



EFRO-project 655

Ondernemingsgerichte kennisontwikkeling
en valorisatie in West-Vlaanderen

Centrum Empowerment in Ouderenzorg

RAPPORT

EMPOWERMENT: VISIE EN THEORETISCHE ONDERBOUW CEMO

Marie Maertens

Bert Desmet



CEMO

De vergrijzing van de bevolking is een feit: we leven steeds langer en worden vroeg of laat geconfronteerd met zorgnoden. Het KATHO (VIVES¹) expertisecentrum CEMO (voluit: Centrum Empowerment in Ouderenzorg) zoomt in op de positie van de oudere in zijn zorgcontext en staat stil bij de plaats van mantelzorgers en professionele hulpverleners hierin.

CEMO werd in 2012 door KATHO opgericht in het kader van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO)-project 655 als expertisecentrum binnen het domein zorgcompetenties en – faciliteiten. Alle West-Vlaamse kennisinstellingen (Kulak, KHBO, Howest en KATHO) werkten samen aan de eerste CEMO-projecten. Het EFRO-project werkt mee aan de implementatie van een kennis-gedreven-ontwikkeling van onze provincie.

Onder de noemer “empowerende zorg” wil CEMO empowerende hulpverlening in de (professionele) zorg promoten en bevorderen. Met de dienst thuisverpleegkunde van Wit-Gele Kruis werkte CEMO samen omtrent zelfzorg en het risico op ondervoeding bij thuiswonende ouderen. Samen met de gezinszorg van Solidariteit voor het Gezin werd vanuit de filosofie van empowerment een vernieuwde intakeprocedure uitgewerkt. Daarnaast maakte CEMO samen met ZorgAndersTv een reportage over hoe verschillende zorgorganisaties empowerende hulpverlening in de praktijk brengen.

Het label “empowerende technologie” omvat de projecten waarmee CEMO de plaats van technologie in de zorg onderzoekt en zelf nieuwe digitale toepassingen ontwikkelt. CEMO onderzoekt en ontwikkelt toepassingen die de positie van de oudere in zijn zorgcontext kan versterken. Zo hield CEMO een pilootstudie waarbij de meerwaarde van een iPad binnen de zorg voor thuiswonende ouderen (met beginnende dementie of personen met afasie als gevolg van een CVA) werd onderzocht. Daarnaast ontwikkelde CEMO zelf een tabletapplicatie voor deze doelgroep. De centrale doelstelling van de applicatie bestaat erin de participatie van de oudere aan zijn zorgproces te verhogen. De applicatie focust op volgende zaken: structuur aanbrengen in de dag van de oudere, verschillende informatiestromen begrijpelijk in beeld brengen voor de oudere, de leefwereld van de oudere verbreden en maximale interactiemogelijkheden aanreiken mits een minimale inspanning. Tot slot werkte CEMO aan een digitale leeromgeving om tablettechnologie te leren gebruiken.

¹ Vanaf 1 september 2013 vormen KATHO en KHBO 1 hogeschool, de Katholieke Hogeschool VIVES.

Naar de toekomst toe wil CEMO² verder inzetten op het opstellen van ondersteunende instrumenten voor empowerende zorg en het uittesten en ontwikkelen van vernieuwende empowerende technologische toepassingen.

² Voor bijkomende vragen, voor het uitwisselingen van ideeën of voor concrete samenwerking met CEMO kan u terecht op info@cemo.be. Meer info vindt u op de website cemo.be.

Inleiding

In het licht van de vergrijzing heeft het beleid een bepaalde visie op de plaats en de rol van de zorgbehoevende binnen zijn eigen zorgthematiek. Zowel op federaal, Vlaams en op provinciaal niveau erkennen de respectievelijke regeringen, ministers, verantwoordelijken, etc. de uitdagingen waarvoor men staat door de vergrijzing. Er worden een aantal suggesties of tegemoetkomingen geformuleerd die ouderen zouden moeten stimuleren om langer thuis te blijven: ondersteuning in de eigen thuissituatie, rekening houden met de wensen van de zorgvrager, goede relaties opbouwen tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de nulde lijn, tegemoetkomingen omtrent de thuiszorg, etc (voor een meer uitvoerig overzicht, zie bijlage 1). Al deze tegemoetkomingen zouden gecategoriseerd kunnen worden onder de algemene noemer ‘Zorg op maat’³ die werd geïntroduceerd door Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; Jo Vandeurzen. Dit blijkt echter een ambigue concept dat door elke hulpverlener op een persoonlijke manier wordt geïnterpreteerd. Getuige hiervan, de grote verscheidenheid aan antwoorden van de verschillende zorgverleners en de minister zelf op de vraag “wat is zorg op maat voor jou?”⁴.

CEMO kiest voor de emancipatorische visie van het empowermentconcept om de oudere en zijn zorgcontext te bestuderen. Ook omtrent dit concept heerst binnen de wetenschappelijke literatuur heel wat onduidelijkheid. Volgens Van Regenmortel (2002) wordt het concept toegepast op verschillende niveaus, op uiteenlopende domeinen, op verschillende doelgroepen, binnen diverse disciplines en in uiteenlopende organisaties of projecten. Een afbakening en verduidelijking dringt zich daarom op.

In dit rapport belichten we eerst de emancipatorische visie op sociale ongelijkheid die aan de grondslag ligt van empowerment. Het zwaartepunt van dit rapport ligt echter op het duiden van empowerment als theoretisch concept. We gaan in op de verschillende niveaus van empowerment (individueel, organisatie- en gemeenschapsniveau) en op de verschillende definities van empowerment (empowerment als proces versus empowerment als product). Daarna diepen we de benadering van empowerment als proces verder uit. Tot slot maken we de transfer naar de context van de gezondheidszorg met het concept van patiënt empowerment.

³ In oorsprong is ‘zorg op maat’ een vertaling van het concept ‘tailored intervention’ en moet voornamelijk begrepen worden vanuit een eerder economische visie ten aanzien van zorgverlening (Lennox et al., 2001). Deze visie gaat ervan uit dat het aanbieden van een standaardpakket aan zorg bij vele zorgvragers de behoefte aan zorg overtreft. Volgens het principe ‘zorg op maat’ leidt een vermindering of aanpassing van de zorg tot tijd- en geldbesparing binnen de hulpverlening. Door het standaardpakket aan zorg op te splitsen in kleine stapjes kan men zorg op maat verlenen.

⁴ <http://www.zorganderstv.be/index.php?cID=549>.

1. Methode

Gezien de focus van CEMO binnen de gezondheidszorg ligt, werd er gezocht in de wetenschappelijke databank Medline. Om valide en betrouwbare teksten te vinden, werden enkel peer-reviewed AI-journals geselecteerd. Vooreerst werd gezocht naar reviews omtrent empowerment, maar er werden er geen gevonden. Daarna werd gezocht naar onderzoeksartikels met de zoekterm 'empowerment + health'. Deze laatste zoekterm werd toegevoegd om artikels omtrent empowerment in de arbeidscontext uit te sluiten. De zoekoperatie leverde 66 resultaten op. Op basis van de abstracts werden hieruit 31 artikels geselecteerd.

Bij het doornemen van de artikels werd vooreerst gefocust op de theoretische onderbouwing en de definiëring van het concept empowerment. Van de 31 geselecteerde artikels werden de gehanteerde definities van empowerment opgelijst om na te gaan naar welke definities of auteurs meest verwezen werd. Op basis van deze literatuur werd er – aan de hand van de sneeuwbalmethode – andere literatuur opgezocht en geraadpleegd⁵.

2. Empowerment, een emancipatorische visie op sociale ongelijkheid

Doorheen de geschiedenis wordt Paulo Freire gezien als de peetvader van empowerment (Wallerstein & Bernstein, 1988). Aanvankelijk was dit concept pedagogische geïnspireerd en streefde een empowerende opvoeding ernaar om individuen in staat te stellen om zelf in te grijpen in de werkelijkheid, vat te krijgen op hun leefwereld en hun leefomstandigheden (Freire, 1975).

Vanaf de jaren '80 introduceerde de gemeenschapspsycholoog Julian Rappaport in Amerika empowerment binnen het domein van 'community psychology' (Van Regenmortel, 2002). Samen met Zimmerman wordt Rappaport gezien als autoriteit op het vlak van empowerment.

Oorspronkelijk werd empowerment door Rappaport (1981) gezien als een beloftevol alternatief voor preventie in het kader van de sociale beweging. In tegenstelling tot eerdere benaderingswijzen van sociale problemen waarin het principe 'blaming the victim' werd gehanteerd, werd er vanuit een empowermentbeleid op een positieve en proactieve manier omgegaan met acties die gericht waren

⁵ In verschillende bijlages worden ook 'good practices' opgelijst. Dit is echter geen exhaustieve lijst, maar ze zijn gebaseerd op de methodieken die werden aangegeven in de 31 eerder geselecteerde artikels. Steeds wordt er achtergrondinformatie of context meegegeven om de gehanteerde methodiek te kaderen. De eerder aangegeven zoektermen waren niet specifiek gericht op methodieken, vandaar dat er geen 31 methodieken worden weergegeven.

op sociale verandering. Vanuit deze aanpak gaat men negatieve aspecten van een situatie verbeteren door voornamelijk positieve zaken te benadrukken of door te focussen op krachten; dit in plaats van zich te focussen op problemen of het catalogiseren ervan. Rappaport (1981) beschreef het doel van empowerment dan ook als “*to enhance the possibilities for people to control their own lives*” (p. 15).

Naast de focus op de krachten van een individueel persoon, werd empowerment door Rappaport (1981) eveneens omschreven als een “*sensible social policy*” (p. 19): er moet aandacht gaan naar de mediërende structuren binnen een gemeenschap zoals familie, buurt, vrijwilligersorganisaties, etc. omdat mensen er veel tijd spenderen. Dit heeft als gevolg dat deze structuren en settings onder de loep moeten worden genomen om na te gaan op welke manier er daar mogelijkheden worden geboden om meer controle te hebben op het eigen leven. De aandacht voor de bredere context binnen een gemeenschap wordt benoemd als de ecologische aard van de empowermenttheorie (Rappaport, 1987). Dit perspectief – waar er meer aandacht is voor “*community embeddedness of persons and the nature of communities themselves*” (Trickett, 1984, p. 265) – is tegengesteld aan aanpak die zich louter en alleen focust op de persoon. Menon (2002) geeft namelijk aan dat de typische methodieken die louter en alleen gebaseerd zijn op het verhogen van de individuele autonomie leiden tot vervreemding in plaats van tot empowerment. De ecologische aard van de empowermenttheorie besteedt namelijk ook aandacht aan de context, de diversiteit, de middelen, de kosten en de voordelen van een bepaalde aanpak (Rappaport, 1987).

