegd.

Discussie

5

5.1 Kansen voor empowerment

Op de vraag wat empowerend werkt of hoe empowermentmethodieken en -praktijken eruit moeten zien, is geen eenvoudig antwoord te geven. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat empowerment niet iets is wat je doet, maar iets waarvan je hoopt dat het *ontstaat*. Empowerment start bij de burger zelf en gaat uit van de algemene aanname dat een ieder, met of zonder 'kwetsbaarheid', graag regie wil hebben en houden binnen de leefwereld. Tegelijkertijd geldt echter ook voor een ieder dat men in meerdere of mindere mate in deze zelfbepaling wordt begrensd door zowel interne als externe factoren. Deze factoren zijn steeds in verandering. De macht en kracht om invloed uit te oefenen op deze factoren zijn variabel. Meestal is er een vorm van collectieve samenwerking of actie nodig om de mate waarin systemen doordringen in de leefwereld van mensen en daar de communicatieve processen ondermijnen, daadwerkelijk te veranderen.

Het is een positieve ontwikkeling dat er tegenwoordig binnen de gezondheidszorg en de welzijnssector steeds meer wordt gestreefd naar een situatie waarin de patiënt/cliënt regie heeft. Dit betekent dat je start bij het (kwetsbare) individu en niet bij de hulpverlener. De situatie van overheersing en betutteling door instituties kan worden achtergelaten en er ontstaat ruimte voor nieuwe, meer vraaggerichte vormen van zorg en ondersteuning. Wij hebben hier echter beargumenteerd dat empowerment geen toverwoord is om cliënten 'zelfredzaam' en verantwoordelijk voor hun gezondheid en welzijn te kunnen verklaren. Empowerment, zelfredzaamheid en bezuiniging gaan niet automatisch samen. Wat overigens niet betekent dat ze niet samen *kunnen* gaan. Onder bepaalde voorwaarden kunnen mensen meer regie gaan voeren over hun leven en dat kan (op termijn) leiden tot een verminderde afhankelijkheid van zorg en ondersteuning. De zorg- en welzijnssector heeft een duidelijke rol te spelen in het scheppen van die voorwaarden daarvoor. Wat er precies gedaan kan en moet worden, hangt af van de situatie, de betrokkenen en van de context. Of er daadwerkelijk iets gaat veranderen, is niet te garanderen.

De sector kan wel van alles doen. Zij kan bijdragen aan het creëren van reële handelingsmogelijkheden op het gebied van zorg, wonen, sociale relaties en dagbesteding en het beschikbaar stellen van informatie en kennis hierover. Ze kan zich richten op het bewerkstelligen en/of ondersteunen van steunende netwerken,

ontmoetingsplaatsen, cliënteninitiatieven en plekken waar gezamenlijke zeggenschap en coproducentenschap door kwetsbare individuen kan floreren. Ook kan de sector bijdragen aan empowerment door het beschikbaar stellen van deskundigheid om veranderingsprocessen in openheid te ondersteunen of mogelijk te maken. Dit impliceert een manier van hulpverlening die zich kenmerkt door samenwerking en partnerschap, respect en gelijkwaardigheid. Een hand-in-hand gaan van professionele en ervaringskennis. Het in kaart brengen van capaciteiten én problemen en het steeds zoeken naar een overeenstemming over doelen en werkwijzen vereist flexibel, integraal en individugericht werken. Daarbij wordt er een appèl gedaan op krachten van het individu en op hulp- en steunbronnen in de omgeving. Het vergroten van de competentie van de cliënt om sturing te geven aan zijn eigen leven is principieel het uitgangspunt.

Het faciliteren van empowerment betekent ook: het ondersteunen van de emancipatie van kwetsbare doelgroepen. Bijvoorbeeld door bij te dragen aan het versterken van de positie van cliëntenorganisaties en door belangenbehartiging. Het aangaan en versterken van samenwerkingsrelaties tussen cliëntenorganisaties, onderzoeksinstituten en overheid is daarbij een speerpunt. Maar bovenal vraagt empowerment om een oprechte poging een gastvrijere en meer communicatieve samenleving te creëren. Door middel van kwartiermaken, antistigma en antidiscriminatie, het reflecteren op (de eisen van) normaliteit en het stimuleren van beleid dat deelname van kwetsbare burgers aan het maatschappelijk leven ondersteunt, kan de sector zorg en welzijn daar in grote mate aan bijdragen.

