

Hoe smaakt

Empowerment?



*Het helpen van zwarte zwanen
om zichzelf te helpen*

Een empirische studie naar de combinatie van variabelen en gedragskenmerken die de ontwikkeling van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en het toetsen van de empirische houdbaarheid van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam

Voor mijn (nog ongebooren) neefje:

mens sana in corpore sano

*“There is no
meaning to life
except the meaning
man gives to his life
by the unfolding of
his powers”*

Erich Fromm

Hoe smaakt Empowerment?

*Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te
helpen*

ACADEMISCHE MASTERTHESIS

Ter verkrijging van de graad Master of Science in
Public Administration aan de Erasmus Universiteit
te Rotterdam,
op gezag van rector magnificus
prof.dr. H.A.P. Pols,
in het openbaar te verdedigen
ten overstaan van de examencommissie
van de faculteit der Sociale Wetenschappen
in het A-gebouw van de universiteit, Burgemeester
Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam.

Door

Brian Jansen (419482)

Geboren te Delft



Abstract

In deze sociaalwetenschappelijke empirische studie is nagegaan welke combinatie van variabelen en gedragskenmerken de ontwikkeling van empowerment van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en hoe de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam zich verhoudt tot de empirische houdbaarheid. Op basis van de kritische theorie wordt getracht empowerment meer fundament te geven en steunend op de beleidstheorie uit de beleidspraktijk wordt gepoogd kwalitatieve determinanten over de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen te destilleren en hiermee tezamen een conceptueel kader voor deze studie te introduceren. Geconcludeerd wordt dat empowerment van (O)GGZ-cliënten een complexe ambitie is waarbij globaal genomen de empirische kwalitatieve data de kwantitatieve data tegenspreekt. Inzet op *Dagbesteding* en *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* lijken over het algemeen een positieve ontwikkelingskans langs de (meeste) leefgebieden van de zelfredzaamheid-matrix voor (O)GGZ-cliënten te hebben. De WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam is deels gebaseerd op onjuiste veronderstellingen. Vervolgstudies moeten zich richten op het ontwikkelen van een accumulatie van empirische cognitie over de maatschappelijke systemen die de (O)GGZ-cliënten belemmeren om te ‘*empoweren*’ en dienen de veronderstellingen die niet zijn getoetst binnen dit onderzoek mee te nemen.

Zoektermen: *empowerment, Beleidstheorie, WMO gemeente Rotterdam, WMO zorg- en ondersteuning vorming*

In this empirical social science research is explored which combination of variables and behavioral characteristics the development of empowerment of the Dutch law of Social Support clients on the Self-Sufficiency Matrix determine and how the policy theory of Dutch law of Social Support of the municipality of Rotterdam relates to the empirical validity. On the basis of the critical theory was tried to give empowerment more foundation and supporting on the policy theory from the policy practice is attempted to distill qualitative determinants of assumptions about relationships between phenomena and with both of these concepts is tried to introduce a conceptual framework for this study. It is concluded that empowerment of public mental health clients is a complex ambition whereby overall the empirical qualitative data contradicts with the quantitative data. Efforts on *Daily Activities and Social and Personal Performance* seem to have a positive development opportunity along the (most) domains of the Self-Sufficiency Matrix for public mental health clients. The policy theory of the Dutch law of Social Support of the municipality of Rotterdam is partly based on incorrect assumptions. Further studies should focus on the development of the accumulation of empirical cognition about the social systems that hinder the empowerment of public mental health clients and should test the assumptions that have not been tested in this study.

Keywords: *empowerment, policy theory, Dutch law of Social Support of the municipality of Rotterdam, care and support building in the context of the Dutch law of Social Support*

Voorwoord

Hier is ‘ie’ dan! De bekroning van mijn academische tijd aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Voor u ligt mijn masterscriptie welke het resultaat is van een empirische studie naar de combinatie van variabelen en gedragskenmerken die de ontwikkeling van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en de empirische houdbaarheid van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam, in opdracht van de gemeente Rotterdam. Met deze scriptie streef ik naar het voltooien van de studie Bestuurskunde met de masterdifferentiatie Publiek Management.

De effectiviteit van de zorgarrangementen van de gemeente Rotterdam is het onderwerp van deze studie. Na de academie-vakken heb ik nu verslag gedaan over dit onderwerp. Dat is, omdat hierin veel aangeleerde theoretische concepten op een goede manier verwerkt kunnen worden om mijn *Proeve van Bekwaamheid* tot uiting te brengen.

Mijn fijne en tamelijk beschermde jeugd in ons doorsnee gezin te Maassluis leidde ertoe dat ik een cultuurschok ervaarde bij het bezoeken van de intramurale settingen waarin de (O)GGZ-cliënten verblijven. Het heeft mij een andere kijk op het leven gegeven, waarbij ik enerzijds blij ben met hoe ‘goed’ ik en mijn directe omgeving het heeft en anderzijds blij ben met alle goed bedoelde intenties waarmee (O)GGZ-cliënten in Nederland geholpen worden. Het gevoel van solidariteit is warmhartig.

Na een levendige periode van zes en halve maand is het moment (eindelijk) daar dat ik de mensen schriftelijk wil bedanken die de afgelopen tijd en jaren zo belangrijk voor mij zijn geweest en gesteund en geholpen hebben wanneer ik hier behoefte aan had.

Ik wil mijn collega’s van de gemeente Rotterdam cluster Maatschappelijke Ontwikkeling enorm bedanken voor de fijne en vruchtbare samenwerking. Jullie hebben mij deze periode flink geënthousiasmeerd en waren altijd bereid om te participeren in mijn onderzoek. Ik wil in het bijzonder stilstaan bij mijn begeleider Hans Velt, ik wil je graag bedanken voor je tomeloze inzet en de fijne constructieve samenwerking die ik ervaren heb bij de gemeente Rotterdam.

Daarnaast wil ik graag mijn studiebegeleider, dr. Rebecca Moody onwijs bedanken voor uw fantastische ondersteuning. U heeft mij echt geholpen om dit onderzoek naar een hoger niveau te tillen. Uw positieve wijze van feedback heb ik als zeer leerzaam en prettig ervaren.


Verder wil ik mijn vrienden bedanken voor “het zijn wie jullie zijn”. Jullie zijn mijn motivators en inspirators in mijn leven.

Tot slot wil ik mijn lieve ouders bedanken. Jullie hebben het lang niet altijd makkelijk met mij gehad gedurende mijn studie, maar jullie staan altijd voor mij klaar. Ik had geen betere ouders dan jullie kunnen wensen.

Beste allemaal: bijzonder veel dank!

Ik wens u veel leesplezier!

Rotterdam, juli 2016,



Brian Jansen

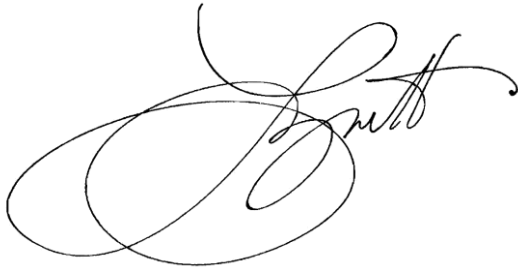
Erasmus Universiteit

*Faculteit der Sociale Wetenschappen/Erasmus School of Social and Behavioural Sciences
Bestuurskunde; masterdifferentiatie Publiek Management*

Auteurs verklaring

Ik verklaar dat het werk in deze academische masterthesis is uitgevoerd overeenkomstig de vereisten van de Reglementen van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Nederlandse Gedragscode voor Wetenschapsbeoefening en dat het niet is ingediend voor een andere academische beloning. Tenzij anders vermeld met specifieke verwijzing in de tekst, is het werk het werk van de auteur, Brian Jansen, zelf. Ieder standpunt in deze academische masterthesis is van de auteur.

Rotterdam, 18 juli 2016,



Brian Jansen

Erasmus Universiteit

Faculteit der Sociale Wetenschappen/Erasmus School of Social and Behavioural Sciences

Bestuurskunde; masterdifferentiatie Publiek Management



Inhoudsopgave

Abstract	4
Voorwoord	5
Auteurs verklaring	6
Lijst van tabellen	11
Lijst van figuren	12
1. Inleiding	14
1.1 Aanleiding	14
1.2 Ambitie van deze studie	15
1.3 Probleemstelling en deelvragen	15
1.4 Wetenschappelijke relevantie	16
1.5 Maatschappelijke relevantie	17
1.6 Opbouw academische masterthesis	17
2. Literatuurstudie	21
2.1 Empowerment als een veelomvattend concept	21
2.2 Empowerment als kritisch concept: <i>de kritische theorie</i>	22
2.2.1 <i>Reflectie en actie</i>	22
2.2.2 <i>Individu en samenleving</i>	23
2.3 Empowerment en kwetsbare personen	24
2.3.1 <i>Wat zijn en kenmerkt kwetsbare personen</i>	24
2.3.2 <i>Perspectieven voor empowerment: vermaatschappelijking</i>	25
2.3.3 <i>Zelfredzame Nederlandse burgers</i>	26
2.4 De tweeledigheid van het empowermentproces	26
2.4.1 <i>Beperkingen als systeem</i>	26
2.4.2 <i>Empowerment als het gevecht tegen interne systemen</i>	27
2.5 Empowerment in verbinding met zorg	30
2.5.1 <i>Toekomen van empowerment middels interventies</i>	30
2.5.2 <i>De functie van de zorg: het begeleiden en mogelijk maken van het empowermentproces</i>	32
2.5.3 <i>Dialogoog: een complexe aangelegenheid</i>	34
2.6 Het decentrale beleid: <i>het toetsen van een beleidstheorie</i>	35
2.6.1 <i>De beleidsevaluatie als appreciëren van een beleidstheorie</i>	35
2.7 Conclusie	36
3. Methodologie	40

3.1 Theorie en hypothesen	40
3.2 Definiëren	41
3.2.1 <i>Definities van kenmerken: wat</i>	41
3.2.2 <i>Definities van onderzoekseenheden: wie</i>	41
3.2.3 <i>Definities van tijd en plaats: wanneer en waar</i>	42
3.3 Operationaliseren	42
3.3.1 <i>Operationaliseren van kenmerken: empowerment</i>	42
3.3.2 <i>Operationaliseren van kenmerken en onderzoekstrategie van de beleidstheorie: reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam</i>	44
3.4 Onderzoeksstrategie	44
3.4.1 <i>Kwantitatieve component van deze studie: prestatiemeting</i>	45
3.4.2 <i>Kwalitatieve component van deze studie: het verklaren van processen</i>	47
4. Beleid, context en achtergrond	51
4.1 Transitie AWBZ naar WMO	51
4.2 Ondersteuningsopbouw	51
4.3 Doelstellingen van de zorginkoop	53
4.4 Het Rotterdamse arrangementenmodel	53
4.5 Indiciestelling per resultaatgebied: leerbaar, bestendigen of beperken van achteruitgang	54
4.6 Het decor van zelfredzaamheid: van afhankelijkheid naar zelfredzaamheid	56
4.7 Zelfredzaamheid-matrix	56
4.8 De RoZe Trechter: de zelfredzaamheidsmatrix en sluitende aanpak	58
4.9 Het beroepen op empowerment	59
4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie van de gemeente Rotterdam	59
5. Resultaten	63
5.1 Performance ambities	63
5.1.1 <i>Wilcoxon Signed Ranks test</i>	64
5.1.2 <i>Complexiteit en fragmentatie</i>	66
5.1.3 <i>Impasse en incubatie</i>	67
5.1.4 <i>Perspectieven voor het doorbreken van de impasse</i>	71
5.1.5 <i>Resumé: afhankelijke variabelen performance ambities</i>	76
5.2 Contingentie factoren	78

5.2.1	<i>De interveniërende variabelen</i>	78
5.2.2	<i>De modererende variabelen</i>	79
5.2.3	<i>Resumé: interveniërende, modererende variabelen en contingentie factoren</i>	80
5.3	Intern systeem	81
5.3.1	<i>Noodlot</i>	81
5.3.2	<i>Sociale uitsluiting</i>	81
5.3.3	<i>Overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken</i>	82
5.3.4	<i>Beeldvorming over wat ‘gezond’ en ‘normaal’ is</i>	82
5.3.5	<i>Buitensporige eisen</i>	83
5.3.6	<i>Onbegrip</i>	83
5.3.7	<i>Resumé: onafhankelijke variabelen intern systeem & context variabelen extern systeem</i>	84
5.4	Niet empirisch getoetste veronderstellingen: causale, finale en normatieve relaties	84
5.5	Conclusie	86
6.	Conclusies, academische reflectie en aanbevelingen	92
6.1	Conclusie	93
6.2	Academische reflectie	95
6.2.1	<i>Reflectie op de literatuurstudie</i>	95
6.2.2	<i>Reflectie op de methodologie</i>	97
6.2.3	<i>Reflectie op de resultaten</i>	98
6.3	Aanbevelingen	100
6.3.1	<i>Samenwerking en partnerschap: de nieuwe holistische methodiek van ondersteunen</i>	100
6.3.2	<i>Bevrijding van kwetsbare personen</i>	101
6.3.3	<i>Aanbevelingen voor verder onderzoek</i>	101
6.4	Discussie	102
6.4.1	<i>Discussie: perspectieven voor empowerment</i>	102
6.4.2	<i>Discussie: limiet aan empowerment?</i>	103
6.4.3	<i>Discussie: begrensde interesse in de empirische houdbaarheid van een beleidstheorie</i>	105
6.4.4	<i>Discussie: normatief karakter van het zelfredzaamheidsbeleid</i>	106
	Literatuurlijst	107
	Over de auteur	115
	Punten voor beoefenaars	115

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

Bijlage 1 Stroomschema: WMO-klantproces	116
Bijlage 2 De Zelfredzaamheid-matrix (ZRM).....	117
Bijlage 3 Gemeente Rotterdam: Keten Maatschappelijke Ontwikkeling	119
Bijlage 4 Definitieve Interviewvragenlijst	120

Lijst van tabellen

Tabel 1:	Ondersteuningsopbouw gemeente Rotterdam	51
Tabel 2:	De gereconstrueerde beleidstheorie van de gemeente Rotterdam	58
Tabel 3:	<i>Wilcoxon Signed Ranks test</i> tussen de leefgebieden van het 1 ^e naar het 2 ^e kwartaal	64
Tabel 4:	<i>Wilcoxon Signed Ranks test</i> tussen de leefgebieden van het 2 ^e naar het 3 ^e kwartaal	64
Tabel 5:	<i>Wilcoxon Signed Ranks test</i> tussen de leefgebieden van het 3 ^e naar het 4 ^e kwartaal	64
Tabel 6:	<i>Wilcoxon Signed Ranks test</i> tussen de leefgebieden van het 1 ^e naar het 4 ^e kwartaal	64
Tabel 7:	<i>Wilcoxon Signed Ranks test</i> tussen de gesommeerde leefgebieden	64
Tabel 8:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Financiën</i>	71
Tabel 9:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Dagbesteding</i>	71
Tabel 10:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Huisvesting</i>	72
Tabel 11:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Huiselijke Relaties</i>	72
Tabel 12:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Geestelijke Gezondheid</i>	72
Tabel 13:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Lichamelijke Gezondheid</i>	73
Tabel 14:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Verlaving</i>	73
Tabel 15:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>ADL</i>	73
Tabel 16:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Sociaal Netwerk</i>	74
Tabel 17:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Maatschappelijke Participatie</i>	74
Tabel 18:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>Justitie</i>	75
Tabel 19:	<i>Ordinal Regression test</i> van de afhankelijke variabele <i>gesommeerde ZRM scores</i>	75
Tabel 20:	De niet empirisch getoetste veronderstellingen uit de gereconstrueerde WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam	85

Lijst van figuren

Afbeelding 1:	Ontwrichting of barrières in menselijk functioneren	24
Afbeelding 2:	Schematische conceptualisatie van empowerment	29
Afbeelding 3:	Causale-keten model van empowerment	40, 63
Afbeelding 4:	Zelfredzaamheidspiramide (ten behoeve van 1 ^e en 2 ^e lijn)	52
Afbeelding 5:	Proces ten behoeve van de vorming van de integrale ondersteuningsarrangementen	55

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

1. INLEIDING

- 1.1 Aanleiding
- 1.2 Ambitie van deze studie
- 1.3 Probleemstelling en deelvragen
- 1.4 Wetenschappelijke relevantie
- 1.5 Maatschappelijke relevantie
- 1.6 Opbouw academische masterthesis

1. Inleiding

De gemeenten zijn aan zet. Het startschot van de AWBZ-WMO transitie klonk anderhalf jaar geleden. De Eerste Kamer gaf acht juli 2014 haar instemming over de *Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015* (hierna: WMO). De WMO decentraliseert vanaf zijn ingang van één januari 2015 zorgtaken aan gemeente en zorgverzekeraars (Wetten.Overheid, 2015). Deze wet is een juridisch instrument van het kabinet met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg. Het kabinet tracht de stijgende zorgkosten betaalbaar te houden en meent dat maatwerk op gemeentelijkniveau beter aansluit bij de zorgbehoefte. Het doel van de WMO is het vergroten van de *zelfredzaamheid* van de zorgbehoevende (hierna: WMO-cliënt of cliënt). Zelfredzaamheid wordt in het algemeen gedefinieerd als "het zelf bereiken van een acceptabel niveau van functioneren op de vooraanstaande domeinen van het dagelijks leven. Indien benodigd dan wel noodzakelijk door de juiste vorm van zorg te organiseren op het moment van achteruitgang van het functioneringsniveau dreigt of plaatsvindt, die niet zelf vermijdt of herstelt kan worden" (Lauriks, Buster & Fassaert, 2013). Het *empowermentparadigma* kan notie geven aan de ontwikkeling van zelfredzaamheid. Volgens Verzaal (2002: p.15) kan empowerment worden gedefinieerd als: "het sterker maken van individuen ter vergroting van de controle over hun eigen leven". Het empowermentproces bestaat volgens Pinkett & O'Bryant (2003: p.192) uit een mechanisme om de lokale geografische samenleving te dienen – door te reageren op de behoefte van de samenleving en het bouwen van oplossingen voor de problemen. Deze studie zal zich daarom uitvouwen aan de hand van gefundeerde academische theoretische inzichten met betrekking tot het empowermentconcept.

De uitvoering van de WMO kan tot problemen leiden bij cliënten met betrekking tot de doeltreffendheid (*effectiviteit*) van de aangeboden zorgarrangementen. Zo haalde de gemeentelijk ombudsman Mieke Zwaneveld op vier september 2015 het nationale nieuws door haar brief aan de Rotterdamse gemeenteraad waarin ze schijft dat WMO-cliënten te lang moeten wachten op zorg en ondersteuning waarop zij recht hebben (Zwaneveld, 2015). Mieke Zwaneveld zegt in Nieuwsuur (2015): "Of het nou gaat om het aanvragen van huishoudelijk hulp, een scootmobiel of een pgb: de afhandeling duurt in Rotterdam veel te lang en tussentijds wordt onvoldoende informatie verstrekt. Burgers moeten veel te lang wachten op zorg en ondersteuning waar ze recht op hebben". Dit weergeeft de schaduwkant van de uitvoering van de WMO en uit de organisatorische uitdagingen waarmee gemeenten worden geconfronteerd.

1.1 Aanleiding

De gemeente Rotterdam, keten Maatschappelijke Ontwikkeling (hierna: gemeente Rotterdam) wordt met de uitvoering van de WMO uitgedaagd tot het houden van een inkoopstrategie in termen van ondersteuningsarrangementen ten behoeve van het beantwoorden van de zorgbehoefte (Gemeente Rotterdam, 2013a). Een arrangement bestaat uit (maximaal) zeven resultaatgebieden¹. Langs de resultaatgebieden kan de zorg gedefinieerd worden in verscheidende intensiviteitstreden.

Ten behoeve van beleidsanalytische doeleinde is het voor de gemeente Rotterdam urgent om

¹ Deze zeven resultaatgebieden worden benoemd en voorzien van toelichting in hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond in sectie 4.4 Rotterdams arrangementenmodel.

de ontwikkeling op de leefgebieden van de *zelfredzaamheid-matrix* te verbinden aan de resultaatgebieden van het *arrangementenmodel*.

De *zelfredzaamheid-matrix*² is een instrument voor het meten van *zelfredzaamheid*³. De Zelfredzaamheid-matrix meet de mate van zelfredzaamheid van een cliënt op dat moment. De Zelfredzaamheid-matrix hanteert een vijfpuntschaal van niveaus van zelfredzaamheid. Het laagste niveau is ‘acute problematiek’ (1) en het hoogste niveau is ‘volledig zelfredzaam’ (5). De zelfredzaamheid-matrix is onderverdeeld in elf leefgebieden. Voor ieder niveau op ieder leefgebied van de zelfredzaamheid-matrix bestaan er indicatoren welke het niveau van de zelfredzaamheid van de respondent op het specifieke leefgebied kan karakteriseren. Deze indicatoren gaan over essentiële elementen en kenmerken van het leefgebied en zijn een afspiegeling van het niveau van zelfredzaamheid op dit element van het leefgebied. Zodoende is het voor professionals mogelijk de mate van zelfredzaamheid van een cliënt te beoordelen door de scores van de elf leefgebieden te sommeren tot een *ZRM-score*.

De combinatie van één of meerdere leefgebieden (van de *zelfredzaamheid-matrix*) alsmede de intensiviteit van de zorg construeert het arrangement. De cliënt ontvangt het arrangement voor de duur van de beschikking. Vanuit theoretisch perspectief is er een dus een talrijk aantal aan arrangementen mogelijk. Ieder arrangement is gekoppeld aan een budget. Een hogere trede van intensiviteit correleert met een hogere budgetintensiviteit in termen van het budget voor het arrangement vermenigvuldigd met de duur van de beschikking van de cliënt.

In het kader van het beïnvloeden van empowerment van de cliënten is het urgent te achterhalen welke arrangementen ‘*empowerend*’ werken en dus zorgen dat een cliënt een positieve ontwikkeling doormaakt langs de leefgebieden van de *zelfredzaamheid-matrix* (en welke niet).

1.2 Ambitie van deze studie

De ambitie van deze studie luidt: “Het toetsen van academische theorie over *empowerment* en *beleidsveronderstellingen* om tot omstandigheden te komen waarbinnen het arrangementenmodel leidt tot vooruitgang, of het beperken van achteruitgang van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en om inzicht te verschaffen in de empirische houdbaarheid van de WMO-beleids Theorie van de gemeente Rotterdam, *door* de combinatie van variabelen te destilleren die de ontwikkeling op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en het identificeren en beoordelen van de expliciete veronderstellingen die aan het WMO-beleid ten grondslag liggen.”

1.3 Probleemstelling en deelvragen

De gemeente Rotterdam zet ondersteuningsarrangementen in met betrekking tot de uitvoering van de WMO. In het kader van beleidsanalytische doeleinde is het urgent *ex durante* te evalueren in hoeverre deze arrangementen doeltreffend (*effectief*) zijn. In andere woorden: worden de beleidsdoelen gerealiseerd en worden de aan ondersteuning onderworpen cliënten meer *empowered*?

² De zelfredzaamheid-matrix wordt verder toegelicht in hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.7 Zelfredzaamheid-matrix.

³ De definitie en interpretatie van zelfredzaamheid van de gemeente Rotterdam wordt uiteengezet in hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.7 Zelfredzaamheid-matrix.

Vraagstelling

De onderzoeksvraag die hieruit voortvloeit luidt: “Welke combinatie van variabelen en gedragskenmerken verklaren de ontwikkeling van *empowerment* van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en hoe verhoudt de *WMO-beleidstheorie* van de gemeente Rotterdam zich hierbij tot de empirische houdbaarheid?”

Deze sociaalwetenschappelijke empirische studie is complementeert met in acht neming van de volgende descriptieve, empirische en prescriptieve kennisvragen:

- *Descriptieve kennisvragen* van deze studie:
 - Welke hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die determineren waarom burgers meer *empowered* worden (of niet) kunnen door meta-onderzoek uit academische Bestuurskundige-literatuur worden opgesteld;
 - Welke hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die een *beleidstheorie* determineren kunnen door meta-onderzoek uit academische Bestuurskundige-literatuur worden opgesteld; en
 - Welke expliciete *veronderstellingen* over relaties tussen verschijnselen die de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam determineren kunnen door documentstudie uit beleidsnota's worden opgesteld?

- *Empirische kennisvragen* van deze studie:
 - Welke hypothesen kunnen worden gefalsificeerd of verifieerd; en
 - Welke combinatie van variabelen of factoren verklaren de ontwikkeling van *empowerment* van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en hoe verhouden de expliciete *veronderstellingen* over relaties tussen verschijnselen die de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam determineren zich tot de empirische houdbaarheid?

- *Prescriptieve kennisvraag* van deze studie:
 - Welke (*Pareto-optimale*) beleidsaanbevelingen kunnen er aan de hand van de *ex durante* beleidsevaluatie worden gedaan om tot omstandigheden te komen waarbinnen het Rotterdamse arrangementenmodel leidt tot vooruitgang, of het beperken van achteruitgang, van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en voor een constructie van een uitgebalanceerd doeltreffend (*effectief*) WMO-beleid gebaseerd op de juiste empirisch houdbare veronderstellingen?