Naast de focus van empowerment op het individu en de bredere context, wordt ook de verscheidenheid tussen individuen benadrukt. Het is namelijk zo dat alle individuen meer controle kunnen krijgen op hun leven; zelfs diegene die minder competent zijn, meer noden hebben of *schijnbaar* niet meer kunnen functioneren in de huidige maatschappij. Dit komt omdat men – vanuit een empowerende visie – het minder functioneren niet ziet als iets dat bepaald wordt door het individu, maar eerder als het resultaat van een gebrek binnen de sociale structuren of gebrekkige middelen die het onmogelijk maken goed te functioneren (Rappaport, 1981). Rappaport (1981) geeft dan ook aan dat niet enkel achtergestelde individuen, buurten of gemeenschappen voordeel zouden halen uit een beleid waarin empowerment centraal staat, maar dat iedereen baat heeft bij een visie die doelt op meer – in plaats van minder – controle over het eigen leven.

Er kan dus geconcludeerd worden dat de empowermentbenadering gestoeld is op zowel aandacht voor elk individu (zoals een zorgbehoevende oudere) en zijn/haar krachten en positieve aspecten als aandacht voor de context en de mediërende structuren van de gemeenschap. Deze verschillende principes komen terug in wat volgt; namelijk het concept empowerment als een ‘multi-level construct’.

3. Empowerment, een theoretisch concept

Uitleg verschillende niveaus van empowerment (als multi-level construct) enerzijds en door verschillende doelstellingen, verschillende definities van empowerment (als product en als proces).

3.1. Empowerment als multi-level construct

Empowerment wordt door Rappaport (1987) gezien als een 'multi-level construct' dat zowel toepasbaar is bij zowel individuen, organisaties als gemeenschappen. Daarom wordt de definitie van empowerment aangepast als volgt (Rappaport, 1984): *“Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their lives”* (p.43) . De onderlinge verbondenheid van de drie niveaus duidt op de interactieve aard van empowerment met een continue focus op relaties tussen individuen en hun omgeving; zowel de organisaties en de gemeenschap waartoe ze behoren.

Empowerment op het individueel niveau benoemt Zimmerman (1995) ook wel als psychologisch empowerment. Op dit eerste niveau gaat empowerment over percepties van persoonlijke controle, een proactieve levensaanpak en een kritisch begrip van de socio-politieke omgeving. Empowerment van organisaties heeft te maken met processen en structuren die ervoor zorgen dat de leden van de organisatie vaardiger worden zodat ze een effect kunnen hebben op de gemeenschap (Zimmerman, 1995). Op het niveau van de gemeenschap verwijst empowerment naar een georganiseerde samenwerking tussen individuen zodat het leven beter wordt en zodat relaties opgebouwd kunnen worden met organisaties en instanties die ervoor kunnen zorgen dat de kwaliteit van hun leven kan gewaarborgd worden (Zimmerman, 1995).

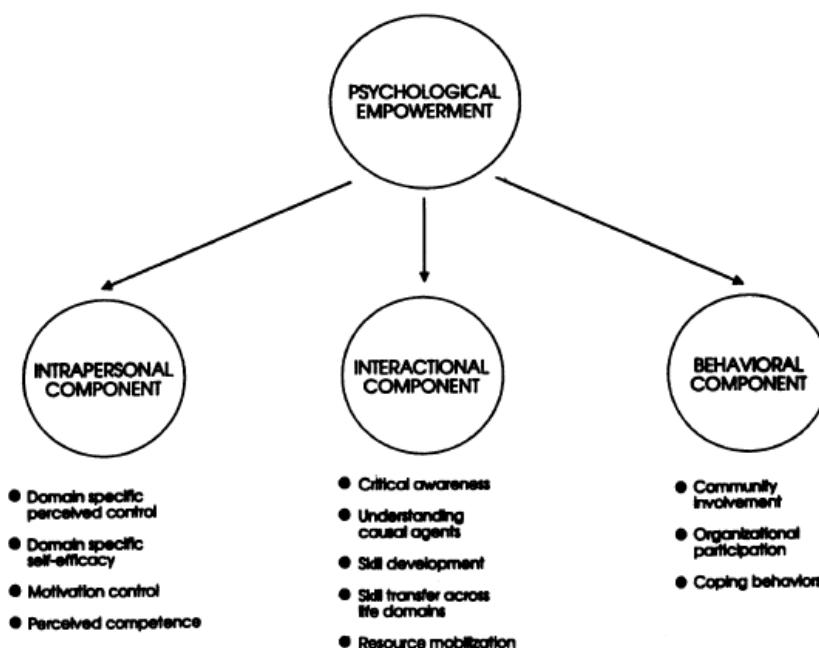
CEMO vertrekt in eerste instantie vanuit de oudere zelf waardoor de focus voornamelijk ligt op empowerment op het individueel niveau; vandaar wordt dit hieronder verder uitgebreid uitgewerkt. Gezien de verbondenheid van de verschillende niveaus is het belangrijk om ook kort in te gaan op de andere twee niveaus van empowerment. In dit verband geven Israel, Checkoway, Schulz en Zimmerman (1994) aan dat – indien er bijvoorbeeld slechts enkel aandacht wordt besteed aan individueel empowerment zonder de context mee te nemen waarin dit ingebed is – de kans groot is dat de invloed op het individuele niveau beperkt zal blijven. Om empowerment dus tot een betekenisvol geheel te maken, moet de culturele, historische, sociale, economische en politieke context erkend worden (Israel et al., 1994).

3.1.1. *Empowerment op individueel niveau: psychologisch empowerment*

Empowerment op het individueel niveau bestaat volgens Israel et al. (1994) uit volgende drie onderdelen “ (1) personal efficacy and competence, (2) a sense of mastery and control, and (3) a process of participation to influence institutions and decisions” (p. 152). Vooraleer verder wordt ingegaan op individueel of psychologisch empowerment worden drie assumpties gemaakt. Vooreerst varieert psychologisch empowerment over verschillende personen heen (Rappaport, 1984; Zimmerman, 1990); heel wat persoonskenmerken kunnen invloed hebben op de betekenis van psychologisch empowerment. Zo geeft Zimmerman (1995) bijvoorbeeld aan dat de doelstellingen van individueel empowerment anders zijn bij een zwangere tiener in vergelijking met een werkloze arbeider. Ten tweede verschilt empowerment ook afhankelijk van de context (Zimmerman, 1995). Zo zijn de vaardigheden, kennis en acties die arbeiders nodig hebben om controle en invloed uit te oefenen anders in een organisatie met een hiërarchische structuur in vergelijking met een organisatie met meer structuren die gericht zijn op participatie. Deze contextuele afhankelijkheid van individueel empowerment kan dan doorgetrokken worden naar de variatie van psychologisch empowerment over levensdomeinen heen (Zimmerman, 1995). Tot slot wordt er aangegeven dat psychologisch empowerment een dynamische variabele is die varieert doorheen de tijd (Zimmerman, 1995). Dit betekent dat elk individu het potentieel heeft om empowerende en disempowerende processen te ervaren en om zich op verschillende momenten wel of niet empowered te voelen.

Een verdere ontrafeling van psychologisch empowerment brengt Zimmerman (1995) aan door zijn onderverdeling in drie componenten: een intrapersonlijke, een interactionele en een gedragscomponent (zie Figuur 1). Bij de intrapersonlijke component kan gedacht worden aan persoonsvariabelen zoals domeinspecifieke waargenomen controle, domeinspecifieke self-efficacy, waargenomen competentie, beheersing, motivatie tot controle, etc. De interactionele component verwijst naar de mate waarin individuen hun gemeenschap en de daarmee gepaard gaande sociopolitieke aangelegenheden begrijpen. Deze component verwijst eveneens naar het bewustzijn dat individuen moeten hebben omtrent de opties en keuzes die ze kunnen hebben om te handelen naar de doelen die ze zichzelf stellen. Bij de laatste component gaat het om acties die men kan nemen om resultaten te beïnvloeden. Er kan dus geconcludeerd worden dat psychologisch empowerment ontstaat als men gelooft dat men de capaciteiten heeft een bepaalde context te beïnvloeden – de intrapersonlijke component –, als men begrijpt hoe systemen werken binnen de gegeven context – de interactionele component – en als men zich engageert tot het uitoefenen van bepaald gedrag om controle te krijgen op de context – de gedragscomponent (Zimmerman, 1995).

Hierbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat macht of controle niet voor alle individuen of voor alle populaties in alle contexten het gewenste doel is (Zimmerman, 1995); soms is het voldoende als men geïnformeerd is, als men meer vaardig is, als men gezonder is, als men meer betrokken is in een beslissingsproces, etc.



Figuur 1. Nomological network for psychological empowerment. (Zimmerman, 1995)

Wanneer men de transfer maakt naar de doelgroep van zorgbehoevende ouderen houdt psychologisch empowerment het volgende in. Om meer vat te krijgen op het eigen zorgproces, dient de oudere (intrapersonlijke component) gemotiveerd te zijn om actief deel te nemen aan interacties binnen zijn zorgproces. De oudere dient (interpersoonlijke component) te begrijpen welke (zorg)taken door wie worden opgenomen in zijn zorgsituatie en waarom, en welke mogelijkheden er zijn om bepaalde keuze na te streven. Tot slot (gedragscomponent) dient de oudere de acties te kennen die je kan ondernemen om mee je zorg te beïnvloeden. Weliswaar is de kanttekening van Zimmerman (1995) erg belangrijk in deze context: niet elke oudere streeft naar volledige controle over zijn zorgsituatie, maar kan andere doelen nastreven zoals meer betrokken worden bij zorgbeslissingen.