5.2 Grenzen aan empowerment?

Door het rapport heen klinkt er veel hoop en optimisme over de mogelijkheden die empowerment te bieden heeft. Dat moet ook, denken wij. Toch is het op zijn plaats om hier kort stil te staan bij de vraag wat de grenzen zijn van empowerment (zie ook paragraaf 3.4.3 en de discussieparagrafen in hoofdstuk 4). Daar kan namelijk een nieuwe discussie over starten die voorbij de grenzen van dit werk gaat, maar wel implicaties heeft voor de toepassing van empowerment. Wij stippen dit debat hier aan.

Het concept empowerment leunt zwaar op het idee dat mensen in principe meer subject *willen* zijn, en dat het uitbreiden van de leefwereld in principe 'goed' en wenselijk is. Deze aannames roepen vragen op over de grenzen van empowerment.

Eenzijds dringt de vraag zich op of het zo vanzelfsprekend is dat mensen *willen* empoweren. In de praktijk blijkt dat zeker niet altijd zo te zijn. Sommige mensen zijn eerder flegmatisch, zien geen reden zich in te zetten voor iets (nieuws) of verzetten

zich zelfs tegen iedere vorm van verandering. We zouden daarom kunnen zeggen dat een eerste grens van de doelgroep van empowerment is dat mensen een zekere motivatie moeten hebben voor verandering. Dit betekent dat er een soort startpunt moet zijn (*readiness*); iemand moet zelf ergens de hoop en kracht uit putten om te willen empoweren. Dat is een grote stap.

Anderzijds is het de vraag of het altijd *wenselijk* is om te streven naar een vergroting van de leefwereld. Empowerment van criminelen, antisocialen en oplichters, kan dat en is dat wat we willen? Over het algemeen reageren we als maatschappij juist omgekeerd op dit soort gedrag: we perken de leefwereld in door middel van straffen, opsluiting en controle. Dit zouden we kunnen zien als een tweede grens van empowerment: empowerment bevindt zich binnen de grenzen van de wet. Wanneer iemand gedrag vertoont dat strafbaar is, wordt op basis van geldende regels en consensus in samenleving de veiligheid als prioriteit gesteld. Dit is gelegitimeerd; de leefwereld gaat juist over manier waarop mensen *met elkaar* hun leven willen vormgeven. In feite zit in het begrip empowerment ingebouwd dat het gaat om veranderingen, meer subject worden, *binnen de (gezamenlijk opgestelde) kaders van de wetten en regels*.

Toch voelt het als een makkelijke uitweg om empowerment als mogelijkheid voor deze groepen uit te sluiten. Zouden we hen niet moeten ondersteunen om te willen empoweren? Bovendien is er een groot grijs gebied van mensen die niet willen of kunnen maar daarmee niet meteen de wet overtreden. We kunnen niet eenvoudigweg stellen dat empowerment voor hen geen optie is. Het is namelijk de vraag *waarom* ze niet willen of kunnen. Welke redenen liggen ten grondslag aan het ongemotiveerde of ongewenste gedrag? Het is nodig de onderliggende ethische discussie te voeren over de vraag of dit gedrag als 'kwetsbaar' of gewoon hopeloos of 'slecht' moet worden aangemerkt. Beschouwen we het gedrag als een reactie op de onderliggende kwetsbaarheid, dan kan het binnen de theorie van empowerment gezien worden als een intern systeem dat de mogelijkheid tot zelfsturing en subject zijn beperkt. Niet willen of kunnen is in dat geval dynamisch; er is hoop dat het subject op een bepaald punt aangesproken kan worden en dan 'het goede' zal doen. Beschouw je het gedrag dat je als ongemotiveerd of ongewenst beoordeelt, als voortkomend uit de *wil* van het subject zelf, dan kan het niet de bedoeling zijn de ruimte voor dat gedrag in de leefwereld te willen vergroten. Dan lijkt inperken van de leefwereld (wanneer het de grenzen van de wet overtreedt) of gewoon laten zo'n beetje de enige opties.

Kortom, de discussie over empowerment is beland bij de discussie over goed en kwaad. Het is beland bij de vraag of mensen in wezen 'goed' zijn en dat

empowerment daar vanuit vertrekt, of dat empowerment voor sommige mensen gewoon niet wenselijk is. Een fundamentele discussie die ook in het kader van empowerment gevoerd dient te worden. Voor nu beperken we ons tot het beschrijven van enkele overwegingen.