1.4 Wetenschappelijke relevantie

In de huidige academische Bestuurskundige-literatuur is er bijzonder weinig aandacht voor het concept *empowerment* binnen de zorg- en welzijnssector. Door de invoering van de WMO moet er op gemeentelijkniveau doeltreffend (*effectief*) integraal beleid worden samengesteld voor de WMO-gerechtigden. Er is echter verassend weinig aandacht voor het destilleren van een set van patronen (gemeenschappelijke kenmerken) die verklaren waarom het ene arrangement doeltreffend is dan wel het gewenste ‘*empowerende*’ resultaat bereikt en het andere niet. Deze studie tracht bij te dragen aan de identificatie van deze set patronen door het ontleden van het empowermentconcept en de bijbehorende variabelen en focust zich op hoe het Rotterdamse

arrangementenmodel hierop toegespitst is. Daarnaast tracht deze studie bij te dragen aan het identificeren en beoordelen van veronderstellingen die aan het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam ten grondslag liggen, dit is van wetenschappelijk belang omdat hiermee inzicht genereerd kan worden in de empirische houdbaarheid van de huidige concepties van de legitieme machtshebbers.

1.5 Maatschappelijke relevantie

Bij (normatieve) toelating en indicering door de *stedelijke loketten* en *wijkteams* ontvangen cliënten voor een bepaalde tijd toegang tot één of meerdere ondersteuningsarrangementen van de gemeente Rotterdam. Deze arrangementen hebben als doel de Rotterdamse empowerment te vergroten. Om dit algemene doel te realiseren dienen de aangeboden arrangementen doeltreffend (*effectief*) te zijn. Als de arrangementen onvoldoende doeltreffend zijn wordt de Rotterdamse empowerment van WMO-cliënten niet vergroot en kan dit leiden tot stagnatie of achteruitgang op de zelfredzaamheid-matrix. Dit kan ernstige gevolgen meebrengen voor de WMO-cliënten, zoals: afnemende motivatie om deel te nemen aan de maatschappij, kleiner wordend sociaal netwerk en afnemende mate van ondersteuning door dit netwerk, toenemende behoefte aan behandeling van de fysieke gezondheid, afnemende capaciteiten om te voorzien in de basisbehoeften, toenemende omvang van het justitieel dossier, toenemend negatief effect op het persoonlijk functioneren, afnemende mate waarin gezinsleden elkaar ondersteunen, afnemende mate waarin zelfstandig in dagbesteding wordt voorzien, afname van geschiktheid van de woning, toenemend gebruik van verdovende middelen en toenemende schulden. In andere woorden: heeft het de potentie om bij onvoldoende doelmatigheid van de arrangementen te leiden tot ernstige gevolgen voor de gehele Rotterdamse regio in termen van huiselijk geweld, overlast, diefstal, dakloosheid en cliënten die een gevaar voor zichzelf en andere burgers kunnen vormen. Daarnaast is het identificeren en beoordelen van veronderstellingen die aan het WMO-beleid ten grondslag liggen van maatschappelijk belang omdat het falen van veel beleid – hier geïnterpreteerd als het niet realiseren van de beleidsambities – partieel te verklaren valt doordat het beleid frequent op onjuiste veronderstellingen wordt gefundeerd.

1.6 Opbouw academische masterthesis

Deze studie behandelt voornoemde onderzoeksvragen en toetst schematisch de (intentionele causale) relaties vanuit de onderzoeksmethodologie, afbeelding 3 (p.40, 63).

De opbouw van deze academische masterthesis is verder als volgt. Hoofdstuk één behelst de aanleiding van deze studie, de probleemstelling inclusief de onderzoeksvragen en de globale onderzoeksaanpak. Hoofdstuk twee introduceert de literatuurstudie met betrekking tot waarom burgers meer '*empowered*' worden (of niet) en de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die een *beleidstheorie* vormen. De hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die empowerment en een beleidstheorie determineren worden hierbinnen geëxpliciteerd. Daarmee worden de voornoemde *descriptieve kennisvragen* van deze studie beantwoord: (1) Welke hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die determineren waarom burgers meer empowered worden (of niet) kunnen door meta-onderzoek uit academische Bestuurskundige-literatuur worden opgesteld; en (2) Welke hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die een *beleidstheorie* determineren kunnen door meta-onderzoek uit academische Bestuurskundige-literatuur worden

opgesteld. De onderzoeksmethodologie wordt verantwoord in hoofdstuk drie. Vanuit de methodologie wordt het toegepaste meta-onderzoek geoperationaliseerd voor sociaalwetenschappelijke *empirische* toetsing. In Hoofdstuk vier is langs wetenschappelijke weg het geheel van expliciete veronderstellingen, welke ten grondslag liggen aan het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam, geïdentificeerd en systematisch geherformuleerd. Hiermee is de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam gereconstrueerd. Daarmee wordt de voornoemde descriptieve kennisvraag van deze studie beantwoord: Welke expliciete *veronderstellingen* over relaties tussen verschijnselen die de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam determineren kunnen door documentstudie uit beleidsnota's worden opgesteld? In hoofdstuk vijf worden de meetresultaten en de effecten van de sociaalwetenschappelijke *empirische* toetsing gepresenteerd. Daarmee levert dit hoofdstuk een bijdrage aan het beantwoorden van de voornoemde *empirische kennisvragen* van deze studie: (1) Welke hypothesen kunnen worden gefalsificeerd of verifieerd; en (2) Welke combinatie van variabelen of factoren verklaren de ontwikkeling van empowerment van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en hoe verhouden de expliciete veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam determineren zich tot de empirische houdbaarheid? In hoofdstuk zes worden de conclusies vanuit de totale studie onderbouwd, wordt er een discussie weergegeven, wordt er een academische reflectie gehouden en worden er aanbevelingen ten aanzien van de optimalisatie van het Rotterdamse arrangementenmodel voor een '*empowerende*' ontwikkeling van (O)GGZ-cliënten gedaan. Paragraaf 6.2 weergeeft de academische reflectie op deze sociaalwetenschappelijke empirische studie. Paragraaf 6.3, levert een antwoord op de *prescriptieve kennisvraag* van deze studie: Welke (*Pareto-optimale*) beleidsaanbevelingen kunnen er aan de hand van de *ex durante* beleidsevaluatie worden gedaan om tot omstandigheden te komen waarbinnen het Rotterdamse arrangementenmodel leidt tot vooruitgang, of het beperken van achteruitgang, van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en voor een constructie van een uitgebalanceerd doeltreffend (effectief) WMO-beleid gebaseerd op de juiste empirisch houdbare veronderstellingen? In de epiloog van dit hoofdstuk worden de resultaten bediscussieerd.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

DEEL I

2. LITERATUURSTUDIE

- 2.1 Empowerment als een veelomvattend concept
- 2.2 Empowerment als kritisch concept: *de kritische theorie*
 - 2.2.1 Reflectie en actie
 - 2.2.2 Individu en samenleving
- 2.3 Empowerment en kwetsbare personen
 - 2.3.1 Wat zijn en kenmerkt kwetsbare personen
 - 2.3.2 Perspectieven voor empowerment: *vermaatschappelijking*
 - 2.3.3 Zelfredzame Nederlandse burgers
- 2.4 De tweeledigheid van het empowermentproces
 - 2.4.1 Beperkingen als systeem
 - 2.4.2 Empowerment als het gevecht tegen interne systemen
- 2.5 Empowerment in verbinding met zorg
 - 2.5.1 Toekomen van empowerment middels interventies
 - 2.5.2 De functie van de zorg: *het begeleiden en mogelijk maken van het empowermentproces*
 - 2.5.3 Dialoog: een complexe aangelegenheid
- 2.6 Het decentrale beleid: *het toetsen van een beleidstheorie*
 - 2.6.1 De beleidsevaluatie als appreciëren van een beleidstheorie
- 2.7 Conclusie

2. Literatuurstudie

De *zelfredzaamheid* van mensen staat centraal in de integrale aanpak van de gemeente Rotterdam. Het empowermentconcept geeft notie aan de ontwikkeling van zelfredzaamheid zoals het zelfredzaamheidsconstruct door de gemeente Rotterdam wordt gedefinieerd⁴. In dit hoofdstuk ligt de ambitie om het hart van het empowermentconcept te vinden. Hiervoor worden hedendaagse betekenissen en die uit het verleden met elkaar gekoppeld. Vanuit de grondslag dat empowerment verbonden was met de strijd van personen die zich bevonden in een maatschappelijk onderdrukte positie, om ten einde meer regie en handelingsvrijheid te realiseren, kan empowerment beschouwd worden als een ‘kritisch’ concept. (Ajoulat, d’Hoore & Deccache, 2006). Op basis van de kritische theorie wordt getracht empowerment meer fundament te geven en steunend op de beleidstheorie uit de beleidspraktijk wordt gepoogd kwalitatieve determinanten over de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen te destilleren en hiermee tezamen een conceptueel kader voor deze studie te introduceren wat anno 2016 kan bijdragen aan de volgende voornoemde descriptieve kennisvragen: “(1) *Welke hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die determineren waarom burgers meer empowered worden (of niet) kunnen door meta-onderzoek uit academische Bestuurskundige-literatuur worden opgesteld; en (2) Welke hypothesen en combinatie van variabelen of factoren die de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die een beleidstheorie determineren kunnen door meta-onderzoek uit academische Bestuurskundige-literatuur worden opgesteld?*”

2.1 Empowerment als een veelomvattend concept

De oorsprong van het empowermentconcept bevindt zich in de jaren zestig bij de burgerrechtenbeweging en de vrouwenbeweging (Ajoulat, *et al.*, 2006). Binnen deze context refereert het concept naar een reactie ten aanzien van onderdrukking en ongelijkheid de samenleving als geheel (Hage & Lorensen, 2005). Het concept richt zich hierbij op het beëindigen van ‘*powerlessness*’ en stimuleren van emancipatie en ontplooiing. Hierbij staat volgens Hvas en Thesen (2002) een kritische perceptie op de ongelijke allocatie van bronnen en de overtuiging van individuen in de mogelijkheden om meer controle over hun levensomstandigheden te bemachtigen centraal. Momenteel duikt het begrip in een grote diversiteit aan contexten op. Zo wordt volgens Driessens en Van Regenmortel (2006) het concept veelomvattend geïntroduceerd binnen de sociale sector, als een raamwerk dat een kader verschaft om de moderne zorgverlening specifiek ‘handen en voeten te geven’.

Diverse auteurs formuleren het concept empowerment als een gelaagd construct. Bijvoorbeeld Zimmerman in Van Regenmortel (2004) onderscheidt drie lagen: een *gemeenschap laag*, een *organisatie laag* en een *individuele laag*. Deze lagen zijn volgens Jacobs, Braakman en Houweling (2005) wederzijds verboden en afhankelijk van elkaar. De gemeenschap laag relateert empowerment aan de maatschappij en het sociale beleid, dat fundamentele mechanisme voor sociale uitsluiting aanvecht en zich focust op de maatschappelijke participatie van

⁴ De definitie van zelfredzaamheid zoals deze door de gemeente Rotterdam wordt geïnterpreteerd is weergegeven in hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.7 Zelfredzaamheid-matrix.

eenieder (Jacobs *et al.*, 2005). Op de laag van organisaties relateert empowerment volgens Zimmerman (2000) onder meer aan de expansie van inspraak en beslissingsmacht van personen in de organisaties. De individuele laag van empowerment relateert aan de overtuiging in de eigen competenties en krachten van de persoon om zijn omgeving te beïnvloeden en zodoende zijn leven in te vullen. Deze laag wordt ook wel *psychologische empowerment* genoemd waarbinnen er drie niveaus zijn te onderscheiden (Steenkens & Van Regenmortel, 2007).

- Het zelfbelevingselement refereert aan de overtuiging in eigen competenties en vermogen. Maar tevens in de motivatie en geloof om de individuele situatie te beïnvloeden.
- Het interactionele element verwijst naar het kritisch besef van de maatschappelijke opties, normen en middelen, competenties om deze uit te baten en in stelling brengen van bronnen.
- Het gedragselement duidt op de participatie binnen de gemeenschap, betrokkenheid in sociale relaties, constructief gedrag in de verstandhouding met nieuwe contexten en het maken van keuzes.

Empowerment is dus een multi-level construct waarbij verschillende lagen wederzijds Interacteren. Het speelt zich op diverse lagen af waardoor het een eenduidige begripsbeschrijving bemoeilijkt. Empowerment is dus niet één object, niet één ambitie en niet één methodologie. Het moet gezien worden als een paradigma waarbinnen er op substantiële andere wijze naar sociale problematiek wordt gekeken.

2.2 Empowerment als kritisch concept: *de kritische theorie*

2.2.1 Reflectie en actie

Toen Freire (1980) de onderdrukte positie van groepen analfabeten in Brazilië onderzocht kwam hij tot een belangrijke bevinding: personen ervaarden hun situatie meestal als een noodlot, een kwestie die niet aan verandering onderhevig kan zijn. Hierdoor komen personen volgens hem niet snel in actie. Volgens Freire (1980) kan doormiddel van het leren onderscheiden van de huidige situatie en de mogelijke situatie verandering gerealiseerd worden. Zijn perceptie op empowerment typeert zich door *reflectie* en *actie* en gaat over het verleggen van persoonlijke grenzen. Deze grenzen zijn geen werkelijkheid en bestaan dus niet. Grenzen bestaan alleen als subjectieve ervaring, maar reflecteren tevens een objectief ‘feit’. Objectieve politieke en maatschappelijke contradicties op een geselecteerde tijd en plaats in de geschiedenis, schrijven het kader van potenties voor. Een *dialog* wordt door Freire (1980) gezien als cruciaal element in de zoektocht en bespreken van deze grenzen. Hierin heeft de dialoog niet uitsluitend de ambitie notie te krijgen van de grenssituaties, maar is het tevens gefocust op het realiseren van verandering. Dit gedachtepatroon kenmerkt zich door de explicitering op culturele transformatie, waarbij de humanisering van de maatschappij centraal staat.

Uit de sectie hiervoor blijkt dat empowerment ook al eerder was opgedoken, bijvoorbeeld bij oppositiebewegingen (Ajoulat, *et al.*, 2006). Hiermee wordt duidelijk dat er vanaf die tijd bevolkingsgroepen werden ondersteund met de zoektocht naar oplossingen voor sociale en individuele problematiek. Hierbij gaat het volgens Delahaj (2004) om het versterken van draagkracht en de stimulans om zelf in actie te komen om de eigen situatie te verbeteren. Het begrip empowerment kan dus uitdrukking geven aan de kracht van mensen om feitelijk invloed uit te oefenen op de beperkende levensomstandigheden waarbinnen zij zich bevinden.

2.2.2 Individu en samenleving

De concepties van Freire (1980) en de emancipatiebewegingen zijn te sorteren binnen de theorie van het Marxisme, waarbij onderdrukking wordt verbonden met vervreemding (Boumans, 2012). Deze vervreemding vormt een barrière voor de humanisering van de mens en samenleving en kan worden doorbroken door bewustwording en maatschappelijke strijd. Vanuit het marxisme staat de vraag centraal in hoeverre worden individuen bepaald door maatschappelijke verhoudingen en in hoeverre bepalen individuen zelf hun lot? Hierbij gaat Marx volgens Boumans (2012) uit van een dialectische verhouding tussen bepalen en bepaald worden, tussen *object* en *subject* zijn. Kortom: er zijn altijd zowel keuzes die individuen zelf maken en keuzes die voor individuen gemaakt worden. Juist in de contradictie tussen bepalen en bepaald worden ligt het fundament voor maatschappelijke verandering. Verandering is het resultaat van menselijk interveniëren in kennelijk vastliggende ‘*objectieve*’ verhoudingen (Boumans 2012: p.37).

De concepties in de theorievorming van Marx gaan over de relatie tussen een individu en de maatschappij. Deze theorievorming is continue in ontwikkeling en hieronder kunnen de gedachte patronen van empowerment tevens geplaatst worden. De kritische theorie maakt een koppeling tussen de maatschappijtheorie van Marx en psychologische theorie van Freud (White, 1994; Outhwaite, 1994; Holub, 1991 Kunneman en Van Luijk, 1983). Het samenvoegen hiervan leidt tot elementen van de binnen- en buitenwereld en zijn potentieel een grondbeginsel van empowerment. De theorieën van Marx en Freud zijn volgens Jacoby (1975) goed te verenigen omdat vanuit de kritische theorie emancipatorische cognitie wordt opgeleverd die gefocust is op bevrijding uit macht- en afhankelijkheidsverhoudingen. Bovendien wordt het leven van mensen in beide theorieën omschreven als een continue strijd tegen onderdrukking en conflicten.

Door zowel analyse van de conflicten en contradicties in de maatschappij als analyse naar de conflicten en contradicties van een persoon, kunnen er nieuwe zienswijze op de subject-objectverhoudingen worden ontwikkeld, die een opties kunnen onderzoeken om als individu überhaupt keuzes te maken en regie te kunnen voeren over het eigen leven. Volgens White, (1994); Outhwaite, (1994); Holub, (1991) & Kunneman en Van Luijk (1983) is vanuit de kritische theorie Habermas een belangrijke onderzoeker. Habermas stelt volgens White (1994) en Kunneman en Van Luijk (1983) dat moderne samenlevingen gekarakteriseerd worden door voortschrijdende verzelfstandiging binnen de sociale domeinen ten opzichte van elkaar: enerzijds de *leefwereld* en anderzijds de *systeemwereld*. In de leefwereld is het communicatief handelen bepalend en is het domein waar de betekenisinterpretatie geschiedt. Concreet betekent dit dat personen met elkaar interacteren over hoe en vanuit welke perceptie zij met elkaar leven en hun leven in vullen. Dit is de plek waar de *identiteit* gecreëerd wordt en tot uiting komt in interactie met andere, ofwel het ‘subject’ zijn met de eigen levensomstandigheden. Vis-a-vis aan de leefwereld is de systeemwereld gemanifesteerd, hierin is het handelen van individuen via anonieme machtsverhoudingen op elkaar afgestemd. De economische en politieke systemen opereren op het fundament van de principes van geld en machtsverhoudingen en kennen een autonome dynamiek, welke niet of slechts zeer matig door individuen communicatief geverifieerd kan worden. Volgens Kunneman en Van Luijk (1983) attendeert Habermas op culturele verwarring, wat relateert aan gereduceerde solidariteit tussen groepen en personen en uiteinde-

lijk op psychische problematiek waarmee velen aan lijden. Deze problematiek herleidt Habermas tot de feitelijke constatering dat de eisen die voortvloeien uit de systeemwereld in toenemende mate doordringen tot de leefwereld en hierin de communicatieve processen ondermijnen of versoberen. Individuen worden gepusht in de rol van cliënt en consument en kunnen binnen deze rollen moeilijk invloed geven aan hun eigen (beperkte) levensomstandigheden. Dit proces betitelt Kunneman (1989) als ‘de kolonisering van de leefwereld’.

Empowerment gaat in de basis over de ontwikkeling op de balans tussen bepaald worden naar zelf bepalen. In andere woorden: ‘toename van subject zijn’ van de eigen levensomstandigheden. Dit openbaart zich doormiddel van het vergroten van handelingsmogelijkheden, het in bezit zijn van werkelijke keuzes om het leven vorm te geven. Maar het relateert bovendien aan individuele en gezamenlijke kracht en macht om verandering te realiseren en hierin zelf de baas te zijn en zodoende een verbeterde positie van de levensomstandigheden te creëren.

Nu empowerment is ontleed als het ‘toenemen van subject zijn’ van de eigen leefomstandigheden, wordt getracht met de kritische theorie een fundament te bieden voor de notie van de hedendaagse betekenis van het empowermentparadigma voor (kwetsbare) personen.

2.3 Empowerment en kwetsbare personen

2.3.1 Wat zijn en kenmerkt kwetsbare personen

De World Health Organisation (2002) hanteert een gelaagde benadering van kwetsbaarheid. Getracht wordt zodoende een beschrijving van het menselijk functioneren in kaart te brengen. Hierbinnen worden facetten geordend en op drie niveaus beschreven:

- Persoonlijk niveau;
- Niveau van ageren; en
- Maatschappelijke participatie.

Kwetsbaarheid wordt hierbinnen gedefinieerd als een ontwrichting of barrière in deze niveaus. Hierop zijn volgens de World Health Organisation (2002) zowel *individuele* als *externe factoren* van invloed. Zie afbeelding 1 voor een schematische weergave van dit proces.

Afbeelding 1: Ontwrichting of barrières in menselijk functioneren



Bron: World Health Organisation 2002: p.8

Het persoonlijk niveau kan verwijzen naar problematiek in mentale- en sensorische functies, pijn, stem en spraak, anatomische en functionele ontwrichtingen in het lichaam. Het niveau van ageren en maatschappelijke participatie kan verwijzen naar problematiek op het leren en toepassen van kennis, bewegelijkheid, communicatie, zelfverzorging, huishouden, interactie tussen mensen, studie, werk, en het bewerkstelligen van maatschappelijke, sociale en burger activiteiten (World Health Organisation, 2002).

Boumans (2012) zoekt verder in op deze niveaus en onderscheidt de volgende leefgebieden waarin volgens haar een beperking in het menselijk functioneren kan bevinden:

- Gezondheid (fysiek en metaal functioneren);
- Woon- en leefklimaat (zelfverzorging, huishouden en algemene activiteiten);
- Sociale contacten (communicatie, interactie, mobiliteit en relaties);
- Studie beroep en dagbesteding (leren en toepassen van kennis);
- Financiën (economische zelfredzaamheid); en
- Individuele levensstijl (maatschappelijk en sociaal).

Deze leefgebieden omvatten de elf levensdomeinen van de ZRM. Het zijn leefgebieden waarbinnen een persoon zijn identiteit, in dialoog met anderen al dan niet kan vormen. Als deze leefgebieden in hoge mate bepaald worden door organisaties als zorg verleende instellingen, zal volgens (Dunst *et al.*, 1998) het gevoel van eigenmacht en autonomie afnemen. Dit heeft geresulteerd in een ontwikkeling richting vermaatschappelijking.

2.3.2 *Perspectieven voor empowerment: vermaatschappelijking*

In navolging van Foucault (1989) is het geloof ontstaan dat personen met een langdurige zorgbehoefte beter af zijn in hun eigen omgeving. Foucault (1989) wees op de negatieve effecten van langdurig verblijf in een zorginstelling. In zorginstellingen zijn personen voor de meeste leefgebieden, zoals wonen, dagbesteding, gezondheid volledig afhankelijk van het aanbod van de desbetreffende zorginstelling. Dit resulteert in een verlies van identiteit en het vermogen om het eigen leven vorm te geven. Een gevolg hierop is dat personen een steeds passievere rol aannemen. Als de macht van zorginstanties gereduceerd wordt zal Volgens Van Ewijk (2007) de grip van personen op hun situatie toenemen, want ze worden zodoende beter in staat gesteld een onafhankelijk leven te leiden.

Echter bestaan er ook barrières voor het realiseren van een grotere maatschappelijke participatie en integratie van personen door extramuralisatie. Volgens Theunissen *et al.*, (2008) is het aanbod in beschermde woonvormen, extramuleringsprogramma's en transmuraal personeel niet afdoende om de personen in de samenleving de noodzakelijke voortzetting van zorg te bieden. Sommige cliënten kunnen hierdoor hun leven amper op orde krijgen en dus al helemaal niet maatschappelijk integreren. Volgens Kwekkeboom en Koops (2005: p. 23-24) heeft dit te maken met een discrepantie tussen de voorzieningen op het gebied van zorg, zorgverlening, ondersteuning, huisvesting en de dagbesteding. Zij concluderen dat deze samenhang door de verschuiving van intramurale voorzieningen naar extramuralisering doorbroken is.

Een tweede barrière is een gebrek aan maatschappelijke ondersteuning en acceptatie vanuit de samenleving. Volgens Kwekkeboom (2001) speelt het ook mee dat de sociale netwerken van cliënten meestal vele malen kleiner zijn dan die van 'gezonde' mensen. Ouderen, fysieke en mentale beperkten krijgen volgens Kwekkeboom (2005) te maken met uitsluiting en een sociaal isolement.

2.3.3 Zelfredzame Nederlandse burgers

Zoals eerder al naar voren kwam leidt vermaatschappelijking van de zorg niet uitsluitend tot een grotere maatschappelijke participatie en integratie van kwetsbare personen. Bovendien zijn er nog andere zaken die van invloed zijn. Enerzijds speelt er een oprechte behoefte om personen te ontketenen uit de afhankelijkheden met zorginstellingen. Simultaan spelen er overige motieven. Volgens Van der Laan (2008: p.140-143) zijn interventies vanuit de overheid gefocust op functiegerichte ordening van de zorg, stimulans van marktwerking en bestuurlijke decentralisaties. Een mens wordt gezien en behandeld als een zorgconsument en zorgpakketten zijn binnen de werking van de markt gesteld. Er is een duidelijke verschuiving waarneembaar van solidariteit naar zelfredzaamheid. Ook de WMO is een uiting van deze paradigmashift, immers verwacht de wetgevende macht dat mens minder vaak een verzoek doen op professionele zorgverlening.

Door middel van deze paradigmashift komt ook een verschuiving op het empowerment-concept tot uiting. Het begrip vond zijn oorsprong in oppositiebewegingen in de jaren zestig en nu is het verschoven naar de kern van het Nederlandse zorgbeleid. De hedendaagse opvatting gaat er dus vanuit dat door een persoon meer te ‘empoweren’ hij/zij over het vermogen beschikt om de regie te nemen over de invulling van het leven en gezondheidssituatie. Hiermee oogt de doelstelling van empowerment hand-in-hand te gaan met doelstellingen omtrent het betaalbaar houden van de zorg. Empowerment zoals eerder vanuit de kritische theorie gedefinieerd is heeft de potentie om te leiden tot het toenemen van de zeldzaamheid van mensen, maar focust zich ten eerste op *subjectwording* waarbij de afhankelijkheid van een mens wat ‘onvermijdelijk’ is vooral bevestiging moet ontvangen.