3.1.2. Empowerment op niveau van organisatie en gemeenschap

Zoals reeds aangekaart, geven Israel et al. (1994) echter aan dat een te enge focus op individueel empowerment ervoor kan zorgen dat aspecten zoals de sociale, structurele en fysieke factoren in de omgeving en de organisatie (inadequate huisvesting, werkloosheid, gebrekkige opleiding, gebrek aan controle of ondersteunende relaties, het gezondheidszorgsysteem etc.) genegeerd worden. Deze factoren liggen echter buiten de individuele mogelijkheid om ze te beheersen en te controleren, vandaar dat ook collectieve acties voor sociale verandering wenselijk zijn (Israel et al., 1994).

Een empowerende organisatie wordt democratisch geleid. De leden van de organisatie krijgen er informatie en macht, er wordt gebruik gemaakt van beslissingsprocessen en men engageert zich in het ontwerpen, implementeren en controleren van gezamenlijk opgestelde doelen (Israel et al., 1994). Er kan dus gesteld worden dat empowerment op het niveau van de organisatie enerzijds gaat om processen die ervoor zorgen dat individuen meer controle krijgen binnen de organisatie, maar anderzijds ook dat organisaties op hun beurt het beleid en de beslissingen van de ruimere gemeenschap mee kan beïnvloeden (Israel et al., 1994).

Een empowerende gemeenschap is er één waar individuen en organisaties hun vaardigheden kunnen gebruiken om tegemoet te komen aan hun respectievelijke noden. Daarnaast heeft zo'n gemeenschap ook de mogelijkheid om beslissingen te nemen en veranderingen in een groter sociaal systeem teweeg te brengen (Israel et al., 1994).

3.2. Empowerment als product en proces

Empowerment wordt door sommige auteurs gezien als een proces en door anderen als een product. Israel et al. (1994) maken het onderscheid tussen empowerment gezien als een werkwoord of als een zelfstandig naamwoord. Als werkwoord verwijst empowerment naar het proces waardoor mensen invloed en controle krijgen over hun leven. Als zelfstandig naamwoord verwijst dit echter naar de staat waarin een individu zich bevindt; dit als een resultaat van een proces. Zo ook halen Perkins en Zimmerman (1995) aan dat acties, activiteiten of structuren empowerend kunnen zijn en dat het resultaat van zo'n proces kan resulteren in “*a level of being empowered*” (p. 570).

3.2.1. *Empowerment als product*

Empowerment kan verwijzen naar het resultaat van een bepaald proces. Zimmerman (1995) geeft aan dat deze resultaten gebruikt kunnen worden om de effecten van interventies – die ontwikkeld werden met de doelstelling om individuen te empoweren – na te gaan. Volgens Perkins en Zimmerman (1995) kunnen deze resultaten voor een individu bijvoorbeeld gaan om gepercipieerde controle of vaardigheden om iets te doen wat men zelf wil, voor organisaties kan dit het ontstaan van organisatienetwerken zijn, de groei van de organisatie of een manier om het beleid te beïnvloeden. Voor de gemeenschap, kan empowerment resulteren in het ontstaan van meerdere subsystemen in één gemeenschap, het bestaan van samenwerkende organisaties en de toegankelijkheid van gemeenschapsmiddelen.

3.2.2. *Empowerment als proces*

Zoals hierboven reed aangehaald, kan empowerment echter ook verwijzen naar het proces zelf. Empowerende processen worden als volgt gedefinieerd (Cornell Empowerment Group, 1989; Zimmerman, 1990):

Processes (...) where people create or are given opportunities to control their own destiny and influence the decisions that affect their lives. They are a series of experiences in which individuals learn to see a closer correspondence between their goals and a sense of how to achieve them, gain greater access to and control over resources, and where people, organizations, and communities gain mastery over their lives. (p. 583)

Zimmerman (1995) geeft aan dat empowerende processen volgende kenmerken kunnen hebben: (a) mensen betrekken bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van de processen, (b) het ontwikkelen van een eco-identiteit waarbij professionals een deel worden van de gemeenschap, (c) mensen vanuit de gemeenschap zien als gelijkwaardige partners en ermee werken en (d) mogelijkheden creëren zodat vaardigheden ontwikkeld kunnen worden zodat mensen niet afhankelijk worden van professionals. Perkins en Zimmerman (1995) geven daarnaast aan dat deze processen of interventies die georiënteerd zijn op empowerment volgende doelstellingen voor ogen kunnen hebben: *“enhance wellness while they also aim to ameliorate problems, provide opportunities for participants to develop knowledge and skills, and engage professionals as collaborators instead of authoritative experts”* (p. 570).

Voorbeelden van empowerende processen op verschillende niveaus worden aangegeven door Perkins en Zimmerman (1995). Op individueel niveau kan het gaan om participatie in een organisatie, op organisatieniveau kan het gaan om het collectief nemen van beslissingen of gedeeld leiderschap en tot slot op gemeenschapsniveau kan het gaan om collectieve acties om toegang te krijgen tot gemeenschapsmiddelen (e.g. media).

Tot slot stellen Israel et al. (1994) zich nog een algemene vraag; namelijk of empowerment verwijst naar de gepercipieerde gevoelens van macht en controle of naar de objectieve of effectieve niveau van macht en controle. Israel et al. (1994) geven aan dat – alhoewel percepties en subjectieve ervaringen belangrijk zijn – empowerment niet kan voorkomen als er geen veranderingen zijn in het objectieve niveau van controle. Dit zorgt echter wel voor beperkingen wat betreft het gebruik van zelfrapportagemethodes.

4. Empowerment als proces: voorwaarden voor methodieken

Empowerment als proces verdient bijkomende aandacht. Dit in navolging van de definitie die in de literatuur als meest gehanteerd wordt beschouwd, namelijk: Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving. Dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie (Rappaport, 1984; in Zimmerman, 2000).

Een belangrijke kanttekening bij bovenstaande definitie is het feit dat een persoon geen empowerment kan krijgen van iemand anders maar dit zelf moet verwerven (Steenssens & Van Regenmortel, 2007). Diegene die meer empowered zijn hebben wel de taak om condities of voorwaarden te scheppen om empowerment mogelijk te maken voor personen die minder empowered zijn. Dit laatste proces benoemen Steenssens en Van Regenmortel (2007) als 'enablement'.

Menon (2002) stelt echter dat "*Empowerment interventions take on a variety of forms*" (pag. 29). Dit werd ook reeds bij de start van dit hoofdstuk aangegeven door Van Regenmortel (2002): empowerment wordt toegepast in uiteenlopende domeinen, op verschillende doelgroepen, binnen diverse disciplines en in uiteenlopende organisaties of projecten. Steenssens & Van Regenmortel (2007) stellen zes werkingsprincipes voorop met voorwaarden waaraan een empowerende methodiek idealiter zou moeten voldoen.

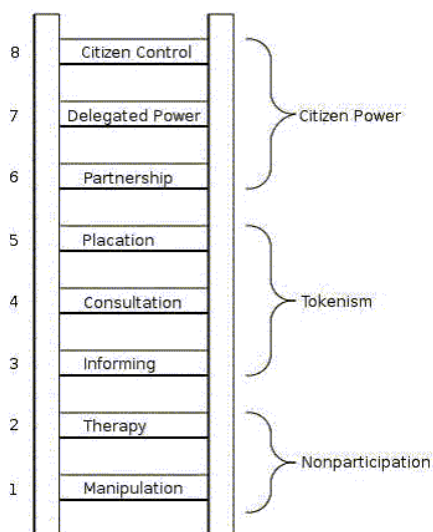
4.1. Zes werkingsprincipes

Bij het bestuderen van methodieken, is het belangrijk aandacht te hebben voor bepaalde condities of voorwaarden die het proces van empowerment bevorderen. Deze condities of voorwaarden benoemen Steenssens en Van Regenmortel (2007) in het rapport 'Empowerment Barometer, Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten' als de zes werkingsprincipes van empowerment (zie Figuur 3). Algemeen kan wel gesteld worden dat er in een idealiter proces op basis van de zes werkingsprincipes steeds een wisselwerking aanwezig is; enerzijds wordt er beroep gedaan op de reeds aanwezige krachten en anderzijds worden de nodige hulp- en steunbronnen toegankelijk gemaakt (Steenssens & Van Regenmortel, 2007). Geenen (2009) benadrukt dit eerste proces (c.q. beroep doen op aanwezige krachten) als het geloof in individuele mogelijkheden als vertrekpunt bij het empowerend werken.

Alvorens de zes werkingsprincipes verder toe te lichten, is het belangrijk aan te geven dat de focus van de empowermentbarometer ligt op individueel of psychologisch empowerment. Steenssens en Van Regenmortel (2007) definiëren dit als volgt:

Oog hebben voor het niveau van het individu, de psychologische dimensie, betekent zoeken naar een activering voor de betrokkenen die hun psychisch welzijn, hun weerbaarheid en hun veerkracht ten goede komen. De betrokkenen dienen 'psychologisch profijt' te halen uit de activering. Belangrijke componenten binnen deze dimensie zijn onder meer: zelfvertrouwen, controle, kritisch bewustzijn en betrokkenheid bij de gemeenschap. (pag. 10)

In navolging van Jacobs, Braakman en Houweling (2005; in Steenssens & Van Regenmortel, 2009) geven Steenssens en Van Regenmortel (2007) aan dat participatie het kloppend hart van het empowermentproces is, want er is geen empowerment mogelijk zonder participatie. Participatief werken is dan ook het eerste werkingsprincipe is. Met dit werkingsprincipe veronderstelt men dat participanten een actieve rol opnemen waarbij de breedte en de diepte van participatie kan variëren (Steenssens & Van Regenmortel, 2007). De breedte van participatie heeft voornamelijk betrekking in welke deelaspecten wordt geparticipeerd. De diepte daarentegen focust op de wijze waarop er wordt geparticipeerd en wat de impact is. Volgens Arnstein (1969) zijn er acht verschillende niveaus van diepte van participatie en deze worden weergegeven via een participatieladder (zie Figuur 2).