Als we het over empowerment binnen zorg en welzijn hebben, gaat het over mensen in een kwetsbare positie die meer macht krijgen over hun leefomstandigheden. Een geloof in de mogelijkheden van mensen om zichzelf 'ten goede' te ontwikkelen is nodig. Het zou zelfs als een kernwaarde van de hulpverlening kunnen worden aangemerkt om in de hoop, kracht en goedheid van mensen te geloven en daar op aan te sturen.

Toch kunnen we stellen dat empowerment niet *per definitie* 'goed' is. Empowerment speelt zich altijd af binnen een context van anderen en de versterking van iemands macht heeft ook invloed op die anderen. De vraag of de vergroting in zelfsturing ten goede komt aan dat individu moet altijd worden uitgebreid met de vraag of het ten goede komt aan anderen, bijvoorbeeld de familie of de bredere samenleving. Dit laatste bepaalt mede of die versterking wenselijk of onwenselijk is.

Of empowerment in individuele gevallen 'goed' of 'slecht' is, kan dus nooit in algemene zin gezegd worden. Wat 'goed' of 'slecht' is, 'wenselijk' of 'onwenselijk', ligt niet vast maar is onderwerp van een voortdurend debat over de vraag wat 'ons allen ten goede komt'. Binnen dat debat is *begrenzing* evenzeer van belang als *empowerment*.

Voor hulpverleners en anderen die werkzaam zijn binnen zorg en welzijn zal deze discussie met het werk verweven zijn. In de praktijk zullen zij namelijk beide doen: uitgaan van het goede, streven naar empowerment, maar ook begrenzen. Deze twee zaken sluiten elkaar niet uit, ze zijn voortdurend in beweging en kunnen elkaar aanvullen. Enerzijds zullen hulpverleners veelal proberen bij te dragen aan het ombuigen van ongemotiveerdheid naar gemotiveerd gedrag en aan het bereiken van een 'startpunt' door specifieke deskundigheid en methoden in te zetten. Dit zouden we 'prepowerment' kunnen noemen; het scheppen van voorwaarden voor empowerment binnen de cliënt, een proces waarin andere spelregels gelden dan voor daadwerkelijke empowerment.

Anderzijds kan empowerment nooit betekenen dat schadelijk, antisociaal of immoreel gedrag gestimuleerd of vrijgemaakt moet worden. Wanneer het gedrag anderen schaadt, zullen we dit gedrag willen en moeten begrenzen. Voor hulpverleners betekent dit dat zij een afweging moeten maken. Want op de vraag wanneer er

empowered moet worden en wanneer er moet worden begrensd, is geen algemeen antwoord te geven. Het is een discussie die steeds weer in alle situaties (opnieuw) gevoerd moet worden, met alle betrokkenen. Ook de opvattingen van hulpverleners hoeven hierin niet buiten spel te staan. Het belangrijkste principe is dat wanneer het al dan niet empowered gedrag van mensen anderen (bijvoorbeeld de directe omgeving, de familie, de buurt) schaadt, het onderdeel wordt van de (maatschappelijke) discussie over welk gedrag moreel aanvaardbaar is en welk gedrag niet. Dit benadrukt nog maar eens de sociale/maatschappelijke kern van empowerment met als bijbehorend perspectief: empowerment is optimisme, maar empowerment is niet heilig.

5.3 Tot slot

Met dit rapport willen we bijdragen aan het maatschappelijk debat over empowerment van kwetsbare doelgroepen. Doel was inzicht te geven in empowerende principes en valkuilen. Het rapport biedt een kader voor kritische reflectie op en discussie over het 'empowermentgehalte' van beleid, onderzoek en hulpverlening. Ook geeft het een onderbouwing voor het werken op individu- en samenlevingsniveau en voor het belang van *verbinding* en *dialogoog*. Hopelijk geven de principes en dilemma's die in dit rapport beschreven zijn aanleiding tot verder onderzoek over dit thema. Kwalitatief onderzoek is nodig waarbij de doelgroep in het centrum van het onderzoek staat. Het (verder) ontwikkelen van ervaringskennis is nodig om beter te kunnen aansluiten bij de leefwereld van verschillende kwetsbare doelgroepen. Tegelijkertijd is ook het verder onderzoeken van (maatschappelijke) systemen die invloed hebben op die leefwereld van belang, bijvoorbeeld het onderzoek naar stigmatisering en sociale uitsluiting.