2.4 De tweeledigheid van het empowermentproces

2.4.1 Beperkingen als systeem

Personen met beperkingen hebben invloed op de invulling en potenties van meerdere leefgebieden of wel levensdomeinen⁵ Conform aan de analyse van Feire (1980) over hoe personen hun onderdrukte situaties als noodlot percipiëren, percipiëren kwetsbare personen volgens Boumans (2012: p.45-46) hun beperkingen vaak ook als een onwijzigbaar element, ofwel: een noodlot. Boumans (2012) zet uiteen dat mensen vaak ook voor al uitgemaakte feiten staan, immers wordt bijvoorbeeld een dementerend persoon geconfronteerd met structurele cognitieve achteruitgang en persoon die leeft in armoede betekent specifiek dat hij/zij zichzelf niet kan voorzien in de dagelijkse behoeften.

Desalniettemin komen tevens die grenzen van de eigen situatie voor. Aan de ene kant komt omdat bepaalde elementen feitelijk objectief gegeven en niet te wijzigen zijn en aan de andere kant omdat de persoon deze situatie als een niet te wijzigen situatie ervaart. Van Regemortel (2008: p.23) beschrijft dit als *“het verwerken van de machteloosheid en van het leven afgesloten te zijn, resulteren in onontkoombare persoonlijkheidskenmerken, welke worden geconcentreerd door onbegrip en/of buitensporige eisen uit de maatschappij”*. Daarnaast kan de

⁵ In navolging van de ZRM, zie: hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.7 Zelfredzaamheid-matrix en bijlage 2.

beeldvorming in de samenleving over wat ‘gezond’ en ‘normaal’ is, gezien worden als een interne beoordelingsmacht die verplichtingen kan meebrengen welke voor kwetsbare personen amper te vereffenen zijn (Boumans, 2012). Dit soort verplichtingen kunnen mogelijk een grote druk vormen voor een persoon en kunnen door hen gepercipieerd worden als onontkoombaar en niet vatbaar voor wijzigingen.

De beperkingen van een persoon vertonen zich (conform Kunneman en Van Luijk (1983) omtrent de terminologie van Habermas) als ‘intern systeem’. Dit interne systeem voltrekt zich onafhankelijk van de wil van de persoon, als een zelfstandig proces en bepaalt een raam voor het ageren. Evenals maatschappelijke systemen communiceren de beperkingen van een persoon niet en is het mogelijk zich als zelfstandige machthebber binnen diverse leefgebieden/leefdomeinen te openbaren. Zowel de symptomen als de staart van de beperkingen van personen zelf als de machteloosheid die het teweegbrengt, kunnen mogelijk de opties om te ageren binnen de leefgebieden/leefdomeinen frustreren.

Op deze manier kan de leefwereld van een persoon niet uitsluitend worden gekaderd door ‘externe systemen’ in de leefwereld van een persoon die de grenzen van de zelfredzaamheid schijnen vast te stellen. Tevens stellen de beperkingen van een persoon zelf grenzen aan de opties van de persoon om zijn eigen leven te besturen.

2.4.2 Empowerment als het gevecht tegen interne systemen

De beperkingen van een persoon is in de vorige sectie benoemd als een ‘intern systeem’ dat invloed kan hebben op de mate waarin iemand subject kan zijn van zijn leven binnen de leefgebieden/levensdomeinen, evenals maatschappelijke systemen dit vermogen kunnen hebben. Concreet betekent dit dat het empowermentconcept niet uitsluitend verband heeft op schijnbaar niet te wijzigen maatschappelijke situaties, maar tevens op de niet te wijzigen karakteristieken van de beperkingen van een persoon. Evenals de grenzen van macht van maatschappelijke systemen niet permanent en onveranderlijk zijn, zo zijn de grenzen van de macht van de beperkingen van een persoon niet permanent en onveranderlijk. Deze grenzen kunnen dus verplaatst worden.

Conform Freire (1980) is er om voor een persoon meer macht te realiseren ten aanzien van de beperkingen een proces van *reflectie* en *actie* benodigd. Concreet betekent dit dat dit proces in kaart brengt wat er te veranderen is en wat geaccepteerd moet worden als onveranderbaar. *Reflectie* is, zoals in sectie 2.2.1 is beschreven, benodigd om te analyseren op welke elementen de beperkingen van een persoon het inhoud geven aan de leefgebieden/levensdomeinen beïnvloedt en welke grenzen hierin voor wijzigingen vatbaar zijn en welke niet. Volgens Boelvink, Kroon en Giesen (2008: p.20-23) is hierbinnen een cruciale trede om ‘jezelf’ los te zien van de eigen beperkingen. Uitsluitend op deze manier kan een persoon een realistische notie van het eigen vermogen ontwikkelen. Volgens Abdoli *et al.*, (2009: p.449-452) kan dit simultaan tegemoetkomen aan het bovenop komen van gevoelens van schaamte en angst (gezien vanuit de culturele invalshoek). Dit kan volgens deze auteurs ertoe leiden dat personen de beperkingen accepteren inclusief de hieruit voorkomende afhankelijkheid.

Reflectie impliceert tevens het analyseren van wat personen willen wijzigen op de elementen van de leefgebieden/levensdomeinen waar de beperkingen macht op uitoefent, wat de verlangens en de ambities zijn. Dit kan volgens Freire (1980) uitsluitend als de huidige situatie

en de ‘noodlot-impresie’ waarin een persoon zich bevindt openstaan voor discussie. Tevens ten aanzien van de beperkingen betreft het dus het leren onderscheiden tussen de huidige- en de mogelijke situatie, maar uitsluitend met de acceptatie van de aanwezige beperkingen. Het betreft het toespitsen van het kritisch besef (Van Regenmortel, 2010).

Reflectie kan gezien worden als het voeren van een dialoog met ‘jezelf’ ten behoeve van de zoektocht naar de grenssituaties ten einde deze ter discussie te stellen. Volgens Björklund, Sarvimäki en Berg (2008: p.20-24) zijn de items die hierin urgent zijn zelfbeeld, existentie en zelfbeschikking. Volgens Van Regenmortel (2010: p.12-14) is tevens het in dialoog gaan met gelijkgestemde over deze items een gedaante van reflecteren. Specifieke voorbeelden die ze hiervan noemt zijn lotgenotengroepen en cliëntenorganisaties.

Actie verwijst in deze situatie naar de ontwikkeling en implementatie van strategieën ten aanzien van het reduceren van de macht van de beperkingen binnen de diverse leefgebieden/levensdomeinen. Door personen te laten *beleven* dat ze invloed kunnen uitoefenen op de beperkingen, kan er notie worden gegeven aan dat personen inderdaad instaat kunnen zijn om grenzen te verleggen waarmee de eigen macht/regie over het leven kan toenemen. Deze beperkingen kunnen dan mogelijk minder allesbepalend te zijn als de persoon dit eigenlijk gedacht had. Hoe deze strategieën inhoudelijk vormgegeven moeten worden, hangt logischerwijs in hoge mate af van de type beperkingen van een persoon. Het kan dus gaan om inzetten van middelen ten aanzien van het vergroten van de regie over het leven, maar kan tevens hieraan voorbijgaan zoals het gebruik van strategieën ter bevordering van het zelfmanagement.

Veelvuldig is een collectief proces urgent, waarbij personen elkaar helpen in de ontdekking van nieuwe opties en het verschuiven van grenzen. Volgens Freire (1980) is het precies de *collectieve ervaring* die bezieling geeft om de oude situatie los te laten en ervoor zorgt dat een persoon nieuwe stappen durft te maken. Hierin is het kunst om treden te klimmen in het realiseren van ambities die in het verleden als uitgesloten werden geacht. Concreet betekent dit dat een persoon de oude manier van leven en het zelfbeeld moet durven loslaten. Het betekent stappen uit de comfortzone en nieuwe paden bewandelen. Dit proces gaat niet vanzelf. Het vraagt om een professional die de persoon uitdaagt tot het maken van wenselijke stappen. Dit komt van touw door de verbintenis welke gecreëerd wordt wanneer een persoon zich in communicatie en interactie met andere zich verbinden ten behoeve van het behalen van een collectieve ambitie. Dit kan een fundament bieden waarin een persoon de wereld kan gewaarworden, als alternatief voor het zich aan de wereld aan te passen. Om dit te bereiken zal er sprake moeten zijn van wederzijds vertrouwen en een structurele continuerende dialoog tussen alle betrokkenen.

De uiteenlopende gedaantes van reflectie en actie zijn onder andere waarneembaar in de herstellbeweging. Zowel de realisatie van collectieve ontwikkeling als de creatie en implementatie van competenties om met symptomen om te gaan worden hierin urgent geacht. Volgens Boelvink (2008; 2009) is voor de applicatie van zelfmanagementstrategieën het belangrijk om de beperkingen van een persoon zoveel als mogelijk buitenspel te zetten. Zodoende is het volgens Boelvink (2009: p.19) mogelijk dat er gelegenheid ontstaat voor de eigen ambities, het construeren van het zelfvertrouwen en het ‘normale’ leven. Volgens Van Regenmortel (2010) is het collectief creëren van ervaringskennis, aan de hand van het openbaren van levensfragmenten, mede een urgente strategie om houvast te krijgen op de eigen beperkingen van een persoon, waardoor er veerkracht wordt geconstrueerd.

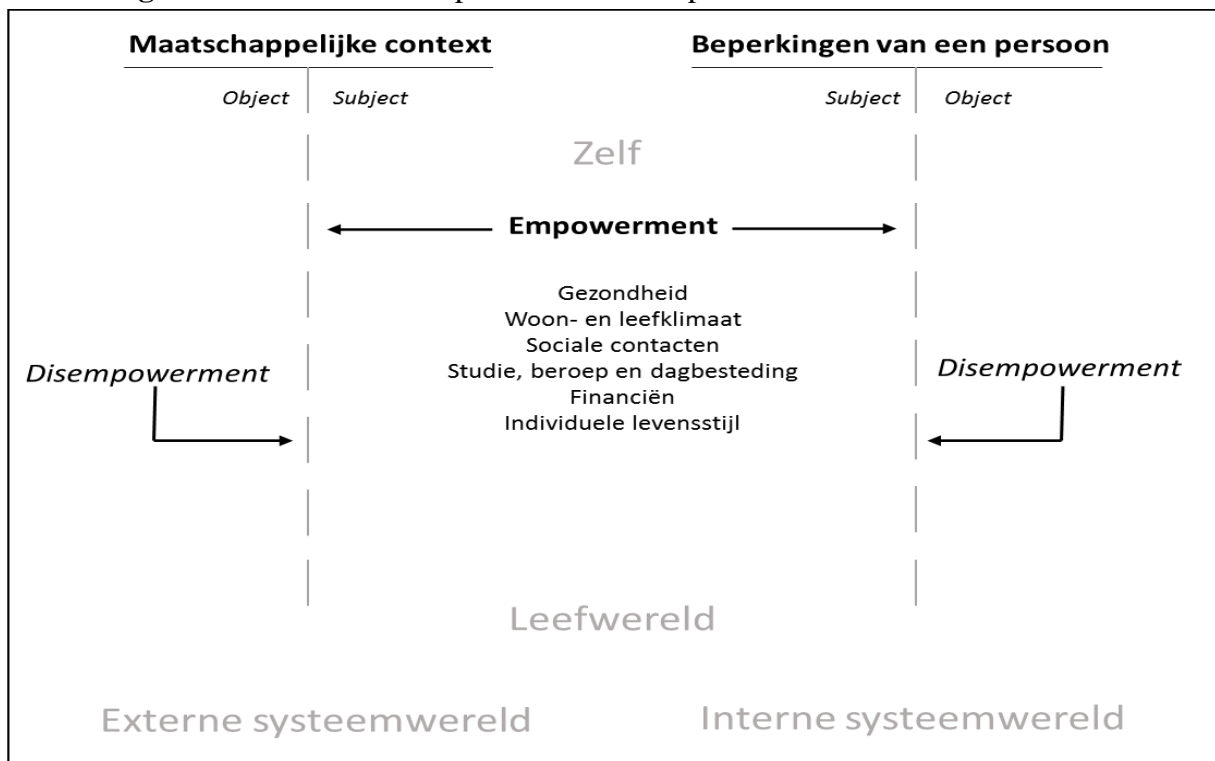
Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

Overeenkomstig aan de empowerment van personen om zich vrij te maken en zich te ontketenen aan een situatie waarin zij maatschappelijk onderdrukt worden, is een gevecht en solidariteit noodzakelijk ten behoeve van het afscheiden van de macht van de beperkingen van een persoon. Dit is een grillig proces. Overigens strekt het voorbij het persoon zelf, het concept vouwt zich uit van micro- en macroniveau.

De maatschappelijk onderdrukten personen waar de wortels van het empowermentconcept zich bevinden en de kwetsbare/beperkte personen waar het concept zich hedendaags op focust hebben het gemeenschappelijke kenmerk dat beide worden gelimiteerd in hun opties om subject te zijn, invloed te verrichten op de vormgeving van hun leven. De context is dus gewijzigd, echter is de kern van het concept gelijk gebleven, het betreft hedendaags het vergroten van de vormgeving van het eigen leven en het gevecht tegen systemen die barrières vormen voor de subject-ording. Bij kwetsbare personen betreft dit niet uitsluitend de maatschappelijke systemen maar tevens de systemen die zich ontvouwen uit de beperkingen van de een persoon.

Empowerment kan zodoende beschreven worden als een tweeledig proces: meer houvast realiseren, eigen kracht en zeggingskracht verruimen in het kader van de maatschappelijke situaties en over de beperkingen van een persoon zelf. Hierdoor kan het mogelijk worden de *leefwereld* toe te laten nemen waardoor de gelegenheid toeneemt waarbinnen 'het autonoom' als subject in correlatie met andere subjecten, gedaante en betekenis kunnen bieden aan het individuele leven. Dit komt tot openbaring in de leefgebieden/levensdomeinen. Het betreft dus de mate waarin een persoon als actor zijn leven regisseert en zodoende invloed verricht op de manier waarop hij/zij met de beperkingen enerzijds en maatschappelijke systemen anderzijds binnen de eigen situatie openbaart. Dit leidt tot afbeelding 2 zichtbaar op de volgende pagina waarin een schematische conceptualisatie van het empowermentconcept wordt weergegeven. Het representeert een visuele samenvatting het empowermentconcept.

Afbeelding 2: Schematische conceptualisatie van empowerment



Bron: deels ontleend uit Boumans 2016

* **Nota Bene:** het theoretische fundament van deze schematische conceptualisatie van empowerment is gebaseerd op de conceptuele relatie tussen de maatschappijtheorie en de persoonlijkheidstheorie zoals deze wordt geëxpliciteerd in de kritische theorie⁶.

Het kernpunt van afbeelding 2 is het besef dat personen om meer ‘subject-wording’ te realiseren in continuerend gevecht zijn met onderdrukkende elementen die zich bevinden in de binnen- en buitenwereld. Personen kunnen nooit volledig subject worden van hun maatschappelijke situatie. Economische en politieke condities alsmede de beeldvorming van de samenleving bepalen tevens voor een bepaald fragment de persoonlijke mogelijkheden. De gelegenheid voor het conditioneren van de maatschappelijke situatie is flexibel; er kan invloed op worden uitgeoefend. De gelegenheid kan hierdoor dus groter en kleiner worden. Dit geldt tevens voor de beperkingen van een persoon. Personen kunnen niet geheel hun eigen fysieke en mentale toestand bepalen. Ze zijn dus voor een deel altijd object aan deze beperkingen. De gelegenheid om eigen gezondheid te regelen is voor een persoon wel flexibel, deze gelegenheid kan dus groter of kleiner worden, naarmate een persoon mogelijkheden vindt om het effect van zijn beperkingen op zijn ageren te reduceren. Tevens is deze gelegenheid vatbaar voor invloed van buitenaf. Empowerment kan dus gezien worden als het groter maken van de gelegenheid waarbinnen een persoon invloed verricht over zijn leefgebieden/levensdomeinen. Wat dit concreet betekent en welke middelen hiervoor nodig zijn is voor ieder persoon dus verschillend.

2.5 Empowerment in verbinding met zorg

In de sectie hiervoor is een schematische conceptualisatie van empowerment weergegeven ten behoeve van het verhelderen van het concept. Nu is het mogelijk te toetsen hoe deze schematische conceptualisatie te converteren is naar de praktijk van de zorg en ondersteuning van de kwetsbare personen. Hoe is het mogelijk om processen van empowerment te bevorderen? Is het mogelijk om specifieke interventies aan te duiden welke passend zijn voor de stimulans van empowerment? In deze sectie wordt middels theoretische notie onderzocht welke rol de zorg- en welzijnssector heeft in verhouding met processen van empowerment.

2.5.1 Toekomen van empowerment middels interventies

In deze studie is empowerment gedefinieerd als meer ‘subject-wording’ van een persoon van zijn eigen leven, ofwel expansie van de leefwereld van de persoon. De leefwereld van een persoon met beperkingen is continue in ontwikkeling en dat is voor ieder individu anders. Concreet impliceert dit dat er geen eenzijdig bereidingsvoorschrift mogelijk kan zijn voor empowerment. Er kan dus geen gemakkelijke ambitie worden geformuleerd waarbij op (relatieve) rationele wijze het juiste middel voor geselecteerd kan worden. Dit weergeeft dus de complexiteit om empowerment direct te koppelen aan interventies. Volgens Van Beugen (1977: p.22-30) is de eigenschap van een traditionele interventie dat het een handeling betreft welke gefocust is op de beoogde beïnvloeding van een persoon ten einde een *ex ante* geformuleerde ambitie te bereiken. Een traditionele interventie moet daarom ook gezien worden als een instrument. Om

⁶ Zie: sectie 2.2.2 Individu en samenleving voor een benadrukking van de persoonlijkheidstheorie vanuit de kritische theorie.

interventies vanuit het communicatief ageren te bezien, is het cruciaal om de *context* te analyseren waarin de interventie zich bevindt. Als de selectie van ambities en hulpmiddelen van de beoogde interventie *ex ante* middels een open en machtsvrije dialoog tussen de persoon met beperkingen en de hulpverlener wordt beslist, dan doet zich een communicatieve situatie voor. Het subject selecteert zodoende de interventie en vertrouwt erop dat deze interventie kan voorzien in de expansie van zijn mogelijkheden tot ageren (in zijn leefwereld). Hierdoor wordt de interventie een onderdeel van de leefwereld van een persoon. Als de selectie van ambities en hulpmiddelen extern wordt opgelegd, zoals door de autoriteit van een hulpverlener of door de bestaande financiële en juridische reglementen, dan is het karakter van de context meer strategisch. De persoon incasseert de interventie en hierbinnen is er weinig keuzeruimte. Hiermee wordt de interventie een onderdeel van de systeemwereld van een persoon.

Vandaag de dag zijn er door diagnose-bereidingsvoorschrift modellen, reglementen en protocollen veel interventies aangeboden onder de beginselen van de marktwerking (Kal, 2010). De Zorgverzekeringswet⁷ reguleert en financiert vaststaande diagnose-behandel mogelijkheden, daarnaast wordt veel zorg/ondersteuning ‘achter de rug van de cliënt om’ – en in ‘schrijvende’ gevallen zelfs achter de rug van de hulpverleners om – beslist en vastgesteld zoals in de gedaantes van resultaatindicatoren en tijdsindicatoren (Kal, 2010). Als binnen deze studie op eenzelfde wijze een empowerment-interventie als protocol geduid wordt, dan gaat dit tegen de kern van het concept in. Concreet betekent dit dat het onwaarschijnlijk is dat een empowerment-interventie als protocol zal leiden tot de ‘*empowerende*’ ambities van een persoon, zelfs als het voorkomt uit een hartgrondige oprechte motivatie en bedoeling. Wat dus het *condicio sine qua non* is voor empowermentmethodieken, is een gefundeerde *consensus tussen subjecten bestaat met betrekking tot de ambities en methode* (ofwel het realiseren van een communicatieve situatie). In deze situatie wordt een persoon niet gedomineerd of object-wording gestimuleerd, maar wordt het persoon op zijn ‘subject-wording’ benaderd. Vanuit hier kan de zoektocht naar passende opties ten behoeve van het wijzigen van de huidige situatie van een persoon worden bekeken. Deze wijzigingen zijn niet gefocust op gelijkmaking of enkelvoudige adaptie van de persoon aan de maatschappij, maar richten zich op autonoom gekozen en wenselijke participatie. Volgens Kal (2010: p.2-6) behoeft dit van de maatschappij als geheel en de zorg- en welzijnssector een draagvlak om te weerspiegelen op de verlangens van normaliteit.

Met betrekking tot het stimuleren van empowerment lijkt een benadering vanuit de traditionele interventie ongeschikt. Als alternatief hiervoor moet er meer gefocust worden op opties ten behoeve van de creatie van communicatieve situaties. Empowerment is immers ook niet individueel, het betreft de expansie van de gelegenheid waarbinnen een persoon *in consensus met anderen* ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/levensdomeinen of wel in navolging van de termen van Habermas: de leefwereld realiseert. Een empowermentproces wordt zodoende bepaald door interactie met gelijkwaardige andere. Hierbinnen kunnen interventies een functie invullen. Desalniettemin staan niet de interventies maar het proces van de persoon in het middelpunt.

⁷ Zie Wetten.Overheid.nl en typ: Zorgverzekeringswet.
Directe link: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2016-01-01>

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

“Kracht is geen gegeven, maar wordt gecreëerd in de zichtbaar wordende praktijken waarbij co-learners betrokken zijn”. Heaney (1995: p.10)

Het bovenstaande citaat accentueert dat empowerment niet kan worden opgedragen, maar dat het zichzelf ontwikkelt in de context van *co-learners*. Van Regenmortel (2009: p.26-27) is het met citaat van Heaney eens en de strekking van haar artikel is: professionals kunnen andere niet meer ‘empowert’ maken, mensen dienen zichzelf te ‘empoweren’, de omgeving moet deze werking wel faciliteren door middel van een beroep te doen op de krachten van de betreffende en zijn omgeving, middels hulp- en steunbronnen aanspreekbaar te maken en openbaar te maken aan een ieder, in het specifiek voor kwetsbare personen of personen die schijnbaar ‘anders’ zijn. Dit vindt ook de connectie met Freire (1980) waaruit blijkt dat het aangaan van een *dialogo* een *condicio sine qua non* is voor empowerment. Empowerment gaat uit van een autonomiegrondbeginsel, maar dus niet in de zin van *zelfregie*, maar in de zin van *collectieve regie*. Ook al lijkt het in de eerste situatie paradoxaal dat hulp/ondersteuning noodzakelijk is of te praten over empowerment terwijl er sprake kan blijven van afhankelijkheid van de zorg/ondersteuning, is dit in het empowermentconcept echter niet het geval. Autonomie en samenhang inclusief afhankelijkheid zijn dus geen contradicties maar gaan samen.

2.5.2 De functie van de zorg: het begeleiden en mogelijk maken van het empowermentproces

De primaire eigenschap van empowerment is, zoals uit de voorgaande sectie naar voren kwam, dat de persoon zelf in het middelpunt staat van het empowermentproces. Het betreft de expansie van de leefwereld van een persoon en het aanknopen van een dialoog waarmee het verder reikt dat het individuele niveau. Het betreft personen die, of ze beperkt zijn of niet, hun leven willen in vullen. Om hieraan te kunnen voldoen is de functie van de zorg- en welzijnssector aansluiting te vinden in de leefwereld van het betreffend persoon. Concreet betekent dit het *faciliteren* van een empowermentproces van een persoon doormiddel van condities te distilleren en een omgeving te scheppen waarbinnen individuele en collectieve empowermentprocessen gerealiseerd kunnen worden. Dit benodigd dus een integrale aanpak en is dus meer dan de som der delen⁸.

Het verschaffen van ondersteuning

Het is mogelijk dat hulpverleners op individueel of collectiefniveau begeleiding kunnen verschaffen bij een proces van reflectie en actie, voor het verwerven empowermentervaringen en bij het meester worden van de acceptatie van de beperkingen. Voor iedere groep kwetsbare personen en zelfs voor iedere persoon afzonderlijk ziet de betekenis van hulpverleners er verschillend uit. Maar in ieder geval is de *attitude* van de hulpverlener en de methode waarop een interventie wordt ontplooid van cruciale waarde. Het verbinden met de leefwereld van een persoon impliceert in de essentie dat er collaboratieve relaties noodzakelijk zijn waarbij een hulpverlener niet te veel stuurt maar dichtbij is en belanghebbend ageert. Dit betitelt Van Regenmortel (2008: p.12) als ‘*inleggen*’ en ‘*bijvoegen*’. Dit betekent volgens haar concreet: oprechte toewijding, betrokkenheid, presentie, consideratie, samenwerking, het aanspreken van het doorzettingsvermogen en steunbronnen van de zorgbehoevende en dialoog toegespitste participatie

⁸ In Hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.4 het Rotterdamse arrangementenmodel komt de integrale aanpak van de gemeente Rotterdam naar voren en wordt hier theoretisch bekrachtigd.

als grondslagen van het begeleiden van empowerment. Bevestiging van en bezinning in ervaringskundigheid en de collaboratie met ervaringsdeskundigen krijgt hierin een centrale plek. Volgens Van Regenmortel (2010: p.21-24) is het mogelijk dat ervaringsdeskundigen middels een dialoog de onwetendheid met de leefwereld van personen met beperkingen kan reduceren (de *'missende schakel'*) en zodoende het zorg/ondersteuningsaanbod beter laten corresponderen op de zorgbehoefte.