Figuur 2. Eight rungs on the ladder of citizen participation. (Arnstein, 1969)

De onderste treden van de ladder zijn 'manipulation' en 'therapy' (Arnstein, 1969); zij beschrijven niveaus van non-participatie die door sommigen worden gebruikt als substituuut voor echte participatie. De volgende twee treden wijzigen naar niveaus van participatie waarbij mensen gehoord

worden of een stem krijgen; namelijk 'informing' en 'consultation' (Arnstein, 1969). Het is echter nog geen echte vorm van participatie want men wordt wel gehoord, maar er is geen garantie dat er ook effectief aandacht wordt besteed aan deze visie of dat er effectief mee aan de slag wordt gegaan. Als participatie beperkt blijft tot deze niveaus, dan is er geen kans op verandering. Op de vijfde trede 'placation' gaat men naar een hoger niveau van tokenism omdat men advies geeft, maar het zijn nog steeds anderen die het recht blijven hebben op het nemen van beslissingen (Arnstein, 1969). Verder op de ladder zijn er nog drie niveaus met een stijgende mate van invloed die kan uitgeoefend worden. Men kan komen tot 'partnership' dat ervoor zorgt dat er onderhandeld kan worden (Arnstein, 1969). Tot slot zorgen 'delegated power' en 'citizen control' ervoor dat men respectievelijk de meeste beslissingen kan maken en de volledige macht heeft over processen (Arnstein, 1969).

Naast de breedte en diepte van participatie, dient er ook aandacht te gaan naar de reikwijdte van de participatie. In het tweede werkingsprincipe: inclusief werken; wordt namelijk de vraag gesteld wie wel en wie niet participeert. Bij empowermentmethodieken is het belangrijk om aandacht te hebben voor het bereiken en betrekken van verschillende actoren en tevens een openheid tonen naar hen toe (Steenssens & Van Regenmortel, 2007).

Om te kunnen komen tot participatie, dient er aandacht te worden besteed aan positief werken; het derde werkingsprincipe. Steenssens en Van Regenmortel (2007) definiëren dit als een grondhouding, een vertrekbasis om ingang en aansluiting te kunnen vinden bij de doelgroep(en). Bij een empowermentmethodiek is het dus van cruciaal belang dat betrokkenen hun bekommernissen, bemerkingen, aanvullingen en vragen ook effectief durven, kunnen en willen zeggen. Dit veronderstelt dus op zijn beurt een grondhouding van gelijkwaardigheid en respect voor elkaar.

Dit streven naar bovenstaande grondhouding sluit nauw aan bij het vierde werkingsprincipe, namelijk krachtgericht werken (Steenssens & Van Regenmortel, 2007). Dit betekent dat de aandacht van de empowermentmethodiek in de eerste plaats dient aan te sluiten bij de aanwezige krachten en positieve zaken dient te zoeken. Op die manier wordt geprobeerd om negatieve aspecten van de situatie te verbeteren.

Naast het krachtgericht werken wordt ook integraal werken benadrukt als het vijfde werkingsprincipe voor empowermentmethodieken. In navolging van Steenssens en Van Regenmortel (2007) geeft Geenen (2009) aan dat er aandacht moet zijn voor de totale context van een persoon. Het integraal werken zet daarom aan om oog te hebben voor de samenhang tussen krachten en/of problematieken in verschillende levensdomeinen, dimensies en betekeniskaders.

Tot slot geven Steenssens en Van Regenmortel (2007) aan dat relatiegericht werken als zesde werkingsprincipe de focus legt op de creatie van samenwerkingsverbanden die zorgen voor win-winsituaties voor alle betrokkenen. Dit betekent dat het werken in groep aandacht verdient binnen empowermentmethodieken en dat dit mogelijkheden biedt om zicht te krijgen op gestelde problemen en mogelijke oplossingen om meer betrokkenheid te creëren.

De schematische weergave (zie Figuur 3) geeft de verbanden tussen de zes werkingsprincipes weer. Centraal staat het principe krachtgericht werken. De andere vijf principes dragen hiertoe bij en hebben het krachtgericht werken als streefdoel (Steenssens & Van Regenmortel, 2007). Exemplarisch kan bijvoorbeeld gesteld worden dat het inclusief en integraal werken ertoe bijdraagt dat er meer verschillende krachten in de kijker komen te staan. Naast de verbondenheid omtrent krachtgericht werken, zijn er ook andere verbanden tussen de werkingsprincipes. Zo leidt het tegelijk participatief en relatiegericht werken tot aandacht voor samenwerking en groepswerking.



Figuur 3: De zes werkingsprincipes van empowerment (Steenssens & Van Regenmortel, 2007)

Er kan besloten worden dat volgende werkingsprincipes kunnen gezien worden als voorwaarden of condities voor methodieken die empowerment bevorderen: participatief werken, inclusief werken, positief werken, krachtgericht werken, integraal werken en relatiegericht werken. De onderlinge verwevenheid tussen de principes toont volgens Steenssens en Van Regenmortel (2007) aan dat de aandacht bij een empowermentmethodiek niet gefocust mag worden op één of enkele werkingsprincipes, maar dat net de kracht van een methodiek zal liggen in het onderling samenspel van de werkingsprincipes⁶.

Bij een specifieke methodiek kan dus steeds nagegaan worden in welke mate de zes werkingsprincipes voorkomen en hoe de onderlinge verwevenheid is. Dit om na te gaan in welke mate een methodiek empowerment kan nastreven.

In bijlage 2 worden diverse good practices weergegeven omtrent empowermentmethodieken die gericht zijn op sociale verandering.

⁶ Zoals Van Regenmortel (2011) aangeeft is het formuleren van werkingsprincipes geen eindig proces. In 2011 vulde Van Regenmortel de principes namelijk verder aan met “gecoördineerd werken” en “gestructureerd werken”.

5. Patient empowerment

In het begin van de jaren '90 introduceerde Robert Anderson het concept 'empowerment' binnen de gezondheidszorg. Anderson en Funnell (2005) geven aan dat professionals in de gezondheidszorg zich veelal baseerden op het principe 'treatment of acute illnesses' waarbij de verantwoordelijkheid voor het oplossen van het probleem van de zorgvrager bij de zorgbehoevende ligt. Indien patiënten de aanbevelingen van de zorgverlener niet volgen, dan wordt er gesproken van problemen met 'compliance' of 'adherence' en dit kan leiden tot gevoelens van frustratie bij de zorgverlener (Anderson & Funnell, 2005).

In wat volgt, wordt de visie van Anderson toegelicht. Zijn theorie is gebaseerd op het fundamentele verschil dat er bestaat tussen de behandeling van een chronische ziekte waar er voor een deel aan zelfzorg wordt gedaan (e.g. diabetes) en de behandeling van een acute ziekte (Anderson & Funnell, 2005). De focus van het onderzoek van Anderson ligt op diabetici omdat een groot deel van de zorg door de patiënt zelf wordt opgenomen en dat dit tevens een grote invloed heeft op het dagelijkse leven van de patiënt.

Als alternatief voor 'treatment of the acute illnesses' wordt 'patient empowerment' voorgesteld (Anderson & Funnell, 2005). Funnell et al. (1991) definiëren dit als het helpen van patiënten om hun innerlijke kracht te verbeteren en te gebruiken om hun aandoening te beheersen. De aanpak die hierbij aansluit omvat het faciliteren en ondersteunen van patiënten om te reflecteren over hun ervaringen van leven met de aandoening (Anderson & Funnell, 2010). De nadruk ligt dus op het zelf veranderingen aanbrengen om gezond te kunnen leven; mede omdat een chronische ziekte iets is waar de patiënt dagelijks mee moet leven (Feste & Anderson, 1995). Binnen deze aanpak wordt de omgang tussen zorgverlener en zorgbehoevende gekarakteriseerd door psychologische veiligheid, warmte, samenwerking en respect omdat dit kan leiden tot zelfreflectie. Dit is dan opnieuw de basis voor zelfgestuurde positieve veranderingen in eigen gedrag, emoties en attitudes, maar ook in de context (e.g. organisaties, gemeenschap) die een invloed heeft op het leven van de patiënt (Anderson & Funnell, 2010). Algemeen kan dus gesteld worden: het doel van een empowermentaanpak is patiënten helpen om kritisch te denken en geïnformeerde beslissingen te nemen in hun eigen zorg (Feste & Anderson, 1995; Anderson & Funnell, 2010) en om de autonomie en de keuzevrijheid van de patiënt te verhogen (Funnell, Anderson & Arnold, 1991) .

Er kan dus geconcludeerd worden dat de visie van Anderson geënt is op de visie van Paulo Freire (Anderson & Funnell, 2010), namelijk: *"a more appropriate and realistic purpose for diabetes patient*

education was to increase the learner's freedom/autonomy (i.e one's capacity to make informed decisions) rather than increase the learner's conformity/compliance (i.e., one's willingness to follow the instructions of those in authority)." (p. 278).

In navolging van het belang dat Paulo Freire hecht aan patient education binnen empowerment, halen Feste en Anderson (1995) tevens 'education for empowerment' als concept aan. Enerzijds gaat het om gezondheidseducatie van de patiënt waarbij het doel is het verstrekken van zowel kennis, vaardigheden en een verhoogd zelfbewustzijn omtrent waarden en noden, zodat patiënten hun eigen doelen kunnen definiëren en bereiken (Feste & Anderson, 1995). Anderzijds geeft men aan dat empowerment grotendeels wordt verwezenlijkt door het individu zelf, maar dit hele proces kan wel gefaciliteerd worden door professionals in de zorg (Feste & Anderson, 1995). Feste en Anderson (1995) geven volgende rol aan de professionals:

(...) doing an assessment of patients' psychosocial and spiritual health, providing appropriate interventions, and doing follow-up. When health risk assessments are done, they must go beyond the physical aspect and assess a number of things: patients' coping history, the efficacy of their coping skills, their social support, and their ability to mobilize the support on their behalf. Appraisal of health and health risks can also assess patients' level of hopefulness. When a problem surfaces, there must be appropriate interventions that people can use to facilitate their empowerment-strengthening the psychological, social, and spiritual aspects of their lives. (p.141)

5.1. Methodieken omtrent patiënt empowerment

In de literatuur kan je heel wat good practices vinden. Feste en Anderson (1995) geven aan dat één specifieke methodiek *"is by no means a panacea for successfully dealing with chronic disease. They are a piece of a larger puzzle."* (pag. 143). Dit zou willen zeggen dat er steeds moet gecombineerd worden om het gewenste resultaat na te streven.