Dit project was een zoektocht die naar ons idee wat heeft opgeleverd. We weten nu dat er nooit een 'algemeen' antwoord komt op de vraag wat empowerend werkt, omdat empowerment zich afspeelt in het complexe samenspel van individu, omgeving en maatschappij en dus van al die factoren afhangt. Ook is helder geworden dat empowerment gaat over macht over het eigen leven en dat het zowel de strijd aan gaat met de macht van de beperking of kwetsbaarheid als met maatschappelijke systemen zoals uitsluiting. Habermas' gedachtegoed heeft ons geholpen om helder te krijgen dat we kunnen bijdragen aan empowerment door communicatieve contexten en voorwaarden te scheppen waarbinnen empowerment kan plaatsvinden (zowel op individu- als op samenlevingsniveau). De volgende stap zou zijn te onderzoeken hoe we die communicatieve contexten en voorwaarden in de praktijk van zorg en welzijn kunnen brengen. Ook al is en blijft het creëren van een dialoog complex - het vereist een balanceren tussen ingrijpen en nalaten, tussen

communicatieve doelen en strategische doelen -, dat punt kan ook juist gezien worden als een inspirerende uitdaging die nieuwe mogelijkheden en kansen biedt voor zowel kwetsbare burgers als hulpverleners om te verbinden en te groeien.

Literatuurlijst

Abdoli, S., Ashktorab, T., Ahmadi, F., Parvizi, S. & Dunning, T. (2008). The empowerment process in people with diabetes: an Iranian perspective. *International nursing review*, 55 (4), 447-453.

Ajoulat, I., d'Hoore, W. & Deccache, A. (2006). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66 (1): 13-20.

Anderson, R. & Funnell, M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education & Counseling*, 79 (3), 277-282.

Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. et al. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Armellino, D., Quinn Griffin, M. & Fitzpatrick, J. (2010). Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management*, 18 (7), 796-803.

Beek, A. van der (1980). *Democratische psychiatrie. Niet de ziekte bestaat, wel het lijden*. Baarn: AMBO.

Beugen, van (1977). *Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie*. Assen / Amsterdam: Van Gorcum.

Beun, M. (2006). *Factsheet maatschappelijk Werk en WMO*. Utrecht: Nederlandse Vereniging Maatschappelijk Werkers.

Björklund, M., Sarvimäki, A. & Berg, A. (2008). Health promotion and empowerment from the perspective of individuals living with head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 26-34.

Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2008). Controle herwinnen over het eigen leven. Een conceptuele verkenning van het begrip 'empowerment' van mensen met psychische handicaps. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 17 (4): 16-26.

Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2009). *De Nederlandse Empowerment vragenlijst*. Utrecht, Trimbos-instituut.

Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(i)ft*. Utrecht, Trimbos-instituut.

Bradbury-Jones, C., Irvine, F. & Sambrook, S. (2010). Empowerment of nursing students in clinical practice: spheres of influence. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (9), 2061-2070.

Brink, C. & Lucassen, A. (2010). *Inventarisatie methoden zelfregie*. Utrecht: Movisie.
Busschbach, J. van., Swildens, W., Michon, H., Kroon, H., Os, J. van. & Wiersma, D. (2010). Succesvol met de Individuele Rehabilitatie Benadering, Over verschillen in de effectiviteit van revalidatietrajecten. In: Van Rooijen & Van Weeghel (Red.). *Psychiatrische revalidatie. Jaarboek 2010-2011*, p. 119-132. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Cai, C. & Zhou, Z. (2009). Structural empowerment, job satisfaction and turnover intention of Chinese clinical nurses. *Nursing & Health Sciences*, 11 (4), 397-403.

Casey, M., Saunders, J. & O'Hara, T. (2010). Impact of critical social empowerment on psychological empowerment and job satisfaction in nursing and midwifery settings. *Journal of Nursing Management*, 18 (1), 24-34.

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

Chang, L., Liu, C. & Yen, E. (2008). Effects of an empowerment-based education program for public health nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (20), 2782-2790.

Chang, L., Shih, C. & Lin, S. (2010). The mediating role of psychological empowerment on job satisfaction and organizational commitment for school health nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (4), 427-433.

Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (4), 43-46.

Cohen, M.R., Anthony, W.A. & Farkas, M.D. (1997). Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 48 (5), 664-646.