Mogelijk maken en kwartiermaken

Vanuit de zorg- en welzijnssector kan er worden gestimuleerd aan het mogelijk maken van empowermentprocessen door gelegenheid te verwezenlijken voor een expansie van de opties tot ageren van een persoon. Deze gedaante van *'empowerend'* functioneren reikt zich uit van micro- meso- en macroniveau. Het mogelijk maken van empowermentprocessen focust zich op de expansie van de autonome en collectieve regie van personen, door het verwezenlijken van een gelegenheid om autonoom invulling te geven aan het leven. Dikwijls impliceert dit er een maatschappelijke klimaat verwezenlijkt dient te worden waarin reële, zinnige en uitvoerbare mogelijkheden voor het ageren van een persoon in diens leefgebieden/levensdomeinen ontstaan. De expansie van de aanvaarding van het *'anders zijn'* en het verhinderen van processen van uitsluiting zijn hierin cruciale punten voor zorg. Kal (2010) beschrijft in zijn boek dat kwartiermaken staat voor de opdracht welke een solidaire maatschappij nastreeft. De samenkomst tussen personen kan een stimulans geven aan de subject-wording. Middels het reduceren en wegnemen van barrières, het verwezenlijken van solidaire *niches* en reduceren van de negatieve afbeelding kan de samenkomst worden mogelijk gemaakt.

Integrale aanpak: meer dan de som der delen

Voor het begeleiden en mogelijk maken van empowermentprocessen zal in dialoog met personen met beperkingen moet worden geanalyseerd of en welke wijzigingen mogelijk en gewenst zijn en hoe deze wijzigingen gerealiseerd kunnen worden. Dit benodigd een uiteenlopende aanpak en het laten vieren van te nauwgezette gedachtepatronen. Het klassieke medische model is enkelvoudig gericht op beperkingen en behandeling en is daarmee onvoldoende voor het bereiken van empowerment. Desalniettemin, een aanpak die tegen het traditionele medische model in druist, door zich uitsluitend te richten op krachten en mogelijkheden als alternatief voor beperkingen, heeft het gevaar dat er te karig bevestiging wordt gegeven aan en beleid geboden wordt voor omgang van de beperkingen van een persoon. Dit vraagt om een *koppeling* tussen medische wereld en de wereld van de bestuurskunde (en overige sociale wetenschappen). De medische aanpak moet worden vergroot met kennis en inzichten uit academisch bestuurskundigonderzoek (en sociale wetenschappen). Concreet wordt hier bedoeld het includeren van het kwartiermaken, herstellenden, systeemdenken en het competentie gefocust denken in de medische wereld. Hierin hoort, in het kader van het *'empowerend'* te werk gaan, volgens Van Beugelen (1977: p.55-62) de bevestiging van zowel de drivers als de barrières die in een individuele-situatieconfiguratie, het omgaan met de invloed met beperkingen, het aanspreken van perspectieven, het hanteren van steun- en hulpmiddelen en van hulp- en krachtbronnen in het individu zelf alsmede in zijn/haar omgeving om de balans tussen draagkracht en draaglast te repareren en de expansie van de individuele competenties om autonoom de eigen leefomstandigheden te kunnen besturen. Door het verbinden van deze twee modellen wordt er een integrale

aanpak verwezenlijkt die de zelfregie van een persoon kan doen toenemen. De waarde van deze verbinding zit in het speerpunt gefocust op mogelijkheden buiten de onderkenning van de problematiek van een persoon.

2.5.3 Dialoog: een complexe aangelegenheid

Het grondprincipe voor de stimulans van empowerment is gebaseerd op het ondernemen van een dialoog. De zorg- en welzijnssector moet worden uitgedaagd om een werkelijke communicatieve situatie te verwezenlijken en het tegengaan van schijncommunicatie, waarin communicatief ageren slechts een cocon is van strategisch ageren. Desalniettemin is de lijn in de praktijk tussen strategische en communicatieve ambities vaag en lopen ze door elkander heen.

Het verwezenlijken van een dialoog kan niet uitsluitend worden gehinderd door onderliggende strategische drijfveren van de zorg/ondersteuning, tevens is het mogelijk dat er situaties voordoen waarbij de beperkingen van een persoon dusdanig in de leefwereld interfereert dat er amper ‘subject’ is om een dialoog te starten. Immers dient een persoon om subject te zijn autonoom te kunnen bepalen wat zijn/haar ambities zijn en welke steun- en hulpmiddelen noodzakelijk zijn voor het realiseren van deze ambities. Echter als de beperkingen van een persoon dusdanig dominant zijn, behoort dit niet (altijd) tot de mogelijkheden. In deze situatie wijzigt de functie van de zorg- en welzijn professional, er dienen eerst condities worden verwezenlijkt voor het ondernemen van een dialoog.

Als deze dominantie niet herkend en bevestigd wordt, dreigt de valkuil dat een persoon niet meer subject wordt en daarmee niet meer macht en regie krijgt, maar de beperkingen. Een *exempli gratiā*: de ‘waarheid’ voor een cocaïne verslaafde ligt gekoesterd in het gebruik van deze verdovende stof. Als deze persoon geconfronteerd wordt met keuzevrijheid, dan is het waarschijnlijk dat dit persoon doorgaat met het gebruik van cocaïne om zijn verslaving te voeden. Het is in dit geval dan niet het subject dat wat aan de beïnvloeding van empowerment onderhevig is, maar de cocaïneverslaving. Kortom: als de condities voor een dialoog met dit persoon ontbreken, is het mogelijk dat oprecht goed bedoelde interventie niet het gewenste effect bereiken of zelfs kunnen ontvouwen in een averechts effect. *Zorg- en ondersteuningsprofessionals functioneren niet uitsluitend in empowerment maar tevens in de voorbereiding van dit proces.*

Wellicht ligt hier dus het meest complexe element van empowerment. Immers kan in de praktijk bijna niemand zich compleet ontbinden aan zijn eigen beperkingen. Dit is dus wederzijds met elkaar verweven. Dit vormt een barrière voor de formulering van ambities en het ondernemen van een dialoog. Een dialoog kan dus gezien worden als een ideaaltypisch instrument. Van der Laan (1991) behandelt deze tweestrijd uitvoerig in de context van maatschappelijk hulpverlener. Een maatschappelijk hulpverlener heeft systematische aanknopingspunten nodig om de condities voor de dialoog te verwezenlijken. Dit verandert dan in een gedaante van strategisch ageren met een communicatieve ambitie. Dusdanig ageren kan worden beperkt als de persoon zelf daar *ex ante* of *ex post* aan toestemt. Hieruit wordt helder dat zodoende een ‘grijs’ gebied wordt verwezenlijkt waarbij diverse strategische interventies mogelijk worden gerechtvaardigd onder het motto: ‘het belang van de persoon’. De strekking van het artikel van Van der Laan (1991) is dat deze referentie naar ‘het belang’ onvoldoende is. Juist in dialoog tussen subjecten is het mogelijk de communicatieve situatie te repareren. Dit behoort uitsluitend

tot de mogelijkheden als een persoon überhaupt het vermogen bezit om als subject te acteren binnen zijn levenssituatie. Dit wordt gecompliceerd door het gegeven dat het soms ingewikkeld is uit te maken in de mate waarin subject tot subject contact tot de mogelijkheden behoort en daarnaast is het niet ten alle tijden duidelijk wat te wijzigen valt (en wat niet).

In andere woorden: er ligt een complexe uitdaging voor de zorg en welzijn professional om een situatie te verwezenlijken waarbij een dialoog mogelijk is en het proces van empowerment kan starten. Binnen het communicatief ageren zijn zo weinig als mogelijk strategische ambities geformuleerd (al dan niet ‘geconcreetiseerd’ in een communicatieve mantel), echter dient er in sommige situaties wel strategisch geageerd worden (zowel ten aanzien van de aanwezige systemen in de buitenwereld als in de binnenwereld), alvorens de condities present zijn voor de dialoog.

2.6 Het decentrale beleid: *het toetsen van een beleidstheorie*

Een onderzoek naar *effectiviteit* conformeert zich op de overlap van het beleid en de deelpopulatie van de maatschappij waarop het beleid betrekking heeft. Wat geëvalueerd wordt is het beleid. De beoordeling van het beleid vraagt dus opheldering van hoe het te evalueren beleid eruitziet. Daarnaast dienen de effecten in het beleidsveld bij een onderzoek naar de effectiviteit van het beleid worden *beoordeeld*. Hiervoor is het urgent te beschikken over inzicht van het *beleidsveld*. Bovendien staat bij onderzoek naar effectiviteit van het beleid de verhouding tussen indicaties binnen het beleidsveld en het beleid zelf in het middelpunt.

Naast de sociaalwetenschappelijke theorieën over *empowerment* kan dus tevens de beleidstheorie uit de beleidspraktijk gebruikt worden als evaluatietheorie (Bressers & Hoogerwerf, 1995: p.60). Hierbij kan evaluatieonderzoek beschouwd worden als het toetsen van de *veronderstellingen* welke als fundament aan een bepaald beleid ten grondslag liggen.

2.6.1 De beleidsevaluatie als *appreciëren van een beleidstheorie*

Ieder beleid focust zich op een *beleidsveld*; een vastgestelde deelpopulatie van de samenleving. De strekking van het beleid is moeilijk te begrijpen zonder inzicht te verwerven in de verhoudingen en processen binnen het beleidsveld, waarop dit beleid betrekking heeft (Hoogerwerf, 1984; Leeuw, 1993; Patton, 2008; Walraven, 1991).

Deze sociaalwetenschappelijke studie is *toetsend* van aard.⁹ Dit impliceert dat getracht wordt de *veronderstellingen* waaruit een theoretisch fundament is geconstrueerd getoetst wordt aan de werkelijkheid. Kortom: de veronderstellingen worden onderzocht op hun empirische aanhoudendheid en duurzaamheid.

In evaluatieonderzoek worden volgens Hoogerwerf (1989) en Leeuw (1993) naast de veronderstellingen ontleed uit de wetenschap tevens veronderstellingen uit de beleidspraktijk getoetst. Een onderzoek naar de doeltreffendheid (*effectiviteit*) van het beleid toetst dus de veronderstelling dat een bepaalde ambitie als consequentie van de uitvoering van een bepaald beleid dan wel het implementeren van een bepaald middel is toegekomen. In andere woorden: het

⁹ Zie hoofdstuk 1 Inleiding, sectie 1.2 Ambitie van deze studie.

gaat dus om het toetsen van de veronderstellingen welke fundamenteel aan het beleid ten grondslag liggen.

De verzameling van veronderstellingen van een actor dat aan het beleid ten grondslag ligt, wordt geduid als de beleidstheorie van deze actor (Walraven, 1991). Dit heeft dus betrekking op een non-wetenschappelijke theorie. Het betreft een theorie uit de beleidspraktijk die overigens wel partieel gedestilleerd kan zijn uit wetenschappelijke inzichten (Bressers & Hoogerwerf, 1995).

Het identificeren en bekritisieren van veronderstellingen die fundamenteel aan een bepaald beleid ten grondslag liggen, is van wetenschappelijk belang, omdat volgens Leeuw (1993), Hoogerwerf (1989) en Patton (2008) het de bewustwording creëert in de empirische aanhoudendheid en duurzaamheid van de huidige bestuurlijke interpretaties van de legitieme gezaghebbers. Desalniettemin is het urgent voor de beleidspraktijk, omdat volgens Bressers en Hoogerwerf (1995: p.62) veel beleidsfalen – hier geïnterpreteerd als het niet realiseren van de beleidsambities – althans fragmentarisch verklaard kan worden doordat beleid met enige regelmaat berust op onjuiste veronderstellingen.

Een beleidstheorie heeft betrekking op veronderstellingen over verhoudingen tussen verschijnselen. De verhoudingen waarop de veronderstellingen binnen een beleidstheorie aan relateren zijn volgens Hoogerwerf (1984; 1989) driedelig van aard: (1) verhoudingen tussen ambities en middelen (*finale relaties*), (2) tussen oorzaken en gevolgen (*causale relaties*) en (3) tussen fundamentele en normen mutueel dan wel fundamentele en normen aan de ene kant en aanwezige of aannemelijke situaties aan de andere kant (*normatieve relaties*). De normatieve relaties komen volgens Bressers en Hoogerwerf (1995) onder andere tot uiting in de uitbeeldingen van problematiek. Immers is een probleem een contrast tussen een norm en een voorstelling van een situatie.

De veronderstellingen waaruit de beleidstheorie op geconstrueerd is kunnen relateren aan het beleid zelf, maar tevens op het beleidsproces, de beleidsorganisatie en het beleidsveld (Bressers & Hoogerwerf, 1995: p.62). Ten opzichte van ieder van deze terreinen en hun wederzijdse verhoudingen kan de beleidstheorie bestaan uit veronderstellingen over *causale, finale* of *normatieve relaties*.

Een beleidstheorie heeft altijd betrekking op bepaald beleid van een bepaalde actor (een individu of organisatie). Bijvoorbeeld kan men praten over de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam, cluster Maatschappelijke Ondersteuning.

2.7 Conclusie

In dit theoretisch kader is een *capita selecta* oriëntatiereis gehouden naar het hart van het concept empowerment. Ten eerste is de aanvankelijke betekenis van empowerment gedeponneerd binnen de kritische theorie en gedefinieerd als het ‘toenemen van subject zijn’ van een persoon met betrekking tot hun levensomstandigheden. Concreet betekent dit: het is gefocust op het wijzigen van *status quo* van bepaald worden naar eigen regie (ofwel zelfbepaling), het in bezit hebben van reële handelingsopties om het eigen leven autonoom en collectief vorm te geven. Dit sluit aaneen met een gevecht tegen onderdrukkende systemen welke de potentie hebben om invloed te bewerkstelligen op het limiteren van de vormgeving van het leven. Ten tweede is er tussentijds geconcludeerd dat het empowermentconcept door de jaren heen is verplaatst uit de

context van de oppositiebewegingen naar de kern van het Nederlandse zorgbeleid. Hierbinnen lijkt de ambitie van empowerment hand-in-hand te gaan met ambities in het kader van kostenreductie. Er is uiteengezet dat empowerment van personen met beperkingen niet vanzelfsprekend resulteert in minder zorgafhankelijkheid (en kostenreductie). De individuele zelfredzaamheid is niet de ambitie van empowerment. Primair betreft het grenzen te verleggen tussen bepaald worden en eigen regie. Zelfs als een persoon afhankelijk is van anderen voor zorg/ondersteuning, is het mogelijk de *status quo* te verschuiven naar meer eigen regie. Zorgafhankelijkheid en het empowermentconcept zijn dus niet per definitie met elkaar in gevecht. Het is een illusie om te *verwachten* dat personen met beperkingen door empowerment minder zorg/ondersteuning nodig zouden hebben. Ten derde is weergegeven dat ‘subject-wording’ van de levensomstandigheden voor personen met beperkingen een tweeledig proces betekent. Binnen het empowermentproces moeten kwetsbare personen niet uitsluitend het gevecht aangaan tegen maatschappelijke systemen die hen frustreren om de regie te nemen over het eigen leven. Tevens moeten zij het gevecht aangaan tegen barrières die het resultaat zijn van de beperkingen zelf. De ambitie is meer macht in de praktijk kunnen brengen over de leefgebieden/levensdomeinen. Ten vierde is er gekeken naar hoe op basis van de theorie onderzocht kan worden hoe empowermentprocessen in de zorg- en welzijnssector kan worden gestimuleerd. Hieruit bleek dat empowerment niet is op te leggen dan wel te realiseren is met ‘traditionele’ interventies. Als alternatief hiervoor ligt de functie van de zorg- en welzijnssector bij het mogelijk maken van empowerment door condities te destilleren, barrières weg te nemen en/of te reduceren en *werkelijk* contact te leveren. De sector heeft de complexe uitdaging de tegenstellingen (dilemma’s en paradoxen) die het empowermentconcept in zich meeneemt te verslaan. Ten vijfde is omschreven dat ieder beleid bestaat uit veronderstellingen waaruit een *beleidstheorie* geconstrueerd kan worden. Deze kan relateren aan het beleid zelf, maar tevens aan het beleidsproces, de beleidsorganisatie en het beleidsveld. Tegenover ieder van deze terreinen en hun wederzijdse verhoudingen kan de beleidstheorie bestaan uit veronderstellingen over *causale, finale of normatieve relaties*.

Empowerment, beleidstheorie en deze studie

Er is verhelderd dat de ‘traditionele’ interventies, een *instrument* om een *ex ante* geformuleerde ambitie te realiseren, en empowerment niet automatisch aan een sluiten. Door de theorie van Habermas uit Meulen (2006) en Kunneman en Van Luijk (1983) bij deze studie te betrekken is het nu meer helder waarom een systematisch overzicht naar empowermentinterventies zeer lastig gerealiseerd kan worden. Immers is de ambitie hierin de zoektocht naar interventies die *algemeen* meer empowerment kunnen realiseren. Hierbij wordt er dus minder gefocust op de context van de interventie, maar wordt er hypothetisch vanuit gegaan dat ‘*empoweren*’ een intrinsiek kenmerk is van de interventie. Weliswaar weergeeft de theorie dat het afhangt van het individu en de context waarin de interventie zich manifesteert en geselecteerd is of een interventie een ‘*empowerende*’ werking heeft. Een empowermentambitie kan voor eenieder en voor iedere situatie verschillend zijn. Dit vormt complexiteit; *iedere* interventie kan dus mogelijk een ‘*empowerend*’ effect hebben en *iedere* interventie kan mogelijk tevens een ‘*disempowerend*’ effect hebben.

Door de analyse van de gevonden academische artikelen in het kader van het schrijven van deze literatuurstudie is gebleken dat het empowermentconcept sterk varieert, omdat iedere

auteur het concept verschillend operationaliseert om er iets gangbaars mee te verwezenlijken. Hiermee wordt concreet bedoeld: een algemene aanpak wat op een instrumentele wijze en op individueel niveau, veelal gescheiden van de sociale context, getoetst kan worden. Het resultaat hiervan is dat vele van deze geselecteerde academische artikelen onvoldoende te vergelijken zijn vanwege het herhaaldelijk gebruiken van een andere selectie van centrumambities van de interventie. De interventies zijn doeltreffend (*effectief*) of niet, echter is het onbekend wat het zegt over empowerment. Want hebben deze geselecteerde interventies plaatsgevonden binnen een communicatieve context? Sluiten de geselecteerde interventies aan bij de individuele en collectieve empowermentambities?

Als de onderzoeksopzet forceert om empowerment *ex ante* te operationaliseren en te beslissen welke ambitie dit dient te hebben, wordt de essentie van het concept al aangetast. Desondanks moet hier de stap worden gezet van de theorie naar de praktijk van de gemeente Rotterdam. Tenslotte is de ambitie notie te verschaffen over hoe het Rotterdamse arrangementenmodel empowerment kan stimuleren ten einde de vooruitgang of beperken van achteruitgang van WMO-cliënten te verklaren op de zelfredzaamheid-matrix en hoe de empirische houdbaarheid van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam zich hierop verhoudt.

Hierdoor wordt de focus gewijzigd van interventies met een ‘algemeen’ ‘*empowerend*’ effect naar *methodiek van opereren*; het bereiken van communicatieve contexten en uitvoeringen en handelwijzen waarbij de principes van het empowerment-denken zijn geïncorporeerd. In hoofdstuk 3 Methodologie worden zodoende op basis van deze theoretische *capita selecta* oriëntatiereis de gedestilleerde principes van de empowerment en beleidstheorie concepten ge-operationaliseerd voor sociaalwetenschappelijke *empirische* toetsing.

3. METHODOLOGIE

3.1 Theorie en hypothesen

3.2 Definiëren

3.2.1 Definities van kenmerken: *wat*

3.2.2 Definities van onderzoekseenheden: *wie*

3.2.3 Definities van tijd en plaats: *wanneer en waar*

3.3 Operationaliseren

3.3.1 Operationaliseren van kenmerken: *empowerment*

3.3.2 Operationaliseren van kenmerken en onderzoekstrategie van de beleidstheorie: *reconstructie en de evaluatie van de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam*

3.4 Onderzoeksstrategie

3.4.1 Kwantitatieve component van deze studie: *prestatiemeting*

3.4.2 Kwalitatieve component van deze studie: *het verklaren van processen*

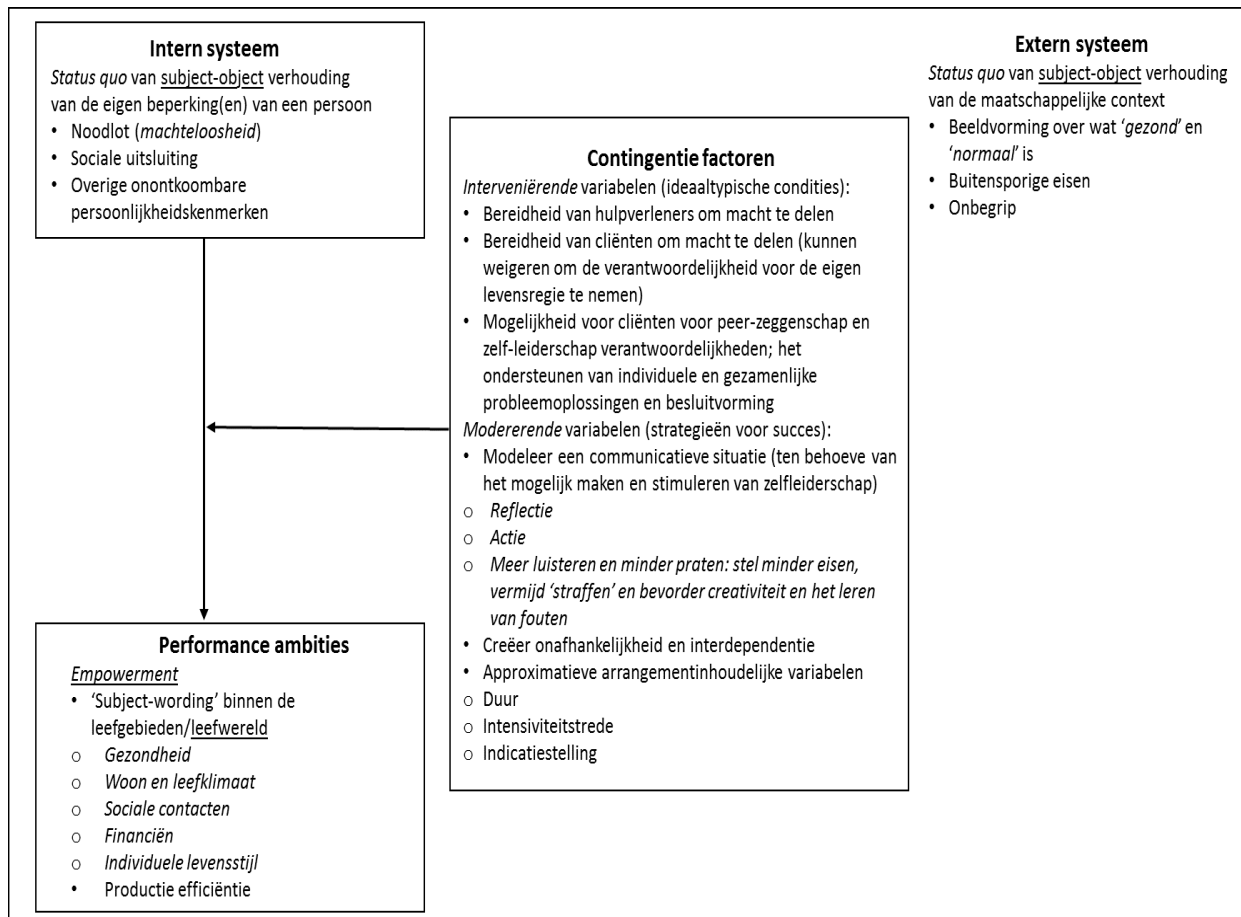
3. Methodologie

In het vorige hoofdstuk is een theoretische oriëntatiereis gehouden naar het hart van het empowerment concept en het hart van de beleidstheorie. Hieruit is een samenhangend stelsel van uitspraken gedestilleerd, waarmee getracht wordt het empowermentproces en de beleidstheorie te beschrijven, te verklaren en te voorspellen. Zodoende biedt het vorige hoofdstuk een overkoepelend kader waarbinnen deze studie heeft kunnen plaatsvinden en naar aanleiding waarvan specifieke hypothesen opgesteld en getoetst kunnen worden. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de toegepaste strategieën en procedures bij het ontwerpen van en de dataverzameling in deze sociaalwetenschappelijke *empirische* studie. Aan de orde komen onder andere: variabelen op verschillende aggregatieniveaus, operationaliseren en meten, databronnen en de toegepaste researchstrategie.

3.1 Theorie en hypothesen

De wijze waarop de empowermenttheorie in dit onderzoek is benaderd is als een *deductief-nomologisch model* (Hempel, 1965). (Dit is overeenkomstig met de *deductieve fase* uit de *empirische cyclus*). Echter zijn er om specifieke hypothesen te kunnen afleiden uit algemene uitspraken van de empowermenttheorie wel enige *assumpties* benodigd geweest. Afbeelding 3 weergeeft het causale-keten model van empowerment, dit model is de kern van deze studie.