Hoewel de eerder aangehaalde werkingsprincipes van empowerment van Steenssens en Van Regenmortel (2007) ontwikkeld werden voor methodieken binnen de sociale wetenschappen, kunnen deze ook als richtinggevende principes gehanteerd worden voor methodieken binnen de gezondheidszorg. De mate waarin een methodiek binnen de gezondheidszorg empowerment kan nastreven, kan dus ook nagegaan worden.

In het algemeen geven Feste en Anderson (1995) drie verschillende methodieken aan die zorgverleners kunnen toepassen om patient empowerment te faciliteren. Vooreerst gaat het om het stellen van vragen zodat zorgvragers verder kunnen reflecteren over hun leven; dit in tegenstelling tot antwoorden die een zoekproces stoppen. Vanuit een filosofisch standpunt kan gesteld worden dat vragen ervoor zorgen dat men nieuwe inzichten kan krijgen en dat deze inzichten kunnen veranderen. Het gaat daarbij voornamelijk om vragen die zich afspelen binnen de context van het leven van de zorgbehoevende, namelijk de dagelijkse besomeringen combineren, de familie, het sociale leven, etc. combineren met de eigen verminderde mogelijkheden. Een tweede techniek die kan gebruikt worden om empowerment aan te moedigen is het hanteren van een activerende taal omdat dit personen kan aanmoedigen om actie te ondernemen en keuzes te maken. Tot slot wordt ook storytelling aangemoedigd. De beperkingen van de zorgbehoevende zorgen ervoor dat zijn levensvreugde onder druk kan komen te staan. Het vertellen van verhalen faciliteert het proces van zelfontdekking dat belangrijk is bij empowerment.

In bijlage 3 worden diverse methodieken weergegeven in het kader van patient empowerment.

Besluit

CEMO kiest voor de emancipatorische visie van het empowermentconcept om de oudere en zijn zorgcontext te bestuderen. Binnen dit emancipatorische gedachtegoed legt CEMO de focus op het empowerment als proces waarvan 'greep krijgen op de eigen situatie' het centrale principe is. In de onderzoeken de eerste projecten vertrekt CEMO vooral van onderop of vanuit het individueel of psychologisch empowerment.

Dit rapport moet helpen om het theoretisch empowerment concept te duiden en beter te begrijpen. Ook schetst het rapport voorwaarden voor een empowerende hulpverlening en worden good practices en methodieken weergegeven.

Referentielijst

- Anderson, R.M. (1995). Patient empowerment and the traditional medical model, A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*, 18, 412-415.
- Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57, 153-157.
- Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79, 277-282.
- Arnstein, R.S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 16(2), 187-195.
- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., & Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine*, 66, 1228-1239.
- Aujoulat, I., Simonelli, F., & Deccache, A. (2006). Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. *Patient Education and Counseling*, 61, 23-32.
- Bartle, E.E., Couchonnal, G., Canda, E.R., & Staker, M.D. (2002). Empowerment as a Dynamically Developing Concept for Practice: Lessons Learned from Organizational Ethnography. *Social work*, 47(1), 32-43.
- Bulsara, C. (2004). Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies of control illness. *Journal of Clinical Nursery*, 13(3), 251-258.
- Carter, C.S. (2002). Perinatal care for women who are addicted: Implications for Empowerment. *Health and Social Work*, 27(3), 166-174.
- Chadiha, L.A., Adams, P., Biegel, D.E., Auslander, W., & Gutierrez, L. (2004). Empowering African American Women Informal Caregivers: A Literature Synthesis and Practice Strategies. *Social Work*, 49(1), 97-108.
- Clark, C.M. & Kenaley, B.L.D. (2011). Faculty empowerment of students to foster civility in nursing education: A merging of two conceptual models. *Nurs Outlook*, 59, 158-165.
- Cornel Empowerment Group (1989). Empowerment and family support. *Network Bulletin*, 1, 1-23.
- Cox, C.B. (2002). Empowering African American Custodial Grandparents. *Social Work*, 47(1), 45-54.
- Dodd, P., & Gutierrez, L. (1990). Preparing students for the future: A power perspective on community practice. *Administration in Social Work*, 14, 63-78.
- Durnez, J., Van Gheluwe, P., De fauw, D., Titeca-Decraene, M., Petry, G., & Naeyaert, B. (2007). *Meerjarenplan 2007-2012, Vertrouwen wekt/werkt*. Afgehaald van http://www.west-vlaanderen.be/provincie/beleid_bestuur/Documents/bestuur_regio/provincieraad/meerjarenplan_2007_2012.pdf

- Feste, C., & Anderson, R.M. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26, 139-144.
- Frans, D. (1993). A scale for measuring social worker empowerment. *Research on Social Work Practice*, 3, 312-328.
- Freire, P. (1975). *Pedagogie van de onderdrukten*. Baarn: In den Toren.
- Funnell, M.M., Anderson, R.M., & Arnold, M.S. (1991). Empowerment: a winning model for diabetes care. *Practical Diabetol*, 10, 15-18.
- Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M.B., & Johnson, P.D. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes patient education. *Diabetes Education*, 17, 37-41.
- Geenen, K. (2009). *Magi k ook wat zeggen? Empoweren van ouderen in een woon- en zorgcentrum*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Gutierrez, L. (1990). Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work*, 35, 149-154.
- Herbert, R.J., Gagnon, A.J., O'Loughlin, J.L., & Rennick, J.E. (2001). Testing an Empowerment Intervention to Help Parents Make Homes Smoke-free: A Randomized Controlled Trial. *Community Health*, 36, 650-657.
- Israel, B.A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149-170.
- Itzhaky, H., & Dekel, R. (2005). Helping Victims of Terrorism: What Makes Social Work Effective? *Social Work*, 50(4), 335-343.
- Itzhaky, H., & York, A.S. (2002). Showing Results In community Organizations. *Social Work*, 47(2), 125-131.
- Kim, J.S., Sinacore, J.M., & Pongracic, J.A. (2005). Parental use of EpiPen for children with food allergies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 116(1), 164-168.
- Lennox, A.S., Osman, L.M., Reiter, E., Robertson, R., Friend, J., McCann, I., Skatun, D., & Donnan, P.T. (2001). Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomized controlled trial. *BJM*, 322, 1-7.
- Leterme, Y. (2008). *Regeringsverklaring Yves Leterme*. Afgehaald van <http://www.yvesleterme.be/nl/actua/toespraken/regeringsverklaring>
- Menon, S.T. (2002). Toward a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. *Nurse Education Today*, 22, 28-39.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2004). *Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders*. Afgehaald van <http://vlex.be/vid/eerstelijnsgezondheidszorg-zorgaanbieders-29742065>

- Nierse, C.J., Abma, T.A. (2011). Developing Voice and empowerment: the First step towards a broad consultation in research agenda setting. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 411-421.
- Nuyens, Y. (2010). *Meer lijn in de eerstelijns*. Antwerpen: K.ULeuven en UAntwerpen.
- Onkelinx, L. (2009). *Algemene beleidsnota Volksgezondheid*. Afgehaald van <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/52/2225/52K2225006.pdf>
- Peled, E., Eisikovits, Z., Enosh, G., & Winstok, Z. (2000). Choice and Empowerment for Battered Women Who Stay: Toward a Constructivist Model. *Social Work*, 45(1), 9-25.
- Pélicand, J., Gagnayre, R., Sandrin-Berthon, B., & Aujoulat, I. (2006). A therapeutic educational programme for diabetic children: recreational, creative methods, and the use of puppets. *Patient Education and Counseling*, 60, 152-163.
- Perkins, D.D., & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579.
- Provincie West-Vlaanderen (2011). *Ouderen*. Afgehaald van <http://www.west-vlaanderen.be/kwaliteit/Welzijn/senioren/Pages/default.aspx>
- Rappaport, J. (1981). In praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16, 15-21.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Schoupe, E., Reynders, D., Di Rupo, E., Somers, B., & Milquette, J. (2008). *Regeerakkoord gesloten door de onderhandelaars van CD&V, MR, PS, Open Vld en cdH*. Afgehaald van http://www.fedweb.belgium.be/nl/binaries/regeerakkoord180308_tcm120-14855.pdf
- Steenssens, K., & Van Regenmortel, K. (2007). *Empowerment Barometer, Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten*. Leuven: HIVA.
- Swendemen, D., Basu, I., Das, S. Jana, S., & Rotheram-Borus, M.J. (2009). Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. *Social Science & Medicine*, 69, 1157-1166.
- Tsay, S.L., & Hung, L.O. (2004). Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 59-65.
- Trickett, E.J. (1984). Toward a distinctive Community Psychology: An ecological metaphor for the conduct of community research and the nature of training. *American Journal of Community Psychology*, 12, 261-280.

- Uden-Kraan, C.F., Drossaert, C.H.C., Taal, E., Seydel, E.R., van de Laar, M.A.F.J. (2009). Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling*, 74, 61-69.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en Maatzorg, een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- Van Regenmortel, T. (2011). *Lexicon van empowerment, Marie-Kamphuis lezing 2011*. Utrecht: Marie-Kamphuis Stichting.
- Vandeurzen, J. (2009). *Beleidsnota 2009-2014: Welzijn, volksgezondheid en gezin*. Brussel: Vlaamse Regering.
- Vandeurzen, J. (2010). *Ontwerp Vlaams ouderenbeleidsplan 2010-2014*. Brussel: Vlaamse Regering.
- Vandeurzen, J. (2011). *Jo Vandeurzen opent debat woonzorgbeleid van de toekomst*. Afgehaald van <http://ministerjovandeurzen.be/nlapps/data/docattachments/communicatie%20discussienota%20programmatische%20def.pdf>
- VESOC (2009). *Pact 2020: Een nieuw toekomstpact voor Vlaanderen, 20 doelstellingen*. Brussel: VESOC.
- Vlaamse Parlement (2009). *Ontwerp van woonzorgdecreet*. Brussel: Vlaams Parlement.
- Vlaamse Regering (2009). *Een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden; Voor een vernieuwende, duurzame en warme samenleving*. Brussel: Vlaamse overheid.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394.
- Wahlin, I., Ek, A.C., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care – An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 370-377.
- Zimmerman, M.A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between psychological and individual conceptions. *American Journal of Community Empowerment*, 18, 169-177.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599.
- Zoffmann, V., & Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with Type I diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 64, 78-86.