Connelly, L. M., Keele, B.K., Kleinbeck, S.V.M., Kraenzle Schneider, J. & Kuckelman Cobb, A. (1993). *A place to be yourself from the client's perspective. Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 297-303

Deegan, P.E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31 (4), 7-11.

Delahaij, R. (2004). *Dossier Empowerment. Empowerment bij allochtone jongeren*. Utrecht: Forum, Instituut voor multiculturele ontwikkeling.

Driessens, K. & Regenmortel, T. van (2006). Bind-Kracht in armoede. Leefwereld en hulpverlening, Boek 1 [*The Strength of Ties in Poverty. Lifeworld and Social Care*] Leuven: LannooCampus.

Dröes, J.(red) (2005). *Individuele Rehabilitatie, behandeling en herstel, van mensen met psychiatrische problematiek*. SWP-cahier. Amsterdam: SWP.

Ewijk, H. van, Spierings, F. & Wijnen, R. (2007). *Basisboek social work, mensen en meedoen*. Meppel: Boom onderwijs.

Foucault, M. (1989). *Geschiedenis van de waanzin in de 17^e en 18^e eeuw*. Meppel: Boom. (1^e druk Parijs 1961).

Freire, P. (1980). *De pedagogie der onderdrukten*. Baarn: In den Toren/Anthos-boeken. (1^e druk 1972).

Gestel-Timmermans, H. van (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course. (dissertatie)*. Ridderkerk: Offsetdrukkerij Ridderprint.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: GGZ - Vereniging van Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland.

Gilbert, S., Laschinger, H.K.S. & Leiter, M. (2010). The mediating effect of burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviours. *Journal of Nursing Management*, 18, 339-348.

Goossens, L. (2010). Ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting in Vlaanderen. In: T. van Regenmortel (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als kracht*. Amsterdam: SWP.

Gruss, V. (2007). *Relation of work empowerment to job satisfaction and absenteeism among dementia-care certified nursing assistants in long-term care facilities* (doctoral dissertation). Chicago (USA): Rush University.

Hage, A.M. & Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6: 235-246.

Heaney, T. (1995). Issues in Freirean pedagogy. Thresholds in Education / "Freire Issues" Section. Retrieved on August 7, 2008 from: <http://www3.nl.edu/academics/cas/ace/resources/Documents/FreireIssues.cfm>.

Heerikhuizen, B. van (1997). Figuraties van zelfredzaamheid. In: K. Schuyt (red) (1997). *Het sociaal tekort. Veertien sociale problemen in Nederland*, pp. 184-193. Amsterdam: de Balie.

Ho, A., Berggren, I. & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: a meta-synthesis. *Nursing & Health Sciences*, 12 (2), 259-267.

Holmström, I. & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Education & Counseling*, 79 (2), 167-172.

Hoof, F. van, Knispel A. & Vijselaar, J. (2009). *Tendrapportage GGZ 2009. Themaportage Nieuwe Financieringskaders GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hsu, H., Lien, Y., Lou, J., Chen, S. & Wang, R. (2010). Exploring the effect of sexual empowerment on sexual decision making in female adolescents. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, 18 (1), 44-52.

Huber, M., Bouwes, T. (2011). *Samensturing in de maatschappelijke opvang. De tegenstelling voorbij*. Utrecht: Movisie.

Huber, M., Bouwes, T., Dompig, M., Marzkoui, N. el & Lichtenberg, M. (2010). Gewoon Doen. Je Eigen Stek: wonen in zelfbeheer. In: J. Steyaert en R. Kwekkeboom (2010). *Op zoek naar duurzame zorg. Vitale coalities tussen formele en informele zorg*. Utrecht: Movisie.

Hvas, A.C. & Thesen J. (2002). To strengthen patient's own power and to counteract oppressive forces: empowerment in a medical perspective. *Ugeskr Laeger*, 164 (46), 5361–5365. Danish.

Jacoby, R. (1975). *Sociaal geheugenverlies*. Bloemendaal: Nelissen.

Jacobs, G.C. (2001). De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk (dissertatie). Amsterdam: SWP.

Jacobs, G., Braakman, M., & Houweling, J. (2005). *Op eigen kracht naar gezond leven : empowerment in de gezondheidsbevordering; concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden*. Utrecht: Universiteit voor de Humanistiek.

Kal, D. (2010). Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Kanai-Pak, M. (2009). *Leadership behaviors that mitigate burnout and empower Japanese nurses* (doctoral dissertation). Tucson, Arizona (USA): University of Arizona.

Kanter, R.M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.