Afbeelding 3: Causale-keten model van empowerment



Nota bene: een important kenmerk van verklaringsmodellen binnen de sociale wetenschappen is dat de verschillende uitspraken binnen een generiek causale-keten model niet altijd deterministisch zijn, daarom zijn de relaties in dit onderzoek (eerder) beschouwd als probabilistisch.

Binnen dit model is de vertaalslag gemaakt van abstracte begrippen naar concrete meetbare begrippen. Naast de algemene uitspraken die de basis vormen voor de empowermentconceptualisatie van dit onderzoek bevat het causale-keten model tevens een aantal uitspraken die minder centraal staan binnen de theorie, maar die wel urgent zijn voor de geldigheid van de afleidingen. Het *explanandum* is de afhankelijke variabele ‘*performance ambitions*’. Deze performance ambitions zijn het bewerkstelligen van empowerment waardoor een doeltreffende (*effectieve*) productie mogelijk kan worden gemaakt. De onafhankelijke variabele ‘*intern systeem*’ bestaat uit de toestand van het machtssevenwicht van de beperking(en) die een individu ervaart. De ‘*contingentie factoren*¹⁰’ hebben invloed op het proces van de onafhankelijke variabele naar de afhankelijke variabele. Deze invloed is tweeledig: (1) de interveniërende variabelen weergeven de intentionele ideale condities en (2) de modererende variabelen weergeven de intentionele strategieën voor succes voor het empowermentproces (en dus productie doeltreffendheid). Dit gehele proces speelt zich af binnen het ‘*externe systeem*’ wat de context variabelen weergeeft en welke tevens van invloed zijn op het empowermentproces.

3.2 Definiëren

Ieder begrip uit afbeelding 3 is binnen dit onderzoek voorzien van een duidelijke definitie en aanpak hoe dit begrip onderzoekbaar is gemaakt.

3.2.1 Definities van kenmerken: wat

Intern systeem

Definitie: de ervaren status quo van de subject-object verhouding van de eigen beperkingen.

Extern systeem

Definitie: de ervaren status quo van de subject-object verhouding van de maatschappelijke context.

Contingentie factoren

Definitie: ideaaltypische condities en strategieën voor succes voor het bewerkstelligen van empowerment (en productie efficiëntie).

Performance ambitions

Definitie: ‘subject-wording’ binnen de leefwereld van een cliënt waardoor de productie efficiënt is.

3.2.2 Definities van onderzoekseenheden: wie

De academische theorie heeft betrekking op de doelpopulatie. De doelpopulatie is in dit onderzoek de (O)GGZ-cliëntgroep van de gemeente Rotterdam. De gemeente Rotterdam definieert

¹⁰ De verschijning en het succes van iedere variabele van de *contingentie factoren* hangen sterk af van de (sociale en politieke) omstandigheden. Dit betekent dat de bruikbaarheid van het empowermentconcept voor de vorming van zorg- en ondersteuningsinterventies afhankelijk is van de ‘passendheid’ tussen de specifieke variabele en de context.

deze groep als: “zowel (zwerf) jongeren van 18 tot 23 jaar als volwassenen – onder wie dak- en thuislozen vanaf 23 jaar met (O)GGZ-problematiek”¹¹. Voor deze specifieke groep zijn er ‘sluitende ketens’ opgebouwd voor opvang en beschermd en begeleid wonen. In termen van aantallen bestaat deze groep uit circa 5.800 personen.

3.2.3 Definities van tijd en plaats: wanneer en waar

Alhoewel fundamenteel onderzoek een zeker universele pretentie heeft vindt deze sociaalwetenschappelijke *empirische* studie plaats op een specifieke plaats en tijd en in een specifieke maatschappelijke context. Het onderzoek gaat over de (O)GGZ-cliëntgroep in de gemeente Rotterdam, een van de vier grote gemeenten in Nederland aan het begin van de eenentwintigste eeuw tot anno 2016. De pretentie is niet aanwezig dat de resultaten van dit onderzoek gelden voor alle (O)GGZ-cliëntgroepen in de overige Nederlandse gemeenten en in alle tijden.

3.3 Operationaliseren

Intern systeem, extern systeem, contingentie factoren en performance ambities zijn constructies die een plaats hebben binnen de empowermentconceptualisatie van dit onderzoek om een reeks verschijnselen beter in hun samenhang te kunnen begrijpen en verklaren. Binnen deze sectie wordt specifiek aangegeven hoe de begrippen uit afbeelding 3 worden gemeten. Dit onderzoek beschouwd, in navolging van De Groot (1961), de operationalisering niet geheel dekkend voor het gehele construct. Hierdoor hebben de constructen dus een *surplusbetekenis*. Zodoende kunnen ze op diverse wijze worden geoperationaliseerd. In het volgende deel van dit hoofdstuk wordt dezelfde volgorde aangehouden als bij de vorige sectie definiëren. Allereerst wordt ingegaan op het operationaliseren van kenmerken van eenheden. Vervolgens wordt er verder ingegaan op de operationalisering van onderzoekseenheden.

3.3.1 Operationaliseren van kenmerken: empowerment

Voor het meten van empowerment zijn er diverse vragenlijsten gedestilleerd om (fragmenten van) de effecten van de onttrokken variabelen en gedragskenmerken ten behoeve van de ontwikkeling van empowerment van WMO-cliënten zoals in beschreven in het vorige hoofdstuk, te onderzoeken. Deze onttrokken variabelen en gedragskenmerken uit zich in methodieken en praktijken in de vorm van een arrangement (ofwel interventie). De Nederlandse Empowerment Vragenlijst (hierna: NEV) ontwikkeld door Boevink, Kroon en Giesen (2009: p.1-7) is een van deze vragenlijsten. De NEV bestaat uit veertig items, uiteenlopend over de volgende onderwerpen: professionele hulpverlening/ondersteuning, sociale ondersteuning, eigen wijsheid, erbij toebehoren, zelfmanagement en toegewijde gemeenschap. De NEV is getoetst onder gemêleerde verzameling aan (O)GGZ-cliënten. Deze items vormen de basis voor de operationalisering van kenmerken binnen deze studie.

¹¹ Gemeente Rotterdam (2015). *Eerder Thuis - Actieprogramma (O)GGZ | 2015 – 2018*. Rotterdam: Maatschappelijke Ontwikkeling.

Items per construct

Intern systeem (met incorporatie van gemeten variabelen vanuit het externe systeem)

Items: (1) de perceptie over in hoeverre de samenleving rekening houdt met mensen met een handicap, (2) de perceptie over in hoeverre mensen om de cliënt heen hem/haar accepteren, (3) de perceptie over in hoeverre de omgeving van de cliënt hem/haar een luisterend oor biedt, (4) de perceptie over in hoeverre mensen om de cliënt heen hem/haar nemen zoals hij/zij is, (5) de perceptie over in hoeverre in onze samenleving mensen met een handicap voor vol worden aangezien, (6) de perceptie over in hoeverre mensen van wie de cliënt houdt hem/haar ondersteunen, (7) de perceptie in hoeverre de samenleving de rechten van de cliënt als burger respecteert, (8) de perceptie over in hoeverre de samenleving sociale zekerheid biedt aan mensen met een handicap, (9) de perceptie over in hoeverre de cliënt een goede verstandhouding met mensen om hem/haar heen heeft, (10) de perceptie over in hoeverre de samenleving ruimte maakt voor de manier van meedoen van de cliënt, (11) de perceptie over in hoeverre in onze samenleving mensen met een handicap niet worden gediscrimineerd, (12) de perceptie over in hoeverre de cliënt kan terug vallen op de mensen om hem/haar heen, (13) de perceptie over in hoeverre er sprake is van machteloosheid over de situatie van de cliënt en (14) de perceptie over in hoeverre overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken de cliënt belemmeren.

Contingentie factoren

Items: (1) de perceptie over in hoeverre de hulpverlener en cliënt een goede samenwerkingsrelatie hebben, (2) de perceptie over in hoeverre de hulpverlener uit gaat van de mogelijkheden van de cliënt in plaats van de beperkingen, (3) de perceptie over in hoeverre de hulpverlener er is als de cliënt dat nodig heeft, (4) de perceptie over in hoeverre de cliënt beslist hoe hij/zij de baas wordt over zijn/haar leven, (5) de perceptie over in hoeverre de cliënt passende ondersteuning krijgt als dit nodig is, (6) de perceptie over in hoeverre de cliënt de wil heeft om verder te gaan, (7) de perceptie over in hoeverre de cliënt durft om hulp te vragen, (8) de perceptie over in hoeverre de cliënt zijn/haar ervaringen kan delen met andere met gelijksoortige ervaringen, (9) de perceptie over in hoeverre de hulpverlening aansluit bij het leven van de cliënt, (10) de duur van de beschikking van een arrangement, (11) de intensiviteitstrede van een arrangement en (12) de indicatiestelling van de cliënt.

Performance ambities

Items: (1) de perceptie over in hoeverre de cliënt het gevoel heeft iets te kunnen betekenen voor iemand anders, (2) de perceptie over in hoeverre de cliënt voldoening haalt uit wat goed gaat, (3) de perceptie over in hoeverre de cliënt wel raad weet met de problemen die op zijn/haar weg komen, (4) de perceptie over in hoeverre de cliënt structuur in zijn/haar leven heeft, (5) de perceptie over in hoeverre de 'patiëntrol niet meer centraal staat in het leven van de cliënt, (6) de perceptie over in hoeverre de cliënt weet waar hij/zij goed in is, (7) de perceptie over in hoeverre de cliënt het gevoel heeft dat hij/zij ergens bij hoort, (8) de perceptie over in hoeverre de cliënt een doel in zijn/haar leven heeft, (9) de perceptie over in hoeverre de cliënt weet wat hij/zij beter wel en wat hij/zij beter niet kan doen, (10) de perceptie over in hoeverre de cliënt regelmatig afspraken buiten de deur heeft, (11) de perceptie over in hoeverre de cliënt zijn/haar grenzen weet te trekken, (12) de perceptie over in hoeverre de cliënt zichzelf de moeite waard vindt, (13) de perceptie over in hoeverre de cliënt negatieve gedachte om zet in positieve ge-

dachte, (14) de perceptie over in hoeverre de cliënt overziet hoe zijn/haar leven hem/haar gevormd heeft tot wie hij/zij nu is, (15) de perceptie over in hoeverre de cliënt rust en veiligheid ervaart in zijn/haar woning, (16) de perceptie over in hoeverre de cliënt iedere dag voldoende te doen heeft, (17) de perceptie over in hoeverre de cliënt dingen doet die hij/zij belangrijk vindt, (18) de perceptie over in hoeverre de cliënt kan omgaan met zijn/haar kwetsbaarheden en (19) de perceptie over in hoeverre de cliënt op zichzelf durft te vertrouwen.

3.3.2 Operationaliseren van kenmerken en onderzoekstrategie van de beleidstheorie: reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam

Welke veronderstellingen behoren toe aan de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam? Vanuit operationeel oogpunt lijkt het de meest logische optie om de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam af te bakenen tot de veronderstellingen die in de schriftelijke redentaties voorkomen. Nog verder gefocust op de operationalisering, betreft het hier de redentaties welke expliciet of impliciet gevangen liggen binnen deze schriftelijke uiteenzettingen van de gemeente Rotterdam over het WMO-beleid. Concreet is er een documentstudie plaatsgevonden uit vijf uitgebreide beleidsnota's betreffende het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam.

Voor de reconstructie van de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam kunnen diverse methodieken worden toegepast. De kern daarvan is dat de identificatie van de veronderstellingen achter het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam over respectievelijk causale, finale en normatieve relaties. Hierbij zijn voor deze studie de volgende serie stappen in navolging van Bressers en Hoogerwerf (1995: p.63) uitgevoerd:

- i. Verzameling van schriftelijke documentatie van beleidsmakers over het betreffende beleid. Expliciet gaat het hier met name om dit de schriftelijke documentatie die de inhoud van het beleid (ambities, middelen allocatie en tijdsbestek) en de redentatie voor het WMO-beleid betreffen. Hiervoor zijn de beleidsnota's in het kader van de uitvoering van het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam onderzocht.
- ii. Identificatie van de expliciete veronderstellingen in de schriftelijke redentaties betreffende oorzaak-gevolgrelaties (*causale relaties*).
- iii. Identificatie van de expliciete veronderstellingen in de schriftelijke redentaties betreffende ambitie-middelenrelaties (*finale relaties*).
- iv. Identificatie van de expliciete veronderstellingen in de schriftelijke redentaties betreffende fundamenten en normen (*normatieve relaties*).
- v. Reconstructie van de beleidstheorie; schematische samenstelling van stappen ii., iii. iv. tot geheel van veronderstellingen.

De gereconstrueerde beleidstheorie van de gemeente Rotterdam is vervolgens getoetst aan de empirie door de veronderstellingen over causale, finale en normatieve relaties te confronteren met de kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksresultaten. Per onderdeel is aangegeven welke veronderstellingen hieraan toe behoren en of ze juist of onjuist zijn.

3.4 Onderzoeksstrategie

Er is voor een multipale onderzoekstechniek gekozen, zoals bij triangulatie, waarbij het empowermentproces vanuit verschillende gezichtspunten wordt geanalyseerd. Het voordeel hiervan

is dat de eventuele tekortkomingen van de ene techniek worden gecompenseerd door de pluspunten van de andere. Concreet betekent dit dat er een *mixed methods* methodiek is gehanteerd in termen van kwalitatief en kwantitatief onderzoek.

3.4.1 Kwantitatieve component van deze studie: prestatiemeting

Voor de kwantitatieve component van dit onderzoek is er op cliënt niveau gebruik gemaakt van bestaande big-data uit het softwareprogramma's *Evita* en *Socrates* van de gemeente Rotterdam. Het originele gedestilleerde big-databestand uit *Evita* en *Socrates* is allereerst geëxporteerd in een bestand van het softwareprogramma *Excel* en vervolgens geïmporteerd en gehercodeerd in het softwarestatistiekprogramma *SPSS 24 for Windows 10*. In het originele big-databestand zijn de periodieke, doel en intake ZRM-scores van de individuele (O)GGZ-cliënten van de gemeente Rotterdam opgenomen. Aangezien uitsluitend de ontwikkeling op de ZRM van individuele (O)GGZ-cliënten relevant is voor deze studie, is de doel ZRM-score uit het big-data bestand verwijderd. Daarnaast is de data van (O)GGZ-cliënten waarvan er één ZRM-score is afgenomen verwijderd uit het big-databestand, immers is het onmogelijk om de ontwikkeling op de ZRM van deze (O)GGZ-cliënten te meten. Zodoende is er een bestand overgebleven met 858 cases.

De toetsing start bij $t=0$ 1 januari 2015 en stopt bij $t=1$ 1 januari 2016. Periodiek is er per kwartaal een ZRM-score van de (O)GGZ-cliënten gerapporteerd. Dit betekent echter niet dat iedere ZRM-cliëntencase bestaat uit vier ZRM-scores. Arrangementen worden immers tevens afgegeven voor zes of negen maanden en een cliënt kan op ieder gewenst moment instromen. Daarnaast kan een cliënt zelf besluiten om niet meer te participeren aan de geboden ondersteuning. (O)GGZ-cliëntencases met ontbrekende (chronologische) ZRM-scores per kwartaal zijn uit het big-bestand verwijderd. Het startpunt $t=0$ 1 januari 2015 is bewust gekozen omdat dit tevens het startpunt is van de AWBZ naar WMO-transitie. Vanaf 1 januari 2015 geeft de gemeente Rotterdam de ondersteuningsarrangementen uit en is nu, een jaar naar *dato*, onderworpen aan statistische analyse.

Met de *Wilcoxon Signed Rank test* is een niet-parametrische toets voor het vergelijken van (semi-)continuerende ordinale variabele tussen twee gepaarde groepen. Ten eerste is voor iedere afzonderlijke case het verschil tussen beide variabelen vastgesteld. Vervolgens zijn de absolute verschillen van laag naar hoog gerangordend. Tot slot zijn alle rangscores van de negatieve en van de positieve verschillen apart opgeteld. Verschillen van 0 zijn buiten beschouwing gelaten en indien er geen verschil was tussen de beide verdelingen zijn de gemiddelde positieve en negatieve rangscores als (ongeveer) aan elkaar gelijk beschouwd. Concreet betekent dit dat voor iedere afzonderlijke case per leefgebied op de ZRM per kwartaal het verschil tussen beide leefgebieden is vastgesteld. Daarnaast is de toets afgenomen voor het verschil per leefgebied van de ZRM voor het eerste en het vierde kwartaal. Tot slot is de toets per kwartaal afgenomen voor de gesommeerde ZRM-scores. Dit betekent dat alle leefgebieden van de ZRM van iedere afzonderlijke case per kwartaal gesommeerd zijn tot een totaalscore. Hierbij is ook de toets afgenomen voor het verschil per totaalscore van het eerste en het vierde kwartaal. De nulhypothese is verworpen bij Asymp. Sig. 2-tailed $<0,05$. In dit geval blijkt er uit de tweezijdige overschrijdingskans dat er geen verschil is tussen beide variabelen. De nulhypothese is

aangenomen bij Asymp. Sig. 2-tailed >0,05. In dit geval blijkt er uit de tweezijdige overschrijdingskans dat er wel verschil is tussen beide variabelen. De econometrische formule, welke SPSS hanteert voor de berekening van de *Wilcoxon Signed Rank test*, is als volgt gedefinieerd:

$$W = \sum_{i=1}^{N_r} [\text{sgn}(x_{2,i} - x_{1,i}) \cdot R_i]$$

De *Ordinal Logistic Regression test* is gehanteerd om het effect van voorspellers op de ordinale categoriale uitkomstmaat te bestuderen. De uitkomstmaat is verdeeld over categorieën, die een logische (numerieke) ordening kennen. Concreet is per kwartaal de Δ tussen de leefgebieden van de ZRM door middel van de arrangementen geanalyseerd. Tevens is dit gedaan voor de Δ voor het eerste en vierde kwartaal. Tot slot is dit uitgevoerd voor de Δ tussen de gesommeerde ZRM-scores per kwartaal en voor de Δ van de gesommeerde ZRM-scores tussen het eerste en het vierde kwartaal. In deze studie zijn uitsluitend de significante resultaten uit de *Ordinal Logistic Regression test* modellen aangewend (Sig. \leq ,005). De econometrische formule, welke SPSS hanteert voor de berekening van de *Ordinal Logistic Regression test*, is als volgt gedefinieerd:

$$\log \mathcal{L}(\mathbf{w}, \theta | \mathbf{x}_i, y_i) = \sum_{k=1}^K [y_i = k] \log[\Phi(\theta_k - \mathbf{w} \cdot \mathbf{x}) - \Phi(\theta_{k-1} - \mathbf{w} \cdot \mathbf{x})]$$

De multicollineariteit (VIF) van de *Ordinal Logistic Regression test* is bij iedere afname <5. Dit betekent dat twee of meer variabelen uit de *Ordinal Logistic Regression models* niet te sterk gecorreleerd zijn. De multicollineariteit beïnvloedt zodoende niet te sterk de berekening van de coëfficiënten, en reduceert dus niet hun betrouwbaarheid. De econometrische formule, welke SPSS hanteert voor de berekening van de multicollineariteit, is als volgt gedefinieerd:

$$X_{ki} = \lambda_0 + \lambda_1 X_{1i} + \lambda_2 X_{2i} + \dots + \lambda_{k-1} X_{(k-1),i} + \varepsilon_i$$

De betrokken partijen (de instellingen en cliënten) zijn niet op de hoogte gebracht van het feit dat ze onderwerp zijn van deze sociaalwetenschappelijke *empirische* studie, zodoende hebben zij niet (bewust) kunnen reageren op de onderzoekssituatie. De methode van de big-data analyse is dus *unobtrusive*.

Het voordeel van het gebruik van de gebruikte data uit het big-databestand is dat het de mogelijkheid biedt voor comparatief onderzoek met de andere gebruikers van de ZRM, echter is dit niet binnen deze studie toegepast vanwege de beperkte tijd en (technische) middelen. Een ander voordeel is dat de big-data op ieder gewenst moment beschikbaar is voor (her)gebruik. Het belangrijkste nadeel is dat de big-data met een ander doel is verzameld dan waarvoor het in deze studie hergebruik wordt. Dit betekent dat het hergebruik gebonden is aan oorspronkelijke eenheden, variabelen en waarden. Dit betekent bovendien dat deze data ontoereikend is om de vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. Daarnaast kunnen er geen verklaringen voor patronen worden gevonden door het selectieve karakter. Bij registratie in Evita en Socrates blijft uitsluitend bewaard waarvan wettelijk is vastgesteld dat het van een mogelijke historische waarde is, zodoende kan dit effect hebben op de validiteit.

3.4.2 Kwalitatieve component van deze studie: het verklaren van processen

Voor het detecteren van hoe de sociale werkelijkheid van mensen eruitziet, is de context nodig van de mensen in het veld. Het veld is geëxploreerd aan de hand van de interpretatieve benadering, zodoende is voor de kwalitatieve component van deze studie een gemêleerde groep aan WMO-adviseurs (twee semigestructureerde interviews), Trajectregisseurs (drie semigestructureerde interviews (O)GGZ-volwassen en twee semigestructureerde interviews (O)GGZ-jongeren) en hulpverleners (drie semigestructureerde interviews) semigestructureerd geïnterviewd. In totaal zijn er dus acht interviews gehouden, waarbij het mogelijk gemaakt is om in het kader van deze studie de betekenissen en gedragingen van mensen te beschrijven en ze zo mogelijk begrijpen en verklaren. Er is in navolging van Maso (1987) gewerkt met een voorlopige vraagstelling gebaseerd op *sitizing concepts* die gespecificeerd en aangepast is aan het veld van het onderzoek tot de definitieve vraagstelling. De data-analyse is gehouden in een *cyclisch proces*. Dit houdt in dat de analyse van de verzamelde data gereflecteerd is op voorlopige bevindingen. Op basis van deze uitkomst is besloten waar en bij wie de volgende data wordt verzameld en daarop volgde weer een ronde van analyse en reflectie tot het moment van saturatie. De veldnotities betroffen (1) identificatie wie wat zegt, (2) letterlijke uitschrijven van hetgeen wat is waargenomen, (3) het concreet maken en (4) de data is zoveel als mogelijk gescheiden van de interpretatie van de onderzoeker. De semigestructureerde interviews zijn gecodificeerd en de verzamelde data is onderworpen aan constante vergelijking, zodoende zijn er patronen ontdekt in het voorkomen van de gemeten variabelen en in de relaties tussen de gemeten variabelen.

Betrouwbaarheid van deze studie

Bij vaststelling van de definitieve vraagstelling van de interviews is dit format herhaald wat ten behoeve is gekomen aan de betrouwbaarheid van de onderzoeksbevindingen. Ook heeft er een *member validation* plaatsgevonden. Tijdens het onderzoek zijn de uitgewerkte veldnotities voorgelegd aan de participanten ter controle van de juistheid van de weergave. Zodoende is de betrouwbaarheid van de waarneming van de onderzoeker getoetst. De participanten van de interviews zijn voorafgaand geweest op het feit dat niets uit de verworven data individueel herleidbaar is binnen de uiteindelijke onderzoeksrapportage zodoende is getracht sociaal wenselijke antwoorden te reduceren. Er is gestreefd naar methodische verantwoording, hiervoor is er een *audit trail* georganiseerd waarbij dr. Rebecca Moody (een relatieve buitenstaander) het onderzoek stapsgewijs gevolgd heeft en telkens kritische vragen heeft gesteld aan de onderzoeker over te nemen besluiten. Tot slot zijn uitsluitend de statistische significante resultaten (Sig. $\leq,005$) uit *Ordinal Logistic Regression test* modellen gehanteerd voor de analyse.

Interne validiteit en generalisering van deze studie

Tot op zekere hoogte is de eigen aanwezigheid van de onderzoeker in het veld gebruikt en zijn betrokkenheid om bij de onderzochten te achterhalen wat hen bezighoudt en beweegt. Echter heeft dit niet geleid tot het opgaan in de sociale situaties die onderzocht werden en het naar de achtergrond verschuiven van de rol als wetenschappelijk onderzoeker. Door de korte aanwe-

zigheid van de onderzoeker gedurende de interviews hebben de onderzochten minder lang kunnen wennen aan zijn aanwezigheid waardoor het verschijnsel *reactiviteit* mogelijk kan voortkomen wat de validiteit negatief kan beïnvloeden. De procedure van *member validation* kan de tevens de validiteit positief beïnvloeden. Het onderzoek is niet systematisch vertekend. Echter is het onderzoek niet geheel waarde vrij, maar wel is gestreefd om ten gunste van de validiteit van deze studie geen oordelen te geven en de voorkeuren zo min mogelijk te laten meespelen. Bovendien is getracht om sociaal wenselijke respons verworven in de interviews te reduceren door de participanten voorafgaand te wijzen op het feit dat niets individueel herleidbaar is in de onderzoeksrapportage.