Bijlage I: Analyse van beleidsteksten

Het beleid heeft een bepaalde visie op de plaats en de rol van de zorgbehoevende binnen zijn eigen zorgthematiek. Om deze taak en rol te begrijpen en te kaderen wordt nagegaan welke rol en taak hij toebedeeld krijgt in beleidsteksten.

1. Methode

Om systematisch alle beschikbare beleidsteksten door te nemen, wordt de driedeling federaal niveau – Vlaams niveau – provinciaal niveau aangehouden. Telkens worden eerst regeringsverklaringen of regeerakkoorden van de desbetreffende regeringen doorgenomen. Daarna wordt gefocust op de beleidsteksten, decreten, etc. van de bevoegde minister. Tot slot wordt een blik geworpen op een aantal teksten die nauw gerelateerd zijn aan de beleidsvoering zoals beleidsvoorbereidende documenten.

Bij de beleidsteksten op federaal niveau wordt eerst de regeringsverklaring en het regeerakkoord van de federale regering onder de loep genomen. Daarna wordt gefocust op beleidsteksten van de federaal Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid Laurette Onkelinx.

Bij de beleidsteksten op Vlaams niveau wordt eerst het regeerakkoord van de Vlaamse Regering onder de loep genomen. Daarna wordt er gefocust op de beleidsdocumenten van de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de vertaling daarvan in diverse decreten en beleidsplannen. Tot slot worden een aantal teksten meegenomen die nauw gerelateerd zijn aan de ontwikkeling van het Vlaams beleid. Enerzijds was Pact 2020 de basis voor het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering voor 2009-2014 (VESOC, 2009). Anderzijds wordt het syntheserapport ter voorbereiding van de conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg (Nuyens, 2010) meegenomen omdat deze conferentie werd ingericht in opdracht van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, omdat het de 'state of the art' weergeeft omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg en een toekomstbeeld schetst.

Om het provinciaal beleid weer te geven, werd vertrokken van het meerjarenplan 2007-2012 van West-Vlaanderen (Durnez, Van Gheluwe, De fauw, Titeca-Decraene, Pertry & Naeyaert, 2007). Het provinciaal beleid en de concrete acties of initiatieven worden nagelezen op de officiële website van de provincie West-Vlaanderen.

2. Federaal niveau

Voormalig eerste Minister Yves Leterme geeft in zijn regeringsverklaring aan dat de langere levensverwachting van de bevolking een positieve ontwikkeling is, maar tevens ook een uitdaging (Leterme, 2008). Leterme (2008) geeft aan dat deze vergrijzing verzilverd kan worden door een moedig beleid inzake arbeidsmarkt, gezondheidszorg en pensioenen. In het regeerakkoord worden dan ook een aantal uitdagingen geformuleerd en één daarvan is de vergrijzing (Schoupe, Reynders, Di Rupo, Somers & Milquette, 2008). Schoupe et al. (2008) geven aan dat de langere levensduur vraagt om grondige aanpassingen in de diverse domeinen van het sociaal beleid. Met betrekking tot de volksgezondheid en ouderenbeleid willen Schoupe et al. (2008) een gediversifieerd, betaalbaar en kwaliteitsvol zorgaanbod ontwikkelen waarbij rekening zal worden gehouden met een toename in de zorgvraag. Tevens zal ervoor worden gezorgd dat iemand die tijd besteed aan een zorgbehoevend familielid geen directe of indirecte nadelen ondervindt in het kader van zijn beroepsloopbaan (Schoupe et al., 2008); een fiscaal en sociaal statuut voor de mantelzorger – iemand die tijd besteedt aan de verzorging van een zorgbehoevend familielid – zou hiervoor moeten zorgen.

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid formuleert de ouderenzorg en de organisatie van een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg voor ouderen met complexe hulpvragen als de grootste uitdaging uit haar beleidsnota (Onkelinx, 2009). De sleutelinterventies die Onkelinx (2009) ten aanzien van zorg formuleert, situeren zich op twee niveaus, namelijk zorg in de thuissituatie en zorg in het woon- en zorgcentrum. In de thuissituatie is het de bedoeling dat de oudere en zijn mantelzorger verder worden ondersteund door bijvoorbeeld crisisopvang, nachtopvang, verstrekking van ergotherapeuten en psychologen in de thuissituatie, samenwerking tussen verschillende actoren, etc. Wat de zorg in woon- en zorgcentra betreft, worden er financiële middelen voorzien voor de reconversie van rusthuisbedden naar plaatsen in het rust- en verzorgingstehuis, voor nieuwe initiatieven die de kwaliteit van de zorg verhogen, etc. Naast de bovenstaande ouderenzorg, wordt deze specifieke doelgroep nogmaals vermeld met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg (Onkelinx, 2009). Door alternatieve zorgvormen binnen de ouderzorg, c.q. thuiswonende ouderen die verzorgd worden door een mantelzorger, zouden mantelzorgers moeten kunnen rekenen op psychologische begeleiding.

Er kan geconcludeerd worden dat de vergrijzing op federaal niveau wordt gezien als een uitdaging die gepaard gaat met een toename in de zorgvraag. Er worden voorstellen gedaan om – zowel in de eigen thuissituatie en in het woon- en zorgcentrum – bijkomende ondersteuning te voorzien.

3. Vlaams niveau

Het Vlaams regeerakkoord voor 2009-2014 heeft als titel ‘Een vernieuwende, duurzame en warme samenleving’ (Vlaamse Regering, 2009). Door het inzetten op een warme samenleving als toekomstperspectief wil de Vlaamse Regering de ontplooiingskansen van de mensen bevorderen en de sociale banden tussen de mensen versterken; en dit in het bijzonder voor kwetsbare en gekwetste mensen. In dit welzijnsbeleid (Vlaamse Regering, 2009), dat onder meer gericht is op ouderen, is het een prioritaire doelstelling om personen met een zorg- of hulpvraag - conform hun eigen wensen - zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk in de eigen thuisomgeving te laten blijven.

In navolging van een Europese consensus, stelt De Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin dan ook volgend voornemen voor de komende legislatuur: “We willen de zelfredzaamheid van mensen versterken en waarderen en hen stimuleren om hun eigen verantwoordelijkheid of de verantwoordelijkheid voor de mensen uit hun omgeving op te nemen” (Vandeurzen, 2009, p. 9). Dit zorgt dan ook voor een aantal (beleids)uitdagingen zoals het maximaal ondersteunen van mensen in hun thuissituatie, het optimaliseren van de woon- en leefomgeving, het ondersteunen van mantelzorger en vrijwilligers, het inzetten op actieve participatie aan de samenleving, het versterken van het sociale netwerk, etc.

Dit voornemen is tevens terug te vinden in het woonzorgdecreet (Vlaams Parlement, 2009) en het ouderenbeleidsplan (Vandeurzen, 2010).

- De Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin geeft aan dat het woonzorgdecreet de basis vormt voor de toekomstige organisatie van (woon)zorg (Vandeurzen, 2011). Met het woonzorgdecreet beoogt men een brede waaier van voorzieningen ontwikkeld zodat meer zorg op maat, en de wens van mensen om de regie van het leven in handen te houden, ook als men zorgbehoevend wordt, kan gerealiseerd worden. Zo heeft het woonzorgdecreet als eerste doelstelling de levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen door o.a. de ondersteuning van zelfzorg en/of mantelzorg. Dit wordt in het woonzorgdecreet vertaald in o.a. volgende werkingsprincipes: de persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid van de gebruiker en zijn mantelzorgers vrijwaren, ondersteunen en stimuleren; maximaal een beroep doen op het zelfzorgvermogen en de zelfredzaamheid van de gebruiker en zijn mantelzorger, rekening houdend met hun draagkracht (Vlaams Parlement, 2009). In het woonzorgdecreet wordt het bevorderen van het zelfzorgvermogen voornamelijk gezien als taak van lokale dienstencentra, centra voor herstelverblijf en de begeleiders van assistentiewoningen. Zij begeleiden hulpvragers tijdelijk of een

langere periode, maar met de doelstelling om de hulpvrager uiteindelijk opnieuw zelfstandig te laten wonen; al dan niet in hun oorspronkelijke thuishilieu.

- In het ouderenbeleidsplan wordt het gezondheidsaanbod onderworpen aan drie voornemens: (1) de zelfredzaamheid van zorgbehoevende en hun omgeving staat centraal, (2) er wordt voorrang gegeven aan de meest kwetsbare en de zwaarst zorgbehoevende en (3) al wie zorg vraagt, wordt ondersteund om zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving te blijven. In het ouderenbeleidsplan (Vandeurzen, 2010) wordt tevens aangehaald dat mantelzorg in combinatie met zelfzorg nog altijd de meest verspreide vorm van zorg is en dat de echtgeno(o)t(e)/partner daarbij de belangrijkste hulpverlener is bij deze informele zorg. Bij het nagaan van de doelstellingen en acties in het ouderenbeleidsplan worden echter geen concrete zaken aangehaald omtrent het bevorderen van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende en zijn/haar omgeving. Wel is er aandacht voor de ondersteuning, begeleiding en waardering van de mantelzorgers met het oog op het in stand houden van hun draagkracht.

Ook Pact 2020 (VESOC, 2009) geeft 'levenskwaliteit van hoog niveau' aan als één van de vier prioritaire thema's die kaderen binnen een langetermijnvisie om tegemoet te komen aan de maatschappelijke uitdagingen. Daarom wordt o.a. de focus gelegd op zorg en gezondheidszorg (VESOC, 2009) als onderdeel van de 20 doelstellingen van Pact 2020. Tegen 2020 moet de eerstelijns- en thuiszorg versterkt zijn om toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle hulp- en zorgverlening te kunnen aanbieden. Daarnaast wil Vlaanderen tegen 2020 hoog scoren op diverse aspecten van de levenskwaliteit zoals o.a. een hoge globale tevredenheid met de eigen leefsituatie, de levenstandaard, etc. Daarom wil Vlaanderen inzetten op een inclusief beleid in het bijzonder binnen de ouderenzorg. Dit inclusieve (ouderen)beleid kan enerzijds gericht zijn op het inrichten van de maatschappij zodat iedereen, ook ouderen, zich maximaal gewaardeerd en thuis voelt (Vandeurzen, 2009). Anderzijds verwijst deze inclusie of integratie volgens Nuyens (2009) naar het samenbrengen van verschillende zorginitiatieven; dit zowel op het niveau van de patiënt als op het niveau van de programma's. Op het niveau van de patiënt verwijst dit naar het samenbrengen van alles wat rond en met de patiënt gebeurt. Voorbeelden van integratie op het niveau van programma's zijn transmurale zorgpaden.