Kanter, R.M. (1993). *Men and women of the corporation* (2nd ed.). New York: Basic Books.

Kaplan, L. & Girard, J. (1994). *Strengthening high risk families*. New York: Lexington Books, an imprint of MacMillan Inc.

Knol, J., & Linge, R. van (2009). Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (2), 359-370.

Klerk, M.M.Y. de (red) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002— Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kramer, M. & Schmalenberg, C. (1993). Learning from success: Autonomy and empowerment. *Nursing Management*, 24 (5), 58-64.

Kunneman, H. (1989). *Systeemgeweld en schijncommunicatie, empirisch onderzoek naar de interferentie van systeem en leefwereld*. Cahiers Communicatietheorie & Praktijk 1. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit Wijsbegeerte.

Kunneman, H., Munnichs, G. & Gelder, F. van. (2005). Jurgen Habermas. In: H. Achterhuis, J. Sperna Weiland en S. Teppema (2005) *De denkers van nu*. Diemen: Veen magazines.

Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk - onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kwekkeboom, M.H. & Koops, H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Kwekkeboom, M.H. & Jager-Vreugdenhil, M. (red) (2009). *De praktijk van de WMO*. Onderzoeksresultaten lectoraten social work. Amsterdam: SWP.

Laan, G. van der (1990). Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk, Utrecht, SWP.

Laan, G. van der (1991). Een etiquette voor het maatschappelijk werk. *Tijdschrift voor Agologie*, 19 (9), 1/4.

Laan, G. van der (2008). Van turbulentie tot stroomlijning. Enige beschouwingen over de interventiemix in de zorgsector. *Sociale interventie*, 3 (4), 139-150.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J. & Wilk P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31 (5), 260-272.

Laschinger, H., Finegan, J. & Wilk, P. (2009). Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 39 (5), 228-235.

Lautizi, M., Laschinger, H. & Ravazzolo, S. (2009). Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 17 (4), 446-452.

Li, I., Chen, Y. & Kuo, H. (2008). The relationship between work empowerment and work stress perceived by nurses at long-term care facilities in Taipei city. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (22), 3050-3058.

Liu, C., Chao, Y., Huang, C., Wei, F. & Chien, L. (2010). Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (11-12), 1729-1737.

Marcuse, H. (1968). *Eros en cultuur*. Utrecht: Erven J. Bijleveld. (1e druk 1955)

McDonald, S., Tullai-McGuinness, S., Madigan, E. & Shively, M. (2010). Relationship between staff nurse involvement in organizational structures and perception of empowerment. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33 (2), 148-162.

McWhirter, E.H. (2001). Empowerment in counseling. *Journal of Counseling & development*, 69 (3): 222-227.

Michon, H. & Weeghel, J. van (2008). *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000-2007*. Utrecht: Trimbos-instituut en Kenniscentrum Rehabilitatie; Den Haag: ZonMw.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2010). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Den Haag: Uitgave van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met de MO-groep Welzijn en maatschappelijke dienstverlening en de Vereniging Nederlandse Gemeenten.

Nederlandse Consumenten en Patiënten Federatie (2008). *Gezondheid 2.0, Visiedocument. Toekomst en betekenis van E-health voor de zorgconsument*. Utrecht: Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie.

Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk (2006). *Factsheet maatschappelijk werk en WMO, informatie voor de professional in de praktijk*.

Ning, S., Zhong, H., Libo, W. & Qiuji, L. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (12), 2642-2648.

Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake deconcentratie van instellingen met en verstandelijke handicap en zijn empirische effecten*. Academisch proefschrift. Enschede: Universiteit van Twente.

Paes, M. (2010). Steun voor processen van onderop. Over beleid en participatie van kwetsbare burgers. In: T. van Regenmortel (red) (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als kracht*, p. 31. Amsterdam: SWP.

Page, N. & Czuba, C.E. (1999). Empowerment: What Is It? *Journal of extension*, 37 (5).

Peachey, G. A. (2002). The effect of leader empowering behaviours on staff nurses workplace empowerment, psychological empowerment, organizational commitment, and absenteeism. Open Access Dissertations and Theses. Paper 2923. <http://digitalcommons.mcmaster.ca/opendissertations/2923>.

Pel, R., Redeker, I., Hanning, R., Visser, T., Rijkaart, A. & Rooijen, S. van (2011). *Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ*. Utrecht: Vilans & Trimbos-instituut.

Perkins, D.D. & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of community psychology*, 23 (5), 569-569.