De verkregen kennis is gerelateerd aan de bestaande kennis en academische theorie. De uitkomsten van deze studie overstijgen niet de onderzoekssituatie zoals die is bestudeerd. Omdat de participanten van de interviews niet op statistische maar veldinhoudelijke redenen zijn gekozen is statistische generalisatie niet aan de orde. De respondenten van het kwantitatieve component zijn wel om statistische redenen gekozen, hierbij kan statistische generalisatie mogelijk zijn. Dit is echter niet erg aannemelijk aangezien uitsluitend de g4 gemeenten de ZRM als tool hanteren en de gemeente onderling conflicterende definities hanteren van wie en wat (O)GGZ-cliënten zijn. Desalniettemin is het evident dat het onderzoek belangrijke inzichten kan geven voor andere, *vergelijkbare* gemeenten in Nederland.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

DEEL II

4. BELEID, CONTEXT EN ACHTERGROND

- 4.1 Transitie AWBZ naar WMO
- 4.2 Ondersteuningsopbouw
- 4.3 Doelstellingen van de zorginkoop
- 4.4 Het Rotterdamse arrangementenmodel
- 4.5 Indicatiestelling per resultaatgebied: *leerbaar, bestendigen of beperken van achteruitgang*
- 4.6 Het decor van zelfredzaamheid: *van afhankelijkheid naar zelfredzaamheid*
- 4.7 Zelfredzaamheid-matrix
- 4.8 De RoZe Trechter: *de zelfredzaamheidmatrix en sluitende aanpak*
- 4.9 Het beroepen op empowerment
- 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie van de gemeente Rotterdam

4. Beleid, context en achtergrond

De gemeente Rotterdam voert, in de uitvoering van de WMO, ondersteuningsarrangementen uit ten behoeve van de bevordering van de *zelfredzaamheid* van haar cliënten. Concreet betekent dit voor de gemeente Rotterdam dat zij zowel de financiële als de bestuurlijke verantwoordelijkheid draagt over alle vormen van jeugd- (<23jaar) en volwassenenzorg. De inhoud van het beleid (ambities, middelen alloactie en tijdskeuze) en de redenatie voor het WMO-beleid is in dit hoofdstuk verzameld. Daarbij tracht dit hoofdstuk langs wetenschappelijke weg het geheel van veronderstellingen te identificeren en systematisch te herformuleren welke aan de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam ten grondslag ligt. Hiermee wordt de gereconstrueerde WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam geïntroduceerd en wordt getracht een bijdragen te leveren aan de volgende voornoemde descriptieve kennisvraag: *“Welke expliciete veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam determineren kunnen door documentstudie uit beleidsnota’s worden opgesteld?”*

4.1 Transitie AWBZ naar WMO

De Rotterdamse gemeenteraad gaf op 19 december 2013 haar akkoord aan de vertrekpunten voor de transitie en samenhangende inkoopstrategieën voor de AWBZ naar WMO (en jeugdzorg) (Gemeente Rotterdam, 2014: p.1). De inkoopstrategie transitie AWBZ naar WMO heeft betrekking tot de inkoop van langdurige ondersteuningsarrangementen. Elementen uit de voormalige AWBZ en de hyperindividuele WMO-voorzieningen (Huishoudelijke Verzorging en Maatschappelijke Opvang) vloeien in dit inkoop traject samen. De ingang van de WMO heeft geleid tot een nieuw ondersteuningsmodel met als uitgangspunt dat de zorg ‘dichtbij’ de Rotterdammer georganiseerd moet worden. Concreet betekent dit dat er zorg en ondersteuning wordt ontplooid die de ‘*eigen kracht*’ van burgers (en hun omgeving) stimuleert, met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht (Gemeente Rotterdam, 2015a: p.3).

4.2 Ondersteuningsopbouw

De mogelijkheid om barrières aan te pakken in 0^e en de 1^e lijnondersteuning worden geconstateerd binnen wijkteams en/of stedelijke lokketen. Gedurende het gesprek met betrekking tot de zorgvraagverheldering kan naar voren komen dat de cliënt zelf of met ondersteuning van anderen (een fragment van) zijn problematiek kan oplossen (0^{de} lijnondersteuning) of door middel van ondersteuning vanuit een wijkteam (1^e lijnsondersteuning) (Gemeente Rotterdam, 2014: p.3). Hier wordt ook bepaald of er noodzaak bestaat voor maatwerkondersteuning wat relateert aan een integraal ondersteuningsarrangement (2^e lijnsondersteuning). Bovendien kan een mix van deze vormen van lijnondersteuning benodigd zijn voor de cliënt. Echter zijn voorzieningen uit de 0^{de} en 1^e lijn altijd voorafgaand aan voorzieningen uit de 2^e lijn. In tabel 1, zichtbaar op de volgende pagina, wordt de ondersteuningsopbouw van de gemeente Rotterdam weergegeven.

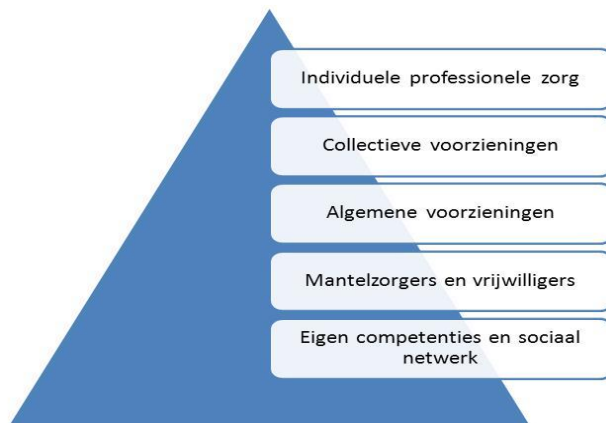
Tabel 1: Ondersteuningsopbouw gemeente Rotterdam

Ondersteuningslijn	Toelichting
0 ^{de} lijnsondersteuning	Burgerkracht (wat kan de cliënt zelf, burgerinitiatieven, vrijwilligerswerk, eigen sociaal netwerk, mantelzorgverlening etc.
1 ^e lijnsondersteuning	Vraagwijzer en kortstondige ondersteuning (vier tot zes maanden) door het Wijkteam
2 ^e lijnsondersteuning	Maatschappelijke Ondersteuning. Collectieve/algemene ondersteuning binnen het onderdeel voor inloop en acties gefocust op ontmoeting, recreatie en educatie. Ondersteuning door ondersteuningsarrangementen (hiervoor is een beschikking noodzakelijk)

Bron: Gedeeltelijk ontleend uit gemeente Rotterdam (2015a: p.8)

Concreet betekent sectie 4.2 dat de inzet van professionele ondersteuning te allen tijde een aanvullende is ten aanzien van de ‘eigen kracht’ en het sociale netwerk van de cliënt alsmede de presentie van collectieve/algemene voorzieningen, mantelzorgverleners en vrijwilligers. Afbeelding 4 weergeeft de piramide voor zelfredzaamheid wat het startpunt weergeeft voor zowel de eerste als de tweede lijn.

Afbeelding 4: Zelfredzaamheidspiramide (ten behoeve van 1^e en 2^e lijn)



Bron Gemeente Rotterdam (2014: p.6)

Voor zorgaanbieders met een raamcontract is het in het kader van het bieden van 2^e lijnsondersteuning onderaan de piramide speuren naar antwoorden en binnenin de ondersteuningsarrangementen opschalen naar hogere levels, uiteraard alleen waar dat nodig is, gestuurd door incentives. Immers schrijven de ondersteuningsarrangementen de zorgaanbieder niet voor wat zij moeten doen, echter staan de prijs en de tijd wel vast in de vorm van een beschikking. Uit het bovenstaande valt af te leiden dat er voor de zorgaanbieder een incentive ontstaat om de ondersteuning zo laag als mogelijk binnen de piramide, zoals weergegeven in afbeelding 4, te organiseren.

De wijkteams of stedelijke lokketen kunnen toegang verlenen tot langdurige ondersteuningsarrangementen. Het wijkteam onderscheidt zich doordat zij kortstondige ondersteuning (vier tot zes maanden) kan leveren, waarvandaan cliënten kunnen worden doorverwezen naar de 2^e lijn (ondersteuningsarrangementen) (Gemeente Rotterdam, 2014: p.7). Kortstondige ondersteuning betekent niet dat de volledige termijn te allen tijde moet worden voldaan voordat ondersteuning vanuit de 2^e lijn kan worden verricht (Gemeente Rotterdam, 2015a: p.46). Indien er de urgente noodzaak is voor een tweedelijnsvoorziening, welke de toegangscriteria beantwoordt, moet dit tot stand worden gebracht.

4.3 Doelstellingen van de zorginkoop

Het actieprogramma Eerder Thuis (2015b: p.7-9) stelt enkele doelstellingen die de gemeente Rotterdam hanteert met betrekking tot de zorginkoop. Deze doelstellingen zijn:

- Bieden van ondersteuning aan cliënten die een onacceptabel niveau van zelfredzaam zijn. Hierbij wordt het aanspreken van eigen kracht gemaximaliseerd en informele en collectieve oplossingen gehanteerd;
- Bieden van afdoende kwaliteit van de ondersteuning;
- Binnen het vastgestelde financiële kader verblijven; en
- Integraal ondersteuningsbeleid en uitvoering met discretionaire ruimte voor de professional.

Om de mate van het bereiken van de bovenstaande doelstellingen te meten gaat de gemeente Rotterdam uit van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen als ook de doorstroom naar 1^e en 0^{de} lijnsvoorzieningen (Gemeente Rotterdam, 2015b: p.7-11). Hieruit valt te concluderen dat de gemeente Rotterdam naast een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie streeft naar een lager kostenniveau ofwel een lagere trede op de budgetladder. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat de gemeente Rotterdam verwacht dat WMO-cliëntpopulatie meer zelfredzaam kan worden door de inzet van een ‘duurder’ ondersteuningsarrangement (voor de duur van de beschikking). In andere woorden: een hogere trede op de budgetladder voor de ondersteuning van de WMO-cliënten leidt bij hen tot een hoger niveau van zelfredzaamheid. Maar wat verklaart dan de mate van doelrealisatie? Is dit het arrangement zoals vastgesteld door de gemeente en de ondersteuning die door de zorgaanbieder geleverd wordt tezamen of zijn er andere factoren?

4.4 Het Rotterdamse arrangementenmodel

De zorginkoop van de gemeente Rotterdam gaat uit van arrangementen. Concreet betekent dit dat een verscheidenheid aan producten (maatwerkvoorzieningen) tezamen ingekocht worden, waardoor een integraal leveringsmandaat ontstaat voor de zorgaanbieders ten behoeve van de ondersteuning van WMO-cliënten. De zorgaanbieder ontvangt per geïndiceerde cliënt (zie sectie 4.5) een maandbudget (voor de periode van de indicatie), waarvoor de aanbieder de benodigde ondersteuning mee moet vormgeven (Gemeente Rotterdam, 2015a: p.41-78). Met dit budget wordt de zorgaanbieder geacht ondersteuning te bieden in het kader van de vastgelegde resultaten in het leveringsplan (Gemeente Rotterdam, 2015a: p.59-64). Dit betekent dat getracht wordt om te sturen op prestatie indicatoren waarmee de verantwoordingseisen voor zorgaanbieders worden beperkt.

De contracten met zorgaanbieders hebben een looptijd van twee jaar (2015-2017) inclusief tweemaal de optionele verlenging van één jaar (Gemeente Rotterdam, 2014: p.6-7). De gemeente Rotterdam geeft ten uiterste negen maanden van afloop van het contact aan of er gebruikt gemaakt wordt van de optionele verlenging. Deze opzet beoogt enerzijds voldoende rust en zekerheid te creëren bij de zorgaanbieders en anderzijds voldoende opties te behouden om ten behoeve van vernieuwing wat relateert aan de mogelijkheid om na twee jaar nieuwe toetreders toe te laten.

De te onderscheiden cliëntdoelgroepen volgens gemeente Rotterdam (2014: p.4) met betrekking tot de integrale ondersteuningsarrangementen zijn:

- Ouderen;
- Lichamelijk beperkten;
- Verstandelijk beperkten;
- (O)GGZ extramuraal (*extra muros*);
- (O)GGZ intramuraal (*intra muros*); en
- Zintuigelijk beperkten.

De inkoop van 2^e lijnsondersteuning onderscheidt zich door de ‘keuzevrijheid’ van de cliënt (Gemeente Rotterdam, 2015b: p.20-22). Dit betekent dat cliënten welke afhankelijk zijn van de ondersteuning in dialoog met de gemeente kunnen selecteren uit gecontracteerde zorgaanbieders die aansluiten bij het beantwoorden van de zorgvraag in termen van een arrangementepakket. Echter zijn (O)GGZ-cliënten uitgesloten van deze keuzevrijheid. Hieruit valt op te merken dat de cliëntbewegingen (keuze voor een zorgaanbieder) de gemeente Rotterdam voorziet van sturingsinformatie ten behoeve van contractbeheer en inkoopstrategie. Bovendien is er een optie om ondersteuning in te kopen via een persoonsgebonden budget (hierna: pgb), (O)GGZ-cliënten zijn hier tevens van uitgesloten.

4.5 Indicatiestelling per resultaatgebied: *leerbaar, bestendigen of beperken van achteruitgang*

De gemeente Rotterdam hanteert een protocol met juridische grondslag (artikel 11 lid 2 Verordening WMO Rotterdam 2015) in het kader van het bieden van handvatten aan haar medewerkers voor de realisatie van een integraal ondersteuningsarrangement voor WMO-cliënten (Gemeente Rotterdam, 2015a: p.2). Het vertrekpunt bij de indicatievorming is dat iedere zorgvraag in beginsel uniek is en dat het protocol expliciete handvatten biedt, wat discretionaire ruimte toestaat voor maatwerkoplossingen. Het streven bij de vormgeving van een ondersteuningsplan is om de cliënt op het gepaste niveau van zelfredzaamheid te brengen. Daarbij is het belangrijk om de situatie van de cliënt in kaart te brengen voorafgaand aan zijn beperkingen, de situatie van cliënten in gelijkwaardige omstandigheden en in eenzelfde leeftijdscategorie welke geen beperkingen ondervinden te vergelijken alsmede de leerbaarheid van de cliënt (gezien zijn beperkingen) te peilen (Gemeente Rotterdam, 2015a: p.49-54). Het volledige stroomschema van het Rotterdamse WMO-klantproces is weergegeven in bijlage 1.

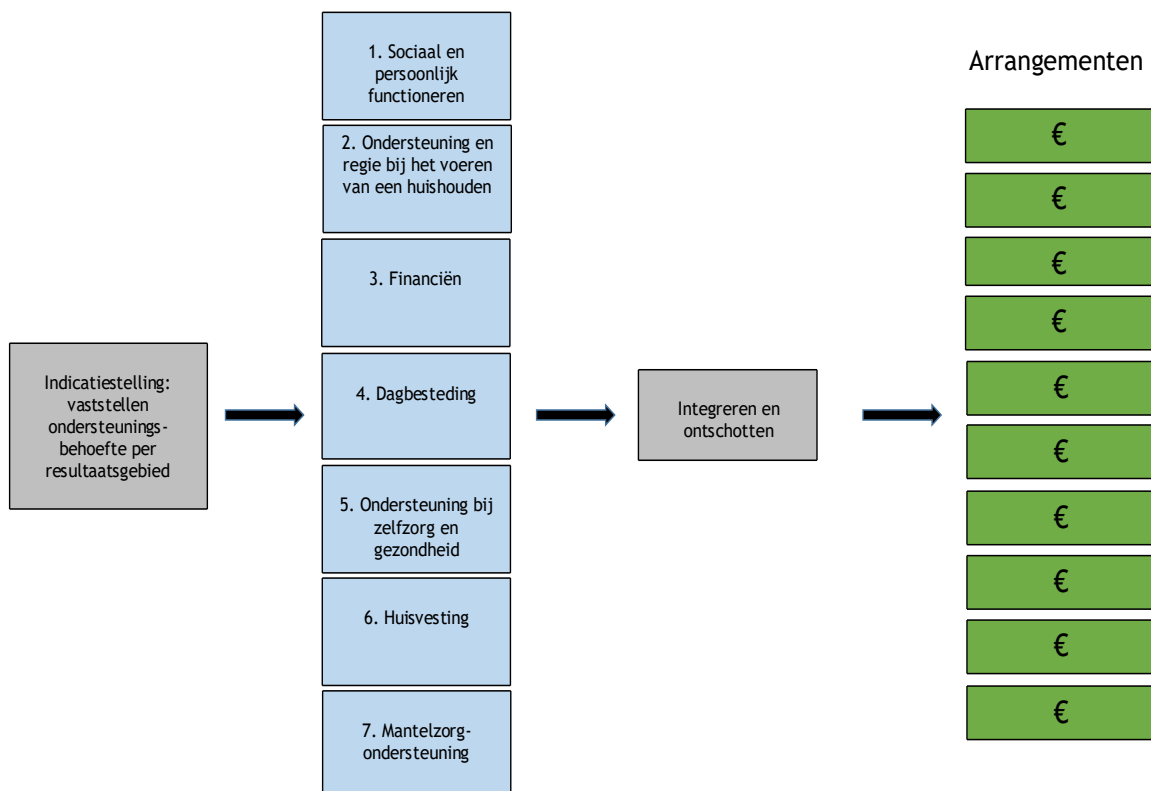
Wat verklaart de samenstelling van een arrangementenbudget en het leveringsmandaat van de zorgaanbieders? Een ondersteuningsarrangement wordt gevormd op basis van voor de cliënt relevante resultaatgebieden. Dit heeft betrekking tot één of meerdere van de in totaal zeven resultaatgebieden, die gezamenlijk de zelfredzaamheid van de Rotterdamse WMO-ge-rechtigde trachten te vergroten (Gemeente Rotterdam, 2014: p.9). Dit betreft de volgende resultaatgebieden:

- Sociaal en persoonlijk functioneren cliënt;
- Ondersteuning en regie bij het voeren van een huishouden;
- Financiën;
- Dagbesteding al dan niet arbeidsmatig;
- Ondersteuning bij zelfzorg en gezondheid;
- Huisvesting; en

- Mantelzorgondersteuning waarbij verblijf aan de orde is.

Dit resulteert in drie indicatie opties die op normatieve wijze door de medewerkers van de stedelijke loketten en wijkteams worden vastgesteld. De eerste indicatie optie is leerbaarheid dit relateert aan hoeveel de cliënt kan verbeteren en dus kan klimmen op zijn/haar niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatgebied. De tweede indicatie optie is bestendigen dit relateert aan hoe de cliënt meer stabiel kan worden op zijn/haar niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatgebied. En de laatste indicatie optie is hoe de achteruitgang van de cliënt beperkt kan worden op zijn niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatgebied. Bij de indicatiestelling wordt besloten welke van deze resultaatgebieden relevant zijn ten behoeve van de ondersteuning (en in welke mate dit professioneel moet geschieden). Het arrangement wordt gevormd op basis van de verschillende resultaten, waarbij er per resultaatgebied diverse intensiviteitstreden bestaan. Geconcludeerd kan worden dat de gemeente Rotterdam de inhoud van de daadwerkelijke ondersteuning minder belangrijk vindt dan het uiteindelijke resultaat. Dit weergeeft dat de gemeente Rotterdam ruimte biedt aan professionals ten behoeve van het bieden van de juiste zorg/ondersteuning door het reduceren van de regeldruk. Deze professionals kunnen vervolgens gebruik maken van de krachten van sociale netwerken in de omgeving van de cliënt en samenwerken met vrijwilligers of familieleden. Afbeelding 5 weergeeft een schematisch overzicht van de vorming van de integrale ondersteuningsarrangementen zoals omschreven in secties 4.4 en 4.5.

Afbeelding 5: Proces ten behoeve van de vorming van de integrale ondersteuningsarrangementen



Bron: Gemeente Rotterdam (2014: p.7)

4.6 Het decor van zelfredzaamheid: van afhankelijkheid naar zelfredzaamheid

In de huidige Nederlandse gezondheidszorg wordt zelfredzaamheid steeds explicieter benadrukt. Daarbij wordt het begrip zelfredzaamheid gehanteerd in relatie met stelselwijzigingen gericht op ziektekosten en maatschappelijke ondersteuning (Weerd, 2009). Een toonbeeld hiervan is de invoering van de WMO. De Vries (2011: p.604-605) is zelfs overtuigd dat zelfredzaamheid het belangrijkste vertrekpunt is in de vormgeving van het huidige gezondheidsbeleid.

Het sterke accent op zelfredzaamheid in beleid veronderstelt een eenduidige definitie en heldere afbakening van het begrip, echter is dit niet het geval: zelfredzaamheid van een persoon, wordt op basis van de context, op diverse vormen gedefinieerd en onderzocht (Fassaert et. al., 2013: p.169). Voorbeelden van indicatoren ten behoeve van (gereduceerde) zelfredzaamheid zijn presente gezondheidsproblematiek, beperkingen in sociaal functioneren, beperkingen gericht op activiteiten van het dagelijks leven, of problematiek op andere levensdomeinen. Het resultaat is dat er diverse meetinstrumentaria ontwikkeld en gebruikt worden die geen eenduidig construct van zelfredzaamheid meten. Voorbeelden van dit soort instrumentaria zijn: *Health of the Nation Outcomes Scales* (Mulder et. al., 2004) *Inventarisatie van Redzaamheids variabelen* (Scholten & Mulder, 2001), *Camberwell Assessment of Needs* (Phelan et. al., 1995) en de *Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability* (Schuurmeijer, et. al., 1994).

Rekening houdend met het bovenstaande is het niet verassend dat er onder zorg/hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers een hoge noodzaak bestaat aan een pragmatisch instrument dat hen mogelijkheid biedt de zelfredzaamheid van cliënten op integrale en telbare wijze te weergeven. Deze behoefte is uitdrukkelijk waarneembaar bij de cliëntgroepen van de openbare geestelijke gezondheidszorg ((O)GGZ extra- en intramuraal, hierna: (O)GGZ). De primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. In andere woorden: burgers die niet zelfredzaam zijn. Ten behoeve van het verschaffen van inzicht in de verschillende dimensies van de meervoudige problematiek van veel (O)GGZ-cliënten is het urgent om de geïntegreerde aanpak realiseerbaar te maken.

4.7 Zelfredzaamheid-matrix

De zelfredzaamheid-matrix (hierna: ZRM) is afgeleid van het Amerikaanse zelfredzaamheid meetinstrument de *Self-Sufficiency Matrices* (hierna: SSM) (Snohomish County Self-Sufficiency Taskforce, 2004). Pearce (2011) is de inspiratiebron van de SSM en de grondlegger van de *Self-Sufficiency Standard* (hierna: SSD)¹². Deze standaard gaat uit van economische zelfredzaamheid en weergeeft dus een beperkt beeld van de algemene zelfredzaamheid. Een samenwerkingsverband tussen lokale, staats- en federale organisaties in de Verenigde Staten nam het initiatief om de economische zelfredzaamheid van de SSD uit te breiden met andere domeinen

¹² De SSD schetst het inkomen wat een huishouden nodig heeft ten behoeve van het vervullen van de basis behoefte (inclusief belastingen en zonder vormen van publieke of externe ondersteuning in termen van kinderbijslag, huursubsidie, familie, voedselbank et cetera. Voor de vaststelling van het (minimale) inkomensniveau houdt de SSD-rekening met twee elementen, te noemen: de grote van het huishouden en de regio waarin het huishouden gevestigd is. Zie: www.selfsufficiencystandard.org

om de algemene zelfredzaamheid te meten. Ieder domein refereert aan een ander levensgebied (bijvoorbeeld: inkomen, huisvesting, gezinsrelaties et cetera). De SSM gaat ervan uit dat ieder levensdomein een onderdeel uitmaakt van iedere volwassene en dat een volwassene deze levensdomeinen op orde dient te hebben om zich te profileren in de samenleving. De versies die in omloop zijn van de SSM bestaan volgens Culhane, *et al.* (2008) uit negentien domeinen, deze zijn in de Nederlandse bewerking (de ZRM) teruggebracht tot elf (Fasseart, *et. al.*, 2013: p.171). Deze bewerking in het kader van de reductie van het aantal domeinen is toegepast omdat (a) sommige domeinen specifiek zijn voor het Amerikaanse zorgsysteem, ofwel (b) dat items van overige al bekende meetinstrumentaria vrijwel identiek zijn aan andere domeinen van de SSM. De ZRM is aan de hand van een betrouwbaarheid- en validatie onderzoek bewerkt ten behoeve van de bruikbaarheid en haalbaarheid in een breder wordend veld te verbeteren (Fasseart, *et. al.*, 2014; Fasseart, *et. al.*, 2013).

De ZRM is dus een instrument voor het meten van zelfredzaamheid. Het is ontwikkeld in 2010 en wordt veel toegepast in de G4 (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag), bijvoorbeeld in de gemeente Rotterdam – (O)GGZ-keten voor veldregie en in de gemeente Amsterdam – Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling voor het in kaart brengen van de voortgang en evaluatie van ‘kwetsbare huishoudens’¹³. Zodoende kan met de ZRM één onderliggende constructie met ‘voldoende’ interne consistentie en betrouwbaarheid worden gemeten. Zelfredzaamheid wordt binnen de ZRM gedefinieerd als: “*de mate waarin een volwassene een acceptabel niveau van functioneren realiseert op belangrijke domeinen van het leven, al dan niet met hulp en begeleiding*” (Fasseart, *et. al.*, 2013: p.170). De ZRM meet zodoende de mate van zelfredzaamheid op dat moment.