Naast de nadruk die er vanuit het beleid uitgaat naar het zelfzorgend vermogen van de zorgvrager, wordt er ook aandacht besteed aan de eerstelijnsgezondheidszorg - de zogenaamde eerste lijn - en de relatie tussen de nulde en de eerste lijn. Het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2009-2014 geeft aan een strategische visie te willen ontwikkelen op de eerstelijnsgezondheidszorg van de 21ste eeuw (Vlaamse Regering, 2009). Volgens het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerkingsinitiatieven tussen de zorgaanbieders (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap,

2004) kan gesteld worden dat de eerstelijnsgezondheidszorg de zorg is die verstrekt wordt in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of een continue begeleiding van gezondheidsproblemen. Dit al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. Ook met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg wordt de zorgvrager als centrale actor gezien; men formuleert de vraaggerichtheid van de zorg namelijk als een prioritaire doelstelling (Nuyens, 2010). Hieronder wordt verstaan dat “de patiënt en zijn mantelzorger zelf (mede) bepalen welke zorg zij nodig hebben, dat de zorgbehoefte wordt vastgesteld in overleg met de zorgverlener en dat deze laatste het behouden en ontwikkelen van de eigen capaciteit of van het geleidelijk aan zelf terug opnemen van taken in de eigen verzorging/het eigen huishouden door de patiënt stimuleert en ondersteunt” (pag. 14).

Op Vlaams niveau kan vooreerst geconcludeerd worden dat er meer aandacht is voor de ‘persoonlijkheid’ van de zorgvrager omdat expliciet wordt verwezen naar acties die conform de wensen zijn van de zorgvrager. Door middel van het woonzorgdecreet zet men ook expliciet in op het zo lang mogelijk thuis laten wonen van zorgbehoevende ouderen. Tot slot wordt er ook aandacht besteed aan de eerstelijnsgezondheidszorg.

4. Provinciaal niveau

Naast de uitgangspunten op het federaal en Vlaams niveau, formuleert ook de provincie West-Vlaanderen de vergrijzing en de gevolgen ervan op gebied van (woon) zorg als een bezorgdheid waarop het provinciale beleid moet inspelen (Durnez et al., 2007). De provincie West-Vlaanderen erkent de gediversifieerde groep met zowel actieve 50-plussers als de zorgafhankelijke 90-plusser, met daar tussenin nog heel wat gradaties met sterk uiteenlopende noden en verwachtingen (Provincie West-Vlaanderen, 2011). Het provinciebestuur wil op deze diversiteit inspelen door materiële voorwaarden te scheppen – zowel individueel als collectief – en te zorgen voor coördinatie en overleg tussen diverse diensten en voorzieningen. Daarbij wil men de keuzevrijheid en de inspraak van de oudere centraal plaatsen in het provinciaal ouderenbeleid.

Met betrekking tot welzijn geeft de provincie West-Vlaanderen aan werk te willen maken van een gediversifieerde thuiszorg op maat. Thuiszorg wordt gezien als de verzamelaar voor verschillende soorten hulp- en dienstverlening die wordt aangeboden in de thuissituatie en heeft als doel de hulpbehoevende de mogelijkheid te bieden zo lang mogelijk thuis in de eigen woonomgeving te laten blijven (Provincie West-Vlaanderen, 2011). Het provinciebestuur subsidieert daarom een aantal

initiatieven zoals dagverzorgingscentra, diensten gezinszorg, oppasdiensten, etc. Zo wil men bijvoorbeeld via gezinszorg, c.q. het bereiden van maaltijden, onderhoud van kledij, boodschappen doen, ect., de zelfzorg en de mantelzorg te stimuleren (Provincie West-Vlaanderen, 2011).

Er kan geconcludeerd worden dat er ook op provinciaal niveau uitdagingen worden geformuleerd t.a.v. de vergrijzing. Concreet heeft men het voornamelijk over de thuiszorg die mede een antwoord kan bieden om zelf- en thuiszorg te stimuleren.

5. Besluit

Er kan geconcludeerd worden dat er zowel op federaal, Vlaams en op provinciaal niveau de respectievelijke regeringen, ministers, verantwoordelijken, etc. de uitdagingen erkennen waarvoor men staat door de vergrijzing. Er worden een aantal suggesties of tegemoetkomingen geformuleerd die ouderen zouden moeten stimuleren om langer thuis te blijven: ondersteuning in de eigen thuissituatie, rekening houden met de wensen van de zorgvrager, goede relaties opbouwen tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de nulde lijn, tegemoetkomingen omtrent de thuiszorg, etc.

Al deze tegemoetkomingen zouden gecategoriseerd kunnen worden onder de algemene noemer 'Zorg op maat' die werd geïntroduceerd door Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen. Dit blijkt echter een ambigue concept dat door elke hulpverlener op een persoonlijke manier wordt geïnterpreteerd⁷. Een welomschreven uitgangspunt voor de hulpverlening lijkt ons een meerwaarde. CEMO vindt dit in het empowermentconcept.

⁷ Getuige hiervan, de grote verscheidenheid aan antwoorden van de verschillende zorgverleners en de minister zelf op de vraag "wat is zorg op maat voor jou?" <http://www.zorganderstv.be/index.php?cID=549>

Bijlage 2: good practices

* Herbert, Gagnon, O'Loughlin en Rennick (2001) hebben een empowermentmethodiek ontwikkeld die erop gericht is het gedrag van ouders die roken in hun huis te veranderen. De methodiek bestond uit een programma van zes weken. Gedurende de eerste drie weken werd een twee uur durende wekelijks sessie gegeven waarin voornamelijk werd gediscussieerd en participanten werden gestimuleerd om zich te gedragen als kritische denkers; dit met als doelstelling dat de ouders eigen sterktes en vaardigheden konden identificeren in het zorgen voor hun kinderen. De latere drie weken vond een wekelijks telefoontje plaats om de gezinnen op te volgen.

* In een onderzoek van Swendeman, Basu, Das, Jana en Rotheram-Borus (2009) werd een empowermentmethodiek uitgetoetst om prostituees minder kwetsbaar te maken voor HIV en andere SOA's. Er werd een volledig programma uitgewerkt met volgende onderdelen: kennis bijbrengen rond SOA's zodat prostituees zichzelf kunnen beschermen, een kader aanleren om veranderingen aan te moedigen, cognitieve, affectieve en gedragsvaardigheden bijbrengen, sociale interacties stimuleren zodat men steun opbouwt bij elkaar en aandacht schenken aan situationele belemmeringen die de prostituees kwetsbaar maken. Volgens Swendeman et al. (2009) is het van cruciaal belang dat de methodiek zich ook richt op de bredere context. Indien dit niet het geval zou zijn, dan is er een grotere kans op onvoorziene negatieve gevolgen zoals stigmatisering, marginalisering, etc.

* Guttierrez, DeLois en Glenmay (1995; in Carter, 2002) ontwikkelden een empowerende methodiek voor vrouwen die verslaafd zijn aan drugs tijdens hun zwangerschap. De doelstellingen van de methodiek zijn *“achieve a sense of personal power, become more aware of the connection between individual and community problems, develop helpful skills, and work toward social change”* (p. 170). De methodiek maakt voornamelijk gebruik van rollenspellen om vaardigheden in te oefenen, om het zelfvertrouwen te verhogen en om de vrouwen te helpen de impact te zien van hun omgeving op hun eigen leven.

* In een gestigmatiseerde buurt werd een gemeenschapsprogramma opgezet om de autonomie van de gemeenschap te verhogen, om het empowermentproces van de bewoners te bevorderen en om de samenwerking tussen de buurtwerkers te verbeteren (Itzhaky & York, 2002). De methodiek die hiervoor werd gehanteerd bestond uit workshops die de samenwerking en het belang van participatie in de buurt benadrukten. Dit werd gedaan door kennis en informatie te verstrekken en op die manier vaardigheden omtrent communicatie, groepsdynamica, gemeenschapsorganisatie, etc. te versterken.

* Voor gezinnen met jonge kinderen en een laag inkomen werd een empowermentmethodiek ontworpen en uitgetoetst Bartle, Couchonnal, Canda en Staker (2002). Bij deze methodiek bestaat het resultaat van het empowerment proces uit vier delen: (1) een persoonlijk gevoel van doeltreffendheid en vaardigheid, (2) een gevoel van verantwoordelijkheid om zichzelf en de sociale omstandigheden te veranderen, (3) vaardig zijn om het gedrag van anderen te veranderen en om solidair met hen te werken en (4) sociale acties plannen en implementeren om blokkeringen te verwijderen en bevrijdende condities te creëren. Binnen deze methodiek werd aan de participanten meegegeven dat - om effectief tot veranderingen te kunnen komen – het belangrijk is om zowel aandacht te hebben voor tastbare zaken (e.g. educatie, gezondheidszorg, opvolging van de ontwikkeling van kinderen, etc.), maar ook voor ongrijpbare zaken (e.g. respect, empathie, ondersteuning, verantwoordelijkheid, etc.) om zo aandacht te hebben voor diverse aspecten van het leven van de families (Bartle et al., 2002).

* Peled, Eisikovits, Enosh en Winstok (2000) zochten naar manieren om mishandelde vrouwen die bij hun mishandelaar blijven, te empoweren. In hun methodiek was de belangrijkste doelstelling om de vrouwen controle te laten hebben over hun eigen leven en de mogelijkheid om zelf beslissingen te nemen. Om hen effectief de keuzevrijheid te geven, impliceert dit dat men de keuze van de vrouwen om bij hun mishandelaar te blijven, als een waardig alternatief moeten beschouwen.