Piper, S. (2010). Patient empowerment: emancipatory or technological practice? *Patient Education And Counseling*, 79 (2), 173-177.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010 A). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de rvg1/nieuwe ordening*. Discussienota. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010 B). *Perspectief op gezondheid 20/20. Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010). *Gezondheid 2.0. U bent aan zet. Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

Randolphi, W.A. (2000). Re-thinking empowerment. Why is it so hard to achieve? *Organizational Dynamics*, 29(2), 94-107.

Rappaport. J. (1981). In praise of paradox; a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.

- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative: Listening to stories and Creating settings. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 975-807.
- Regenmortel T. van (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco
- Regenmortel, T. van (2004). *Empowerment in de praktijk van het OCMW*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Regenmortel T. van (2008). Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.
- Regenmortel, T. van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie. *Journal of social intervention*, 18 (4), 22-42.
- Regenmortel, T. van (red). (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als kracht*. Amsterdam: SWP.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health promotion International*, 9 (1), 39-47.
- Rogers, S., Chamberlin, J. Ellison, M.L. & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment. *Psychiatric Services*, 48, 8.
- Segal, S.P., Silverman, C. & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, 31, 215-227.
- Shearer, N., Fleury, J. & Belyea, M. (2010). Randomized control trial of the Health Empowerment Intervention: feasibility and impact. *Nursing Research*, 59 (3), 203-211.
- Smith, L., Andrusyszyn, M. & Laschinger, H. (2010). Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 18 (8), 1004-1015.
- Spreitzer, G.M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38 (5), 1442-1465.
- Stajduhar, K., Funk, L., Jakobsson, E. & Ohlén, J. (2010). A critical analysis of health promotion and 'empowerment' in the context of palliative family care-giving. *Nursing Inquiry*, 17 (3), 221-230.

Stang, I. & Mittelmark, M. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry*, 17 (1), 46-56.

Steenssens, K. & Regenmortel, T. van (2007). *Empowerment barometer. Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

Stewart, J., McNulty, R., Griffin, M. & Fitzpatrick, J. (2010). Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 (1), 27-34.

Swendeman, D., Basu, I., Das, S., Jana, S. & Rotheram-Borus, M. (2009). Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. *Social Science & Medicine*, 69 (8), 1157-1166.

Swildens, W., Busschbach, J.T. van, Michon, H. & Kroon, H. (2007). Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven. In: A. Schene, F. Boer, J.P.C. Jaspers, B. Sabbe & J. van Weeghel (red), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (pp. 335-353). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Swildens, W. & Keijzerswaard, A.J. van (1998). Rehabilitatie en verpleegkunde: gaat dat wel samen? *Passage*, 7, 153-163.

Swildens, W., Keijzerswaard, A.J. van, Wel, T.F.van, Valk, G.J.J. de & Valenkamp, M.W. (2003). Individuele Rehabilitatie voor chronische patiënten: een open onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45 (1), 15-25.

Taylor, J., Jones, R., O'Reilly, P., Oldfield, W. & Blackburn, A. (2010). The Station Community Mental Health Centre Inc: nurturing and empowering. *Rural & Remote Health*, 10 (3), 1-12.

Tengland, P.A. (2008). Empowerment: A Conceptual Discussion. *Health Care Analysis*, 16, 77-96.

Theunissen, J.R., Kikkert, M.J., Duurkoop, W.R.A., Peen, J., Resnick, S. & Dekker, J.J.M. (2008). *Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad*. Amsterdam: JellinekMentrum.

Vacharakiat, M. (2008) *The relationships of empowerment, job satisfaction and organizational commitment among Filipino and American registered nurses working in the USA* (dissertation). Washington DC (USA): George Mason University.

Varekamp, I., Heutink, A., Landman, S., Koning, C.E.M., Vries, G. de., Dijk, F.H. van. (2009) Facilitating Empowerment in Employees with Chronic Disease: Qualitative Analysis of the Process of Change, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 398–408.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2007) Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, visiedocument. Utrecht: Uitgave Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), in samenwerking met cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties, Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en VWS

Vereniging Nederlandse Gemeenten (2007). *Stappenplan Stedelijk Kompas: Intensivering van de aanpak van dakloosheid*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Verzaal, H. (2002). *Empowerment in de jeugdzorg. Onderzoek naar empowermentbevorderend gedrag van hulpverleners*. Amsterdam: Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Visser, F., Molleman, G., Peters, L., Jacobs, G. & Rozing, M. (2007). *Empowerment Kwaliteit Instrument: Toelichting, Score-formulie, Operationalisering en normering. Voor gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers als aanvulling op de Preffi 2.0*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).