De ZRM hanteert een vijfpuntschaal van niveaus van zelfredzaamheid. Het laagste niveau is ‘acute problematiek’ (1) en het hoogste niveau is ‘volledig zelfredzaam’ (5). De ZRM is, zoals hierboven eerder is vermeld, onderverdeeld in elf domeinen: *Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke Relaties, Geestelijke Rezonantie, Lichamelijke Gezondheid, Verslaving, Activiteiten van het Dagelijks Leven, Sociaal Netwerk, Maatschappelijke Participatie en Justitie*. Voor ieder niveau op ieder domein van de ZRM bestaan er indicatoren welke het niveau van de zelfredzaamheid van de respondent op het specifieke domein kan karakteriseren. Deze indicatoren gaan over essentiële elementen en kenmerken van het domein en zijn een afspiegeling van het niveau van zelfredzaamheid op dit element van het domein. Zodoende is het voor professionals mogelijk de mate van zelfredzaamheid van een cliënt te beoordelen. De beoordeling moet worden uitgedrukt in een ZRM-score. De domeinen en indicatoren weergeven samen de informatie die een professional nodig heeft om tot een oordeel te komen, echter niet hoe een professional die informatie verzamelt. Bij het ramen van de ZRM-score van een cliënt wegen een aantal *zwaartefactoren* mee, te noemen: het hebben van een *zorgverzekering; cognitief vermogen; de beheersing van de Nederlandse taal* en de *verantwoordelijkheid voor kinderen* (<18 jaar).

¹³ Voor het belang van het meten van hetzelfde zelfredzaamheid construct zie: <http://www.gezamenlijkebeoordeling.nl/>

De ZRM is hanteerbaar bij eenieder tussen de 18 en 67 jaar¹⁴. Voor deze groep ‘volwassen’ zijn alle domeinen van de ZRM relevant. Bij 67-plussers is dit in mindere mate het geval (zie Bijlage 2 voor de volledige ZRM).

De ZRM-scores kunnen volgens Fasseart *et al.* (2014: p.583–590) dienen voor een aantal toepassingen waarvan de volgende relevant zijn voor deze studie:

- Professionals kunnen relatief gemakkelijk een volledig en gestandaardiseerd beeld verkrijgen van het functioneren van een cliënt;
- Monitoren van de ontwikkeling van een cliënt; en
- Evaluatie van de effectiviteit van de ondersteuning/zorgbehandeling.

Echter kunnen individuele zorginstellingen niet worden afgerekend op de ontwikkeling van cliënten op de ZRM.

4.8 De RoZe Trechter: de zelfredzaamheidsmatrix en sluitende aanpak

De RoZe trechter staat voor Rotterdamse Zelfredzaamheid (trechter). Het is een instrument waarmee de ontwikkeling van de zelfredzaamheid van een willekeurige Rotterdammer kan worden weergegeven (Gemeente Rotterdam, 2013b: p.1-3). Sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden. Deze burgers kunnen in een vicieuze cirkel terecht komen waarbij problemen zich op stapelen en waarbij deze burgers langzaam maar zeker naar het diepste punt (van de trechter) worden gezogen.

De RoZe trechter bestaat uit twee zijden. De ene zijde weergeeft de Rotterdamse Zelfredzaamheid en de andere zijde symboliseerde een sluitende aanpak. De Rotterdamse zelfredzaamheid wordt door de professionals van de stedelijke loketten en wijkteams afgenomen in de vorm van het beoordelen van de ZRM-scores van de cliënt. Met de ZRM wordt uitgegaan van de status van de cliënt op het moment van afname. Op basis van de ZRM-scores bepaalt de professional op welke leefdomeinen het noodzakelijk is om te voorzien in ondersteuning, deze worden vervolgens meegenomen in de vormgeving van het ondersteuningsplan. De professionals beslissen of en wanneer herindicatie van de ZRM voor een cliënt nodig is, bijvoorbeeld indien de cliënt niet stabiel gebleven is in zijn zelfredzaamheid gedurende een bepaalde periode. Hoe dieper een burger zich in de trechter bevindt hoe groter het effect op overige leefgebieden. De sluitende aanpak weergeeft voor elk van de elf leefgebieden een mogelijke aanpak van de problematiek op dat levensgebied en niveau. Hieruit rijst de vraag welke arrangementen/ondersteuning voor welke specifieke WMO-cliëntgroep het meest bij draagt ten behoeve van de realisatie van de doelen?

De gehele keten Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente is ingedeeld in drie fase, te noemen: fase instroom, fase doorstroom en fase uitstroom. De zorginstellingen, cliëntgroepen en de bijpassende zelfredzaamheidsstreden zijn weergegeven in bijlage 3, hierin is tevens onderscheid gemaakt in de verschillende fase van de keten.

¹⁴ Er zijn uitzonderingen denkbaar, bijvoorbeeld iemand die op zijn 17^e jaar al volledig zelfstandig functioneert of iemand die op zijn 25^e jaar nog volledig afhankelijk is van zijn ouder(s)/opvoeders, of een 71^e jarige die nog voltijd werkt. In andere woorden: er komen altijd uitzonderingen voor, maar in het algemeen geldt de regel ten behoeve van de betrouwbaarheid van de beoordeling van de ZRM: 18- tot 67 jaar. (Zie: Fasseart, et. al., 2014: p.558-586).

4.9 Het beroepen op empowerment

Een kritische weerkaatsing op eenduidige construct definities van ‘zelfredzaamheid’, ‘regie’ en ‘eigen responsabiliteit’ zijn cruciaal en continue van toepassing binnen de huidige beleidscontext. Dit leidt tot veel ‘tegeltjeswijsheden’ en ‘krachtkreten’, binnen de bestaande beleidsstukken, waarmee veelal ‘beroep’ wordt gedaan op verschillende academische theoretische concepten zonder deze daadwerkelijk echt te implementeren. De smaak van de oersoep van het beleid, de context en achtergrond van de gemeente Rotterdam proeft als veel animo voor empowerment. Volgens Driessens & Van Regenmortel, 2006: p.22-24) is empowerment een populair begrip wat de laatste jaren royaal wordt ingevoerd als een kader dat een lucratief raamwerk biedt ten behoeve van het geven van handen en voeten aan de hedendaagse zorg en ondersteuning. De term wordt bijvoorbeeld breed geïntroduceerd binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en dienstverlening en wordt het verbonden aan chronisch zieken, personen met psychiatrische problemen, dak- en thuisloze, risicojongeren, zorgbehovende ouderen en personen in armoede. Kortom: het empowermentconcept kan notie geven aan de ontwikkeling van zelfredzaamheid. Met betrekking tot deze redenatie is het concept, met de bijbehorende variabelen, in de literatuurstudie ontleed. Er is een *capita selecta* oriëntatieris gehouden naar het hart van het concept voor sociaalwetenschappelijke empirische toetsing.

4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie van de gemeente Rotterdam

In de tabel 2 is de gereconstrueerde beleidstheorie van de gemeente Rotterdam weergegeven. Het weergeeft de expliciete geïdentificeerde veronderstellingen over causale, finale en normatieve relaties die aan het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam ten grondslag liggen. Deze zijn, voor zover mogelijk, vertaald in (al dan niet causale) hypothesen.

Tabel 2: De gereconstrueerde WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam

Causale relatie	
	(1) De ondersteuningsarrangementen schrijven de zorgaanbieder niet voor wat zij moeten doen, echter staan de prijs en de tijd wel vast in de vorm van een beschikking. Dit betekent dat er voor de zorgaanbieder een incentive ontstaat om de ondersteuning zo laag als mogelijk binnen de piramide te organiseren.
	(2) Er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1 ^e en 0 ^{de} lijnsvoorzieningen.
	(3) De WMO-cliëntpopulatie kan meer zelfredzaam worden door de inzet van een ‘duurder’ ondersteunings-arrangement (voor de duur van de beschikking).
	(4) De ZRM meet de mate van zelfredzaamheid op dat moment.
	(5) Burgers kunnen in een vicieuze cirkel terecht komen waarbij problemen zich op stapelen en waarbij de burgers langzaam maar zeker naar het diepste punt worden gezogen, wat betekent dat zij in hun zelfredzaamheid afglijden op meerdere leefgebieden.
	(6) Hoe lager een burger scoort op de ZRM binnen twee of meerdere leefgebieden hoe groter het negatieve effect op overige leefgebieden.

**Finale
relatie**

- (1) De zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘*eigen kracht*’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht.
- (2) Kortstondige ondersteuning betekent niet dat de volledige termijn te allen tijde moet worden voldaan voordat ondersteuning vanuit de 2^e lijn kan worden verricht. Indien er de urgente noodzaak is voor een tweedelijnsvoorziening, welke de toegangscriteria beantwoordt, moet dit tot stand worden gebracht.
- (3) De ondersteuningsarrangementen dienen binnen het vastgestelde financiële kader blijven.
- (4) Integraal ondersteuningsbeleid en uitvoering met discretionaire ruimte voor de professional.
- (5) De zorgaanbieder ontvangt per geïndiceerde cliënt een maanbudget (voor de periode van de indicatie), waarvoor de aanbieder de benodigde ondersteuning mee moet vormgeven. Met dit budget wordt de zorgaanbieder geacht ondersteuning te bieden in het kader van de vastgelegde resultaten in het leveringsplan.
- (6) De contracten met zorgaanbieders hebben een looptijd van twee jaar (2015-2017) inclusief tweemaal de optionele verlenging van één jaar. De gemeente Rotterdam geeft ten uiterste negen maanden van afloop van het contact aan of er gebruikt gemaakt wordt van de optionele verlenging. Deze opzet beoogt enerzijds voldoende rust en zekerheid te creëren bij de zorgaanbieders en anderzijds voldoende opties te behouden om ten behoeve van vernieuwing wat relateert aan de mogelijkheid om na twee jaar nieuwe toetreders toe te laten.
- (7) Iedere zorgvraag is in beginsel uniek en het protocol biedt expliciete handvatten, wat discretionaire ruimte toestaat voor maatwerkoplossingen.
- (8) De inhoud van de daadwerkelijke ondersteuning is minder belangrijk dan het uiteindelijke resultaat.
- (9) Op basis van de ZRM-scores bepaalt de professional op welke leefdoelmeinen het noodzakelijk is om te voorzien in ondersteuning, deze worden vervolgens meegenomen in de vormgeving van het ondersteuningsplan.

**Normatieve
Relatie**

- (1) Zelfredzaamheid van burgers is wenselijk.
- (2) Voor zorgaanbieders met een raamcontract is het in het kader van het bieden van 2^e lijnsondersteuning onderaan de piramide speuren naar antwoorden en binnenin de ondersteuningsarrangementen opschalen naar hogere levels, uiteraard alleen waar dat nodig is, gestuurd door incentives.
- (3) Bieden van afdoende kwaliteit van de ondersteuning.
- (4) De situatie van de cliënt voorafgaand aan zijn beperkingen, de situatie van cliënten in gelijkwaardige omstandigheden en in eenzelfde leeftijdscategorie welke geen beperkingen ondervinden te vergelijken alsmede de leerbaarheid van de cliënt (gezien zijn beperkingen) wordt kaart gebracht.

Normatieve relatie

- (5) De eerste indicatie optie is leerbaarheid dit relateert aan hoeveel de cliënt kan verbeteren en dus kan klimmen op zijn/haar niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatsgebied. De tweede indicatie optie is bestendigen dit relateert aan hoe de cliënt meer stabiel kan worden op zijn/haar niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatsgebied. En de laatste indicatie optie is hoe de achteruitgang van de cliënt beperkt kan worden op zijn niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatsgebied.
 - (6) Bij de indicatiestelling wordt besloten welke van deze resultaatsgebieden relevant zijn ten behoeve van de ondersteuning (en in welke mate dit professioneel moet geschieden).
 - (7) De primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. In andere woorden: burgers die niet zelfredzaam zijn.
 - (8) Sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.
-

In dit hoofdstuk is langs wetenschappelijke weg het geheel van expliciete veronderstellingen, welke ten grondslag liggen aan het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam, geïdentificeerd en systematisch geherformuleerd. Het resultaat hiervan heeft geleid tot de identificatie van expliciete veronderstellingen over oorzaak-gevolgrelaties (*causale relaties*), doel-middelrelaties (*finale relaties*) en relaties tussen fundamenteën en normen (*normatieve relaties*). Hiermee is de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam gereconstrueerd. In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven over de empirische houdbaarheid van de gereconstrueerde WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam. Daarnaast worden, de empirische onderzoeksresultaten over de ‘*empowerende*’ werking van de ondersteuningsarrangementen en de empirische resultaten van de kwantitatieve prestatie meting van het WMO-beleid gepresenteerd.

5. RESULTATEN

5.1 Performance ambities

5.1.1 Wilcoxon Signed Ranks test

5.1.2 Complexiteit en fragmentatie

5.1.3 Impasse en incubatie

5.1.4 Perspectieven voor het doorbreken van de impasse

5.1.5 Resumé: *afhankelijke variabelen performance ambities*

5.2 Contingentie factoren

5.2.1 De interveniërende variabelen

5.2.2 De modererende variabelen

5.2.3 Resumé: *intervenierende en modererende variabelen contingentie factoren*

5.3 Intern systeem

5.3.1 Noodlot

5.3.2 Sociale uitsluiting

5.3.3 Overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken

5.3.4 Beeldvorming over wat 'gezond' en 'normaal' is

5.3.5 Buitensporige eisen

5.3.6 Onbegrip

5.3.7 Resumé: *onafhankelijke variabelen intern systeem & context variabelen extern systeem*

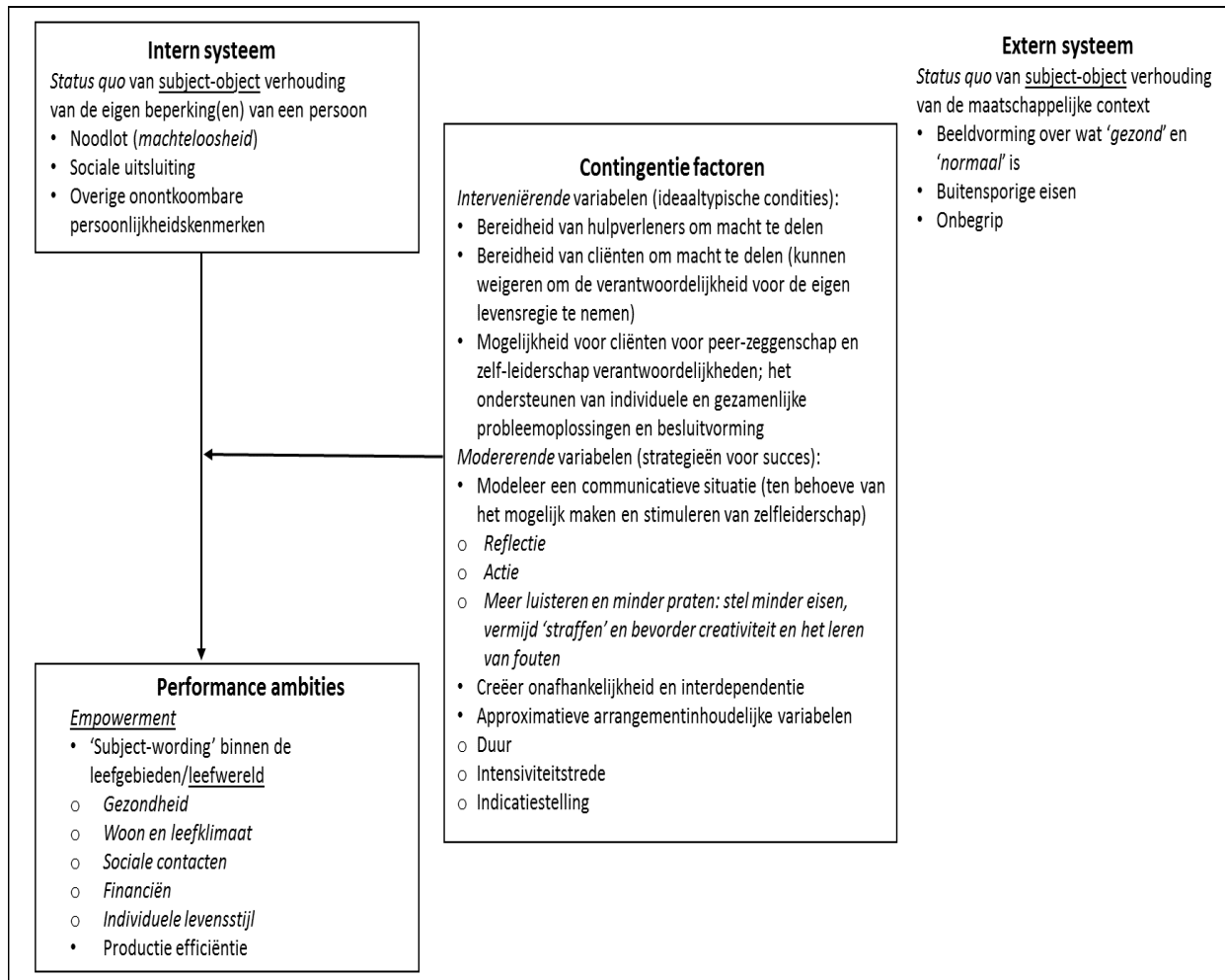
5.5 Niet empirisch getoetste veronderstellingen: *causale, finale en normatieve relaties*

5.4 Conclusie

5. Resultaten

In het vorige hoofdstuk is er een overzicht gepresenteerd van de toegepaste strategieën en procedures bij het ontwerpen van en de dataverzameling in deze sociaalwetenschappelijke *empirische* studie. Dit hoofdstuk presenteert schematisch *a posteriori* de getoetste (intentionele causale) relaties vanuit de onderzoeksmethodologie, afbeelding 3. Hiermee draagt dit hoofdstuk bij aan het beantwoorden van de voornoemde empirische kennisvragen: (1) *Welke hypothesen kunnen worden gefalsificeerd of verifieerd*; en (2) *Welke combinatie van variabelen of factoren verklaren de ontwikkeling van empowerment van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en hoe verhouden de expliciete veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen die de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam determineren zich tot de empirische houdbaarheid?*

Afbeelding 3: Causale-keten model van empowerment



5.1 Performance ambitions

De start van de bevindingen ligt bij het *explanandum* performance ambitions, respectievelijk de afhankelijke variabele. De performance ambitions zijn gericht op 'subject-wording' binnen de leefgebieden/leefwereld van de aan een arrangement onderworpen (O)GGZ-cliënt in de gemeente Rotterdam.

5.1.1 Wilcoxon Signed Ranks test

De *Wilcoxon Signed Ranks test* tabellen vertonen inzicht in de tweezijdige overschrijdingskans tussen de leefgebieden van de ZRM binnen een bepaalde periode. Op de volgende pagina is de output van de *Wilcoxon Signed Ranks test* in tabellen gepresenteerd. Links in de tabel (*nulhypothese verworpen*) staan de bevindingen waarbij de tweezijdige overschrijdingskans niet aangenomen is en rechts (*nulhypothese aangenomen*) staan de bevindingen waarbij de tweezijdige overschrijdingskans wel aangenomen is.

Tabel 3: *Wilcoxon Signed Ranks test* tussen de leefgebieden van het 1e naar het 2e kwartaal

Nulhypothese verworpen (Asymp. Sig. 2-tailed <0,05)	Nulhypothese aangenomen (Asymp. Sig. 2-tailed >0,05)
Financiën ,000	Dagbesteding ,358
Geestelijke Gezondheid ,000	Huiselijke Relaties ,939
Activiteiten Dagelijks Leven ,001	Justitie ,022
Sociaal Netwerk ,000	Huisvesting ,047
	Lichamelijke Gezondheid ,347
	Verslaving ,036
	Maatschappelijke Participatie ,135

Tabel 4: *Wilcoxon Signed Ranks test* tussen de leefgebieden van het 2e naar het 3e kwartaal

Nulhypothese verworpen (Asymp. Sig. 2-tailed <0,05)	Nulhypothese aangenomen (Asymp. Sig. 2-tailed >0,05)
Financiën ,000	Dagbesteding ,969
Activiteiten Dagelijks Leven ,000	Huiselijke Relaties ,279
Huisvesting ,000	Justitie ,009
Lichamelijke Gezondheid ,004	Maatschappelijke Participatie ,324
Verslaving ,000	Geestelijke Gezondheid ,011
	Sociaal Netwerk ,066

Tabel 5: *Wilcoxon Signed Ranks test* tussen de leefgebieden van het 3^e naar het 4^e kwartaal

Nulhypothese verworpen (Asymp. Sig. 2-tailed <0,05)	Nulhypothese aangenomen (Asymp. Sig. 2-tailed >0,05)
Huisvesting ,000	Financiën ,045
Verslaving ,000	Huiselijke Relaties ,608
Dagbesteding ,001	Activiteiten Dagelijks Leven ,329
Sociaal Netwerk ,000	Geestelijke Gezondheid ,349
Maatschappelijke Participatie ,000	Lichamelijke Gezondheid ,196
Justitie ,000	

Tabel 6: *Wilcoxon Signed Ranks test* tussen de leefgebieden van het 1^e naar het 4^e kwartaal

Nulhypothese verworpen (Asymp. Sig. 2-tailed <0,05)	Nulhypothese aangenomen (Asymp. Sig. 2-tailed >0,05)
Financiën ,000	Dagbesteding ,762
Huisvesting ,000	Huiselijke Relaties ,162
Geestelijke Gezondheid ,000	Justitie ,088
Lichamelijke Gezondheid ,002	
Verslaving ,000	
Activiteiten Dagelijks Leven ,001	
Sociaal Netwerk ,000	
Maatschappelijke Participatie ,003	

Tabel 7: *Wilcoxon Signed Ranks test* tussen de gesommeerde leefgebieden

Periode	Nulhypothese verworpen (Asymp. Sig. 2-tailed <0,05)	Nulhypothese aangenomen (Asymp. Sig. 2-tailed >0,05)
Het 1 ^e naar het 2 ^e kwartaal	,000	Niet van toepassing
Het 2 ^e naar het 3 ^e kwartaal	,000	Niet van toepassing
Het 3 ^e naar het 4 ^e kwartaal	,000	Niet van toepassing
Het 1 ^e naar het 4 ^e kwartaal	,000	Niet van toepassing

Uit de resultaten van de *Wilcoxon Signed Ranks test* valt te herleiden dat er wel een verschil is tussen beide variabelen in de tweezijdige overschrijdingskans van het leefgebied *Huiselijke Relaties*. Daarnaast blijkt er bij de leefgebieden Justitie en Dagbesteding er wel een verschil tussen beide variabelen in de tweezijdige overschrijdingskans in drie van de vier afgenomen toetsen. De overige acht leefgebieden (*Financiën, Huisvesting, Geestelijke Gezondheid, Lichamelijke Gezondheid, Verslaving, Activiteiten van het Dagelijks Leven, Sociaal Netwerk en Maatschappelijke Participatie*) vertonen de ene keer wel een verschil tussen beide variabelen in de tweezijdige overschrijdingskans en de andere keer geen verschil tussen beide variabelen in de tweezijdige overschrijdingskans. Bovendien blijkt uit Tabel 7 dat er in geen van de gemeten periodes een verschil is tussen beide variabelen in de tweezijdige overschrijdingskans. Concreet betekent dit dat (1) de overige acht leefgebieden vertonen in de ene periode wel maar bij de andere weer niet een verschil tussen beide variabelen in de tweezijdige overschrijdingskans, (2) deze contradicties voeden en uiten de bestuurlijke complexiteit en fragmentatie van de (O)GGZ-cliënten en (3) de gesommeerde leefgebieden van de (O)GGZ-cliënten vertonen geen verschil, wat betekent dat de totaalscore van alle leefgebieden op de ZRM door de inzet van een arrangement niet leidt tot vooruitgang of achteruitgang; er is sprake van bestendigen.

De veronderstellingen over normatieve relaties¹⁵: (1) zelfredzaamheid is wenselijk en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden zijn, conform bovenstaande data, empirisch houdbaar. In andere woorden: deze veronderstellingen over normatieve relaties van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam zijn *juist*.

Daarnaast is de veronderstelling over de volgende causale relatie¹⁶: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1^e en 0^e de lijnsvoorzieningen, volgens deze kwantitatieve data, voor de (O)GGZ-cliënten empirisch niet houdbaar. Uit de data blijkt immers dat cliënten (binnen de periode van een jaar) niet meer zelfredzaam worden; er is sprake van het bestendigen van de zelfredzaamheid van deze cliënten. Deze veronderstelling over de causale relatie is *onjuist*.

¹⁵ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één en acht.

¹⁶ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, causale relaties, nummer twee.

5.1.2 Complexiteit en fragmentatie

De (O)GGZ-cliëntengroep kenmerkt zich volgens de participanten door een hoge mate van complexiteit en fragmentatie. De beperkingen van (O)GGZ-cliënten lopen sterk uiteen. Dit geldt niet alleen voor de volwassenen, maar ook voor de jongeren doelgroep. Het volgende citaat schetst de situatie:

“Sommige cliënten weten precies waar hun probleem zit en wat ze eraan kunnen doen. Andere cliënten zijn zo de weg kwijt dat ze niet eens weten wat hun probleem is. Als je aan iemand vraagt die al jarenlang te kampen heeft met zware psychiatrische problematiek wat zijn probleem is dan zegt die [sic] persoon waarschijnlijk: geld. Dat is dan inderdaad vaak ook wel een probleem maar dat probleem heeft een oorzaak wat ergens anders vandaan komt. Dit geldt zowel voor jongeren als de volwassenen.”