* In een onderzoek van Itzhaky en Dekel (2005) werd de effectiviteit van sociaal werkers bij slachtoffers van terrorisme onder de loep genomen. Empowerment werd beschouwd als één van de persoonskenmerken van de sociaal werkers en volgens Frans (1993) bestaan er vijf elementen: (1) het zelfconcept; met o.a. zelfwaardergevoel en zelfbevestiging, (2) het bewustzijn van de eigen plaats in een groter systeem zoals familie, gemeenschap, etc., (3) het beschikken over kennis en sterkte om anderen te kunnen beïnvloeden, (4) de kracht om effectief actie te ondernemen en (5) een gevoel van een collectieve identiteit met gedeelde doelen, middelen en verwachtingen. Als kanttkening geven Dodd en Gutierrez (1990) aan dat de mate waarin de sociale werkers zich empowered voelen, bepalend is voor de bijdrage die ze kunnen leveren aan het empowermentproces van hun cliënt.

* Cox (2002) zette een programma op om Afro-Amerikaanse grootouders, die verantwoordelijke zijn voor de opvoeding van hun kleinkinderen, te empoweren. Het programma bestond uit groepsessies waarin gedeelde bezorgdheden werden besproken en uitgewisseld en waarin specifieke technieken werden ingeoefend. Er werd voornamelijk gebruikt gemaakt van rollenspel en illustratieve video's om zaken toe te lichten. Dit programma was gebaseerd op ideeën van Staples (1990; in Cox, 2002) waarin *“empowerment must involve changing attitudes that can act as barriers to effectiveness. Practical knowledge, information, real competences, concrete skills, material*

resources, genuine opportunities, and tangible results are necessary for empowerment to be developed and sustained” (pag. 46). Resultaten toonden aan dat de Afro-Amerikaanse grootouders veerkrachtig zijn en beschikken over heel wat sterke kanten. Het empowerment-programma appelleert op deze sterktes en zorgt op die manier dat de grootouders kunnen omgaan met problemen die zich stellen, maar deze sterktes zijn tevens ook een middel om voor zichzelf op te komen.

* Chadiha, Adams, Biegel, Auslander en Gutierrez (2004) hebben een onderzoek uitgevoerd waarin men Afro-Amerikaanse vrouwen die gratis zorgen voor andere mensen wil empoweren. De methodiek is gebaseerd op de visie van Gutierrez (1990) die aangeeft dat kennis en vaardigheden moeten versterkt worden zodat men kritisch kan denken over de eigen problemen om zo strategieën te ontwikkelen om met problemen om te gaan en aan te pakken. De methodiek was proactief van aard en bestond erin om lotgenoten te ontmoeten, om de sterktes van anderen te gebruiken als vertrekpunt om eigen sterktes te ontdekken, om ervaringen van stressvolle situaties kritisch te evalueren en om tot slot te komen tot een situatie waarin men zelf kan zorgen voor verandering of dit samen kan doen met anderen. Dit alles werd geoperationaliseerd in drie doelstellingen (Chadiha et al., 2004). Vooreerst werd het kritisch bewustzijn aangewakkerd via het vertellen van verhalen om zo het persoonlijke levensverhaal op een positieve manier te zien. Ten tweede werden concrete probleemoplossingsvaardigheden aangeleerd zoals kritisch denken, overleggen, etc. Tot slot werden vaardigheden aangeleerd zodat men in staat is om invloed uit te oefenen om bijvoorbeeld middelen te kunnen aanwenden. Als rode draad doorheen de methodiek werden volgende werkingsprincipes gehanteerd: vertrekken vanuit de eigen sterktes, individuen ondersteunen zodat men zelf tot empowerment kan komen, vertrekken van een gedeelde basis, groepsprocessen ondersteunen, mensen aanmoedigen om in hun eigen woorden te spreken en de focus houden op sociale veranderingen.

* Het project van Nierse en Abma (2011) had de doelstelling om mensen met een intellectuele beperking te betrekken bij het bepalen van de onderzoeksagenda. Aan de hand van interviews werden vertrouwelijke zaken verteld tussen de onderzoekers en de personen met een intellectuele beperking. Deze interactie in focusgroepen hielpen de mensen om hun politieke stem te ontwikkelen en op die manier het empowermentproces te ondergaan.

Bijlage 3 : patient empowerment methodieken

* In een onderzoek van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel en van de Laar (2009) werd nagegaan op welke manier participatie in ‘online support groups’ kan bijdragen tot empowerment van patiënten met borstkanker, fibromyalgia of artritis. In de support group was het uitwisselen van informatie – zowel medische als persoonlijke ervaringen – het meest voorkomende met als resultaat dat de patiënten meer geïnformeerd waren. Er werd tevens geconcludeerd dat erkenning de belangrijkste drijfveer was van patiënten om deel te nemen in een online support group (Uden-Kraan et al.; 2009).

* Om nierpatiënten en diabetici te empoweren werd een programma van zes weken uitgewerkt door Tsay en Hung (2004). Tijdens wekelijkse groepsessies werd voornamelijk gewerkt aan het verbeteren van de attitudes en het verhogen van de self-efficacy om de zelfzorg te verbeteren. Het empowermentprogramma van Tsay en Hung (2004) is gericht op “*helping patients develop skills and self-awareness in goal setting, problem solving, stress management, coping, social support and motivation*” (p. 61). Daarom werden volgende activiteiten opgenomen in het programma: het identificeren van eigen problemen bij zelfzorg, het verkennen van emoties die geassocieerd worden met deze problemen, de ontwikkeling van doelen en strategieën om deze problemen aan te pakken, de verandering van het (zelfzorg)gedrag en het omgaan met stress.

* Clark en Kenaley (2011) hebben een empowerende aanpak uitprobeerd bij toekomstige verpleegsters. Deze aanpak zou hun zelfdeterminatie en motivatie moeten bevorderen; dit in tegenstelling tot een eerder autoritaire aanpak. Clark en Kenaley (2011) geven aan dat voornamelijk “*continuity of clinical placement, effective mentoring, and spending quality time*” (p. 163) een positief empowerend effect hadden. Daarnaast geven ze ook aan dat “*motivation, psychic comfort, problem-solving, and self-direction*” (p. 163) een grote invloed hebben op het empoweren van toekomstige verpleegsters.

* Kim, Sinacore, en Pongracic (2005) gingen het gebruik van de EpiPen na bij ouders die kinderen hebben met voedselallergieën. Resultaten toonden aan dat de mate waarin ouders zich comfortabel voelen bij de EpiPen, de hoogste correlatie had met de mate van empowerment bij de ouders.

* Zoffman en Lauritzen (2006) gaan uit van de stelling dat veel methodieken die worden gebruikt bij het maken van beslissingen, het oplossen van problemen en de scholing over diabetes, eerder zorgen voor disempowerment in plaats van empowerment; dit omdat de methodieken niet in

lijnen liggen met de veronderstellingen van het concept empowerment. Als alternatief stellen ze 'guided self-determination' voor dat voornamelijk gericht is op het verbeteren van levensvaardigheden van de patiënt. Volgens Anderson (1995) zijn dit de persoonlijke, sociale, cognitieve en fysieke vaardigheden die ervoor zorgen dat mensen hun eigen leven kunnen controleren en inrichten en over de mogelijkheden beschikken om te leven met de veranderingen in hun omgeving of zelf voor de verandering kunnen zorgen. Dit kan door enerzijds de probleemoplossingsvaardigheden uit te bereiden zodat alternatieve strategieën kunnen gebruikt worden voor zaken die betekenisvol zijn voor de patiënt, maar anderzijds ook door aandacht te schenken aan zelfgekozen doelen.

* Péliscand, Gagnayre, Sandrin-Berthon en Aujoulat (2006) hebben een therapeutisch educatief programma opgezet voor kinderen met diabetes. Het educatief programma was interactief en recreatief van aard en er werd voornamelijk gebruikt gemaakt van poppen. De poppen hadden een projectieve functie; de poppen lieten de kinderen toe om zich te distantiëren van emotioneel moeilijke situaties, om positieve aspecten en innerlijke bronnen te identificeren omtrent de moeilijke situaties en op die manier een gevoel van controle te krijgen over deze situaties.

* Wahlin, Ek en Idvall (2006) hebben patiënten op de intensieve zorgafdeling van een ziekenhuis geïnterviewd om na te gaan in welke mate men zich empowered voelt. Bulsara (2004) bevraagde zo reeds kankerpatiënten en vond dat volgende drie aspecten ervoor zorgden dat empowerment voorkwam: (1) de innerlijke vechtlust waarover men beschikt, (2) het vertrouwen op anderen; zowel binnen als buiten de gezondheidszorg en (3) de acceptatie van de ziekte. Voor de patiënten op de intensieve zorgafdeling werd de mate van empowerment voornamelijk beïnvloed door het versterken en stimuleren van de innerlijke levensvreugde en de wil om te vechten (Wahlin, Ek & Idvall, 2006). De veilige en stimulerende omgeving voor de eigenwaarde en motivatie, de extra zorg die men krijgt en de participatie hadden een additionele positieve waarde voor de patiënten.

* Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman en Deccach (2008) hebben een kwalitatief onderzoek gedaan bij patiënten met een chronische ziekte om hun ervaringen omtrent empowerment na te gaan. De patiënten geven aan dat – om volledig empowerend te werken – professionals in de medische sector niet enkel aandacht moeten schenken aan het geven van informatie en het vragen van input omtrent zaken die te maken hebben met de behandeling. Er wordt geadviseerd dat zorgverleners ook zorgbehoevenden uitnodigen om verhalen te vertellen over hun aandoening zodat ze zaken die voor hen persoonlijk van belang zijn – zowel in hun leven als hun zorg – kunnen accepteren, beheersen of veranderen.

* In een review werd nagegaan welke strategieën er bestaan om kinderen en adolescenten te empoweren, om hun levensvaardigheden te versterken en om hen meer te laten participeren (Aujoulat, Simonelli & Deccache, 2006). Er werd geconcludeerd dat het verliezen van fysieke mogelijkheden kan zorgen voor een gevoel van disempowerment. Tegengesteld daaraan kan de ontwikkeling van levensvaardigheden en het participeren ervoor zorgen dat er empowerment bereikt wordt.