World Health Organization (2002). *Family of International Classifications (WHO-FIC). Nederlandse vertaling van de 'International Classification of functioning, Disability and Health', compilatie*. Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre.

Wagner, J., Cummings, G., Smith, D., Olson, J., Anderson, L. & Warren, S. (2010). The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), 448-462.

Wählin, I., Ek, A. & Idvall, E. (2010). Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal Of The British Association Of Critical Care Nurses*, 26 (5), 262-269.

Wood, T., Englander-Golden, P., Golden, D. & Pillai, V. (2010). Improving addictions treatment outcomes by empowering self and others. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 (5), 363-368.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.

Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: J. Rappaport & E. Seidman (red), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63), New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Zimmerman, M.A. & Warschausky, S. (1998). Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology*, 43 (1), 3-16

Zurmeily, J., Martin, P. & Fitzpatrick, J. (2009). Registered nurse empowerment and intent to leave current position and/or profession. *Journal of Nursing Management*, 17 (3), 383-391.

Geraadpleegde websites:

- <http://www.hee-team.nl/> (11-2010)
- http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/programmas/Parels/Factsheet_HEE.pdf (04-2011)
- <http://www.vrijbaan.nl/> (04-2011)
- <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/09/30/regeerakkoord-vvd-cda.html> (02-2011)
- http://www.movisie.nl/106144/def/home/moedercentra_en_vadercentra (03-2011)
- <http://www.moedercentra.nl> (03-2011)
- <http://ontmoetingscentrumprinsenhof.nl/> (03-2011)
- <http://www.movisie.nl/onderwerpen/goedvoorelkaar/Compensatiebeginsel.pdf> (10-2011)
- http://www.movisie.nl/135075/def/home/effectieve_sociale_interventies/individuele_rehabilitatie_benadering_irb/?onderwerpid=120393&toonLinkerMenu=False (10-2011)

Over de auteur

Jenny Boumans is gezondheidswetenschapper en verbonden aan het Trimbos-instituut. Haar onderzoeksinteresse ligt bij de maatschappelijke en persoonlijke dimensies van (psychische) kwetsbaarheid. Ze doet onderzoek naar ervaringskennis van en beeldvorming over mensen met een ernstige psychische problematiek.

Movisie is het landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en sociale veiligheid. Onze activiteiten zijn georganiseerd in vijf actuele programma's: Effectiviteit en Vakmanschap, Actief Burgerschap, Sociale Zorg, Inclusie en Diversiteit en Huiselijk en seksueel geweld. Onze ambitie is het realiseren van een krachtige samenleving waarin burgers zoveel mogelijk zelfredzaam kunnen zijn.

Empowerment blijft de belofte binnen de sectoren zorg en welzijn, maar wat is het eigenlijk? Tegenwoordig wordt het in toenemende mate omschreven als strategie voor individuele zelfredzaamheid en zelfmanagement. Oorspronkelijk heeft empowerment echter een collectieve en maatschappijkritische betekenis die gaandeweg lijkt te zijn vervaagd. In deze publicatie wordt een verbinding gelegd tussen beide opvattingen. Uitkomst is dat empowerment gaat over het overwinnen van maatschappelijke en persoonlijke barrières, over individuen en collectieven, over kracht en kwetsbaarheid, over strijd en acceptatie, over zelfstandigheid en zorg. Om te kunnen onderzoeken of empowerment werkt is een genuanceerde benadering van het begrip noodzakelijk.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Movisie in het kader van het onderzoeksprogramma 'Inzicht in sociale interventies'. Vragen die in dit programma gesteld worden, zijn: Wat zijn de werkzame bestanddelen van in de sociale sector toegepaste methoden? En welke vormen van onderzoek lenen zich het beste om te weten te komen wat wel of niet werkt? De onderzoeken sluiten aan bij de alledaagse praktijk van professionals, cliënten en burgers. Binnen 'Inzicht in sociale interventies' worden studies verricht op het terrein van vrijwilligerswerk, mantelzorg, activering en het bevorderen van actief burgerschap in de buurt. Het onderzoeksprogramma is onderdeel van het project 'Effectieve sociale interventies'. Dit project valt onder het programma 'Beter in Meedoen' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.