Het bovenstaande citaat bevestigt de empirische houdbaarheid van de veronderstelling over de volgende normatieve relatie¹⁷: (7) de primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. Deze veronderstelling over de normatieve relatie is dus *juist*.

De respondenten geven aan dat de jongeren en volwassen cliënten binnen het arrangement niet altijd dingen doen die zij belangrijk vinden. Dit betekent dat cliënten de ondersteuning niet altijd als belangrijk beschouwen voor de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld. Het volgende citaat op de volgende pagina karakteriseert de bovenstaande bevinding:

“Ik denk dat een cliënt door een arrangement dingen doet die beter voor hem/haar zijn, maar ik denk niet dat een cliënt dit altijd ervaart als belangrijk, zeker niet bij deze complexe doelgroep. De meeste cliënten willen huisje-boompje-beestje maar snappen of willen vaak niet de stappen ondernemen die hiervoor evident zijn. Ook kan het zijn dat cliënten de perceptie hebben dat ze op hun top zitten van zelfredzaamheid terwijl een hulpverlener dan nog probeert verder te drukken.”

Het bovenstaande citaat bevestigt tevens de empirische houdbaarheid van de veronderstelling van de normatieve relatie¹⁸: (1) zelfredzaamheid van burgers is wenselijk.

Bepaalde groepen jongeren en de meeste volwassen cliënten hebben volgens de respondenten onvoldoende afspraken buiten de deur. De sociale familiale contacten zijn minimaal of verbroken en vanuit het sociaal netwerk worden de cliënten negatief gestimuleerd in het kader van ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld. Het volgende citaat, op de volgende pagina, omschrijft deze bevinding:

¹⁷ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer zeven.

¹⁸ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

“Mijn ervaring is dat hier veel te weinig aandacht voor is in de hulpverlening en hier maken de arrangementen ook geen verschil in. Met name is dat bij deze doelgroep erg lastig. De familiebanden zijn vaak verbroken en er zijn geen positieve invloeden meer uit het netwerk.”

De jongeren en volwassen cliënten overzien niet altijd hoe het leven hun gevormd hebben tot wie zijn nu zijn. Deze groep cliënten hebben geen of slechts een beperkt inzicht in oorzaak-gevolg verbanden in relatie tot de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld. Het volgende citaat beeldt deze constatering af:

“Sommige cliënten zijn zo ver verward dat ze nog maar half weten wat er in het verleden gebeurd is dus deze hebben dat beeld niet. Deze mensen hebben geen inzicht in causale relaties en weten dus ook niet hoe ze meer zelfredzaam moeten worden of wat ze hiervoor moeten doen. Andere cliënten weten precies waardoor ze zijn geworden wie ze nu zijn. Dit is heel divers.”

De veronderstellingen over normatieve relaties¹⁹: (1) zelfredzaamheid is wenselijk, (7) de primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden zijn, ten aanzien van bovenstaande data, (eveneens) empirisch houdbaar gebleken.

5.1.3 Impasse en incubatie

De problematiek van jongeren en volwassen (O)GGZ-clieñten is zoals uit de vorige sectie blijkt in hoge mate verweven met complexiteit fragmentatie welke inherent is aan de doelgroep. Frequent leidt dit tot moeizame dan wel stagnerende empowermentprocessen.

Bepaalde casuïstiek van cliënten drukt der mate op hun leefgebieden/leefwereld dat zij (nog niet) vatbaar voor zijn voor ‘subject-wording’, maar dat eerst de achterliggende problematiek aangepakt dient te worden. Het proces van het sluimeren dan wel identificeren van een ziektekiem van cliënt belemmert ‘subject-wording’ binnen zijn/haar leefgebieden/leefwereld binnen de tijd van de beschikking van een arrangement. De volwassen cliënten bereiken volgens de respondenten in de tijd van de beschikking van een arrangement (doorgaans) niet een definitieve *gewenste* staat van ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld. Het volgende citaat geeft deze determinatie weer.

“Mensen met (O)GGZ-problematiek krijg je vaak niet geholpen met een arrangement van een half jaar of jaar. Deze problematiek is zo zwaar dat herindicatie vaak inherent is aan deze cliënten. Deze mensen hebben echt jaren begeleiding nodig.”

¹⁹ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één, zeven en acht.

Ook hier proeven de veronderstellingen over relaties normatief. Uit het citaat, weergegeven op de voorgaande pagina, blijken (wederom) de volgende veronderstellingen over normatieve relaties²⁰ empirisch houdbaar: (1) zelfredzaamheid is wenselijk, (7) de primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.

Bovendien is ook hier de veronderstelling over de volgende causale relatie²¹: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1e en 0de lijnsvoorzieningen, volgens het citaat weergegeven op de voorgaande pagina, voor de (O)GGZ-cliënten empirisch (wederom) niet houdbaar.

Jongeren tonen volgens de respondenten (over het algemeen) meer veerkracht gedurende de tijd van de beschikking van een arrangement. Het volgende citaat typeert deze gevolgtrekking:

“Indien jongeren intrinsiek gemotiveerd zijn om meer zelfredzaam te worden en de doelen te behalen dan lukt het hen meestal ook binnen de tijd van een arrangement, mits er goede vraagverheldering heeft plaatsgevonden. Echter moet er dan geen sprake zijn van geestelijke beperkingen of ernstige verslaving, want dan zie ik vaak dat de doelen niet behaald worden binnen de tijd die er voor staat”.

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat de veronderstelling over de volgende causale relatie²²: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1e en 0de lijnsvoorzieningen voor de intrinsiek gemotiveerde (O)GGZ- jongerencliënten empirisch houdbaar is, indien zij geen geestelijke beperkingen vertonen of een ernstige verslaving hebben.

Evenzeer geldt de empirische houdbaarheid van de volgende veronderstellingen over normatieve relaties²³ voor het hierboven geëxpliciteerde citaat: (1) zelfredzaamheid is wenselijk en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.

Desondanks het (normatief gezien) wenselijk is om de cliënten te instrueren wat zij beter wel of niet kunnen doen binnen de leefgebieden/leefwereld in het kader van ‘subject-ording’ hebben de zorginstellingen te maken met een tweestrijd in de aanpak hiervan. Deze contradictie voor de zorginstellingen wordt benadrukt in het volgende citaat:

²⁰ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één, zeven en acht.

²¹ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, causale relaties, nummer twee.

²² Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, causale relaties, nummer twee.

²³ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één en acht.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

“Dat is sterk afhankelijk van wat je geïndiceerd krijgt. Als er wordt ingezet op sociaal/persoonlijk functioneren dan moet een hulpverlener jou helpen met wat je wel- en wat je niet moet doen. Voor de (O)GGZ-doelgroep is het logisch dat er hierop wordt ingezet, echter moet er ook niet te hard worden op ingezet omdat je dan een jojo-effect creëert of resulteert het in weerstand. Hier zit [sic] dus voor hulpverleners een dilemma.”

In het bovenstaande citaat wordt tevens de empirische houdbaarheid van de volgende veronderstellingen over normatieve relaties²⁴ bevestigd: (1) zelfredzaamheid is wenselijk. Daarnaast wordt de empirische houdbaarheid van de veronderstelling over de normatieve relatie: (6) bij de indicatiestelling wordt besloten welke van deze resultaatsgebieden relevant zijn ten behoeve van de ondersteuning (en in welke mate dit professioneel moet geschieden) bekrachtigd. Deze veronderstelling over de normatieve relatie is dus *juist*.

Desalniettemin wordt in het bovenstaande citaat de empirische houdbaarheid bevestigd van de volgende veronderstelling over de finale relatie²⁵: (4) integraal ondersteuningsarrangement met discretionaire ruimte voor de professional. Deze veronderstelling is dus *juist*.

De arrangementen dragen niet concreet bij aan het identificeren of het intensiveren van een doel in het leven van een cliënt, terwijl een deel van de respondenten aangeeft dat een doel kan leiden tot het omzetten van negatieve gedachte in positieve gedachten. De volgende citaten representeren deze vaststelling:

(1) *“Het is niet iets waarop we cliënten scoren. Dus hier is niet heel veel aandacht voor. Je kunt dit zien als een tekortkoming van de tool die we nu gebruiken.”*

(2) *“Ik denk dat een cliënt alleen negatieve gedachte omzet in positieve gedachten als hij/zij een doel in zijn/haar leven heeft.”*

Uit de bovenstaande data wordt – enigszins ‘discutabel’ – de veronderstelling over de volgende normatieve relatie²⁶: (3) bieden van voldoende kwaliteit van de ondersteuning min of meer gedeeltelijk empirische onhoudbaar verklaart. Concreet betekent dit dat deze veronderstelling, op dit gebied, *onjuist* is.

De cliënten hebben volgens de respondenten onvoldoende te doen door middel van het arrangement. Ze geven aan dat het dagbestedingsaanbod voor deze doelgroep niet toereikend is, terwijl hier de toegang ligt om ‘subject-ording’ binnen de leefgebieden/leefwereld te realiseren. Het volgende citaat drukt deze constatering uit:

“Er zijn over het algemeen gewoon te weinig passende dagbestedingstrajecten voor jongeren en volwassenen van deze doelgroep. Hierdoor ben ik van mening dat cliënten over het algemeen te weinig te doen hebben, terwijl hier juist de sleutel is [sic] om mensen te empoweren. Als mensen te weinig te doen hebben krijgen ze ook minder zin in het leven en ook het gevoel dat ze geen grip hebben op het leven.”

²⁴ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één en zes.

²⁵ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, finale relaties, nummer vier.

²⁶ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer drie.

Uit het citaat, op de voorgaande pagina, blijkt de volgende veronderstelling over de normatieve relatie²⁷: (3) bieden van voldoende kwaliteit van de ondersteuning empirisch onhoudbaar, in het kader van de toegankelijkheid voor cliënten voor het resultaatgebied *Dagbesteding*. Dit betekent dat op het gebied van passende dagbesteding voor (O)GGZ-cliënten er onvoldoende kwaliteit van de ondersteuning wordt geboden en hierop deze veronderstelling *onjuist* is.

Daarnaast weergeeft het citaat, weergegeven op de voorgaande pagina, de fragmentarische empirische onhoudbaarheid weer van de volgende veronderstelling over de finale relatie²⁸: (1) de zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘eigen kracht’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht. Dit gebeurt nu onvoldoende doordat de toegankelijkheid voor passende *Dagbestedingstrajecten* voor (O)GGZ-cliënten gefrustreerd wordt waardoor de ‘eigen kracht’ alsmede de omgeving niet gestimuleerd wordt.

De respondenten geven aan dat veel cliënten nog onvoldoende op zichzelf durven te vertrouwen na afloop van een arrangement. De paradox van empowermentondersteuning leidt volgens sommige respondenten tot machteloosheid bij de cliënten. Het volgende citaat stelt deze uitkomst voor:

“Een arrangement is dusdanig ingericht dat een cliënt het gevoel krijgt dat ze juist niet op zichzelf kunnen vertrouwen, want als je op jezelf kan vertrouwen dan had je het arrangement niet gehad. Aangezien er bij deze doelgroep vaak een herindicatie plaatsvindt na afloop van het arrangement blijkt het dus dat ze dit nog steeds onvoldoende beheersen. Met de bestaande hulpverlening- en behandelingsstechnieken kunnen we deze problematiek nog niet oplossen. En bovendien zijn cliënten vaak machteloos geworden. Als jij je hele leven in instellingen hebt gewoond waarbij iemand anders voor je bepaalt wat je moet doen, dan heb je ook niet de kans gekregen om te leren hoe het wel moet.”

In het bovenstaande citaat wordt de empirische onhoudbaarheid uiteengezet, van de volgende veronderstelling over de finale relatie²⁹: (1) de zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘eigen kracht’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht. Immers blijkt dat herindicatie machteloosheid voedt bij cliënten, zodoende wordt de ‘eigen kracht’ niet gestimuleerd.

Bovendien blijkt uit citaat dat de veronderstelling over de volgende causale relatie³⁰: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1e en 0de lijnsvoorzieningen, empirisch niet houdbaar is aangezien herindicatie bij de (O)GGZ doelgroep vaak plaatsvindt.

²⁷ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer drie.

²⁸ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, finale relaties, nummer één.

²⁹ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, finale relaties, nummer één.

³⁰ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, causale relaties, nummer twee.

De ‘patiëntrol’ staat zowel bij de jongeren als de volwassenen volgens de respondenten nog (te veel) centraal in het leven van de cliënt. Dit openbaart zich binnen het volgende citaat:

“Ik denk dat de patiëntenrol nog wel te veel centraal staat in het leven van de cliënt. De beleidsmakers praten er wel anders over, maar dit heeft geen effect op de perceptie van de cliënt.”

5.1.4 Perspectieven voor het doorbreken van de impasse

De *Ordinal Regression test* modellen vertonen statistisch (significante) inzichten in de geschatte verandering van de score op de leefgebieden langs de ZRM in correlatie met de inzet van de relevante intensiviteitstreden per resultaatgebied (welke tezamen een arrangement vormen). Hieronder is de significante output van de *Ordinal Regression test* modellen in tabellen gepresenteerd. Helemaal links in het tabel staan de getoetste periodes. De resultaten die het tweede van links in de tabel staan zijn de significante resultaatgebieden met de bijbehorende intensiviteitstreden. Rechts naast de significante resultaatgebieden en intensiviteitstreden staat de geschatte Δ van de ontwikkeling langs de ZRM (op de afhankelijke variabelen) door de inzet van het bijbehorende resultaatgebied en intensiviteitstreden. Helemaal rechts in de tabel is de waarde van de significantie weergegeven.

Tabel 8: *Ordinal Regression test* van de afhankelijke variabele *Financiën*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	Financiën: midden	2,190	,000
	Dagbesteding: midden	,999	,001
	Huisvesting: beschermd wonen	-1,492	,000
	Huisvesting: begeleid wonen	-2,391	,001
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: midden	1,435	,001
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Geen significantie	n.v.t.	n.v.t.
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	Financiën: midden	1,946	,002
	Dagbesteding: midden	1,746	,001

Tabel 9: *Ordinal Regression test* van de afhankelijke variabele *Dagbesteding*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	SPF*: intensief	2,004	,003
	SPF*: midden/intensief	2,379	,000
	SPF*: midden	3,020	,000
	SPF*: beperkt/midden	2,064	,000
	SPF*: beperkt	2,445	,000
	Dagbesteding: midden	,958	,002
	Dagbesteding: beperkt	1,215	,000
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Dagbesteding: intensief	1,513	,000
	Dagbesteding: beperkt	1,203	,001
	Huisvesting: begeleid wonen	-1,942	,002
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: midden	2,149	,000
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF*: intensief	2,726	,004
	SPF*: midden/intensief	2,892	,001

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

SPF*: midden	4,293	,000
OZZG***: midden	-2,055	,001
OZZG***: beperkt	-2,745	,000

* SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

** OZZG= Ondersteuning bij Zelfzorg en Gezondheid

Tabel 10: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Huisvesting*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	SPF*: midden	2,546	,000
	ORVH***: 5 keer per week	-4,595	,000
	Dagbesteding: beperkt	1,460	,000
	Huisvesting: begeleid wonen	-1,403	,001
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: intensief	2,221	,000
	OZZG***: beperkt	-,774	,005
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Financiën	1,109	,004
	Dagbesteding: intensief	1,512	,000
	Dagbesteding: midden	1,089	,001
	Dagbesteding: beperkt	1,043	,001
	OZZG***: midden	-1,764	,000
	OZZG***: beperkt	-,947	,001
	SPF*: intensief	2,879	,001
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF*: midden/intensief	3,837	,000
	SPF*: midden	2,585	,002
	SPF*: beperkt/midden	2,306	,001
	Huisvesting: beschermd wonen	-2,261	,001

* SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

** ORVH= Ondersteuning en Regie bij het Voeren van een Huishouden

*** OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

Tabel 11: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Huiselijke Relaties*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	Geen significantie	n.v.t.	n.v.t.
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: midden	1,402	,001
	OZZG*: intensief	-2,526	,000
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: intensief	-1,995	,000
	Dagbesteding: midden	-2,098	,000
	OZZG*: intensief	2,541	,001
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	Geen significantie	n.v.t.	n.v.t.

* OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

Tabel 12: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Geestelijke Gezondheid*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	Financiën: intensief	1,938	,001
	Dagbesteding: midden	-,898	,003
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: beperkt	-1,629	,000
	OZZG*: intensief	-4,496	,000
	OZZG*: midden	-3,201	,000
	OZZG*: beperkt	-1,265	,000
	Huisvesting: beschermd wonen	1,509	,000
	Huisvesting: begeleid wonen	2,983	,000

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: midden	-1,202	,001
	OZZG*: intensief	-2,682	,000
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF***: intensief	2,648	,002
	Financiën: midden	1,454	,005
	Dagbesteding: midden	-1,093	,005
	Huisvesting: begeleid wonen	-2,686	,000

* OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

** SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

Tabel 13: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Lichamelijke Gezondheid*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	SPF*: beperkt	1,901	,001
	Financiën: intensief	-1,991	,001
	Financiën: beperkt	-1,325	,000
	Dagbesteding: intensief	1,172	,001
	Dagbesteding: beperkt	1,018	,001
	Huisvesting: begeleid wonen	1,785	,004
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: intensief	-2,137	,001
	Huisvesting: begeleid wonen	1,592	,004
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Financiën: beperkt	1,046	,003
	OZZG***: intensief	2,069	,001
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF*: intensief	2,746	,000
	Dagbesteding: intensief	2,350	,000
	Huisvesting: begeleid wonen	2,107	,002

* SPF= Sociaal en Persoonlijk

** OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

Tabel 14: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Verslaving*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	Financiën: beperkt	1,240	,004
	Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: midden	1,596
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: beperkt	-1,415	,001
	SPF*: midden	-3,005	,005
	SPF*: beperkt/midden	-3,835	,000
	Dagbesteding: intensief	-1,451	,001
	Dagbesteding: beperkt	-,993	,003
	Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF*: beperkt/midden	2,396
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	Financiën: midden	1,959	,001
	Dagbesteding: midden	-1,314	,003
	Dagbesteding: beperkt	-1,402	,001
	OZZG***: midden	2,150	,001
	Huisvesting: beschermd wonen	-2,463	,001

* SPF= Sociaal en Persoonlijk

** OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

Tabel 15: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Activiteiten Dagelijks Leven*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	SPF*: beperkt	2,166	,000
	Dagbesteding: intensief	1,256	,002
	OZZG***: intensief	1,951	,003
	OZZG***: midden	1,359	,001

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Dagbesteding: intensief	2,302	,000
	Dagbesteding: midden	1,842	,000
	Dagbesteding: beperkt	2,376	,000
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: intensief	2,233	,000
	Dagbesteding: midden	1,200	,001
	Huisvesting: begeleid wonen	2,209	,001
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	ORVH***: 5 keer per week	-3,298	,002
	Financiën: midden	2,168	,000
	Dagbesteding: intensief	2,053	,000

* SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

** OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

*** ORVH= Ondersteuning en Regie bij het Voeren van een Huishouden

Tabel 16: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele Sociaal Netwerk

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	Dagbesteding: beperkt	0,943	,003
	OZZG*: intensief	2,930	,000
	OZZG*: midden	1,257	,002
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Huisvesting: beschermd wonen	-1,619	,000
	Dagbesteding: intensief	1,010	,005
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	OZZG*: beperkt	1,125	,000
	OZZG*: intensief	-2,199	,003
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	OZZG*: midden	-2,562	,000
	SPF***: midden/intensief	2,871	,002
	SPF***: midden	4,112	,000
	SPF***: beperkt	2,023	,005
	Financiën: midden	2,549	,000
	Dagbesteding: beperkt	2,568	,000
	OZZG*: intensief	2,879	,002
	Huisvesting: beschermd wonen	-3,281	,000

* OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

** SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

Tabel 17: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele Maatschappelijke Participatie

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	OZZG*: intensief	2,139	,001
	Huisvesting: beschermd wonen	-1,666	,000
	Huisvesting: begeleid wonen	-3,233	,000
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Dagbesteding: intensief	1,441	,000
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	SPF***: intensief	-3,839	,001
	SPF***: midden/intensief	-3,215	,003
	SPF***: midden	-3,573	,001
	SPF***: beperkt/midden	-3,714	,000
	SPF***: beperkt	-4,090	,000
	Dagbesteding: beperkt	,929	,005
		SPF***: intensief	4,437
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF***: midden/intensief	3,459	,000
	SPF***: midden	3,747	,000
	SPF***: beperkt/midden	2,817	,000
	Huisvesting: beschermd wonen	-2,365	,001

* OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

** SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

Tabel 18: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *Justitie*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	Dagbesteding: midden	1,019	,001
	Dagbesteding: beperkt	,971	,004
	Huisvesting: beschermd wonen	1,072	,004
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Financiën: intensief	-5,538	,000
	OZZG*: midden	-3,332	,000
	OZZG*: beperkt	-,940	,004
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: beperkt	2,630	,000
	OZZG*: midden	-2,267	,000
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	Dagbesteding: intensief	1,501	,004
	Dagbesteding: beperkt	1,177	,004

* OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

Tabel 19: Ordinal Regression test van de afhankelijke variabele *gesommeerde ZRM-scores*

Periode	Resultaatsgebied en intensiviteitstreden	Geschatte Δ	Sig.
Δ Van het 1e naar het 2e kwartaal	SPF*: midden/intensief	1,791	,000
	SPF*: beperkt/midden	1,179	,004
	Financiën: midden	1,067	,001
Δ Van het 2e naar het 3e kwartaal	Dagbesteding: intensief	1,384	,000
	OZZG***: intensief	-1,669	,001
	OZZG***: beperkt	-,709	,001
Δ Van het 3e naar het 4e kwartaal	OZZG***: midden	-1,642	,000
	Huisvesting: begeleid wonen	1,476	,000
Δ Van het 1e naar het 4e kwartaal	SPF*: intensief	4,041	,000
	SPF*: midden/intensief	4,279	,000
	SPF*: midden	3,019	,000
	SPF*: beperkt/midden	2,322	,000
	SPF*: beperkt	1,575	,003
	Financiën: midden	2,273	,000
	Huisvesting: beschermd wonen	-2,797	,000

* SPF= Sociaal en Persoonlijk Functioneren

** OZZG= Ondersteuning Bij Zelfzorg en Gezondheid

Uit de *Ordinal Regression test* blijkt dat de veronderstelling over de volgende causale relatie: (1) de WMO-cliëntpopulatie kan meer zelfredzaam worden door de inzet van een ‘duurder’ ondersteuningsarrangement (voor de duur van de beschikking) empirisch niet houdbaar is. Uit de *Ordinal Regression test* tabellen blijkt dat een intensiever (duurder) arrangement niet significant correleert de kans op toename van de zelfredzaamheid (langs de leefgebieden van de ZRM).

Zowel uit de statistische – als de kwalitatieve data blijkt dat passende dagbesteding een perspectief biedt tot ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld van een cliënt. Het volgende citaat biedt een kader voor optimalisering van dit resultaatsgebied:

“Ik weet dat het indiceren van dagbesteding aan de (O)GGZ-volwassenen en jongeren doelgroep achter ligt op de prognose en dit is aan de ene kant logisch want de vraag is er meestal niet bij de cliënt en aan de andere kant is het jammer omdat dagbesteding vaak ervoor kan zorgen dat cliënten echte stappen doorloopt.”

Er zijn ook perspectieven te benomen van zaken die *goed* gaan. Volgens de respondenten kunnen de cliënten goed omgaan met hun kwetsbaarheden door het arrangement en geven aan dat de cliënten door de bank genomen rust en veiligheid ervaren in hun woning door middel van het arrangement.

5.1.5 Resumé: afhankelijke variabelen performance ambities

Uit *Wilcoxon Signed Rank test* vertoont voor *Huiselijke Relaties*, *Justitie* en *Dagbesteding* wel een tweezijdige overschrijdingskans tussen beide variabelen. De leefgebieden *Financiën*, *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Huiselijke Relaties*, *Geestelijke Gezondheid*, *Lichamelijke Gezondheid*, *Verlaving*, *Activiteiten van het Dagelijks Leven*, *Sociaal Netwerk* en *Maatschappelijke Participatie* vertonen een *schommelende* tweezijdige overschrijdingskans. De *Wilcoxon Signed Rank test* met de *gesommeerde ZRM-scores* vertonen allen *geen* tweezijdige overschrijdingskans wat betekent dat van cliënten de totaalscore van alle leefgebieden op de ZRM door de inzet van een arrangement niet leidt tot vooruitgang of achteruitgang; er is sprake van *bestendigen*.

De (O)GGZ-doelgroep is in hoge mate verweven met *complexiteit* en *fragmentatie*. (O)GGZ-clieënten kennen sterk uiteenlopende beperkingen, een beperkt of geen inzicht in *causale relaties* wat ook samenhangt aan het onbelangrijk ervaren van specifieke taken uit het arrangement en worden daarnaast negatief beïnvloed vanuit een beschadigd sociaal netwerk. Deze *complexiteit* en *fragmentatie* drukt (zwaar) op de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld van de cliënten.

Daarnaast is er sprake van *impasse* en *incubatie* van de ‘subject-wording’ van cliënten binnen de leefgebieden/leefwereld. Volwassen cliënten bereiken (doorgaans) niet het doel van ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld wat binnen het arrangement is geformuleerd en wordt nagestreefd. Jongeren cliënten tonen hierin meer *veerkracht*. Echter draagt een arrangement niet bij aan het *identificeren* of het *intensiveren* van een doel in het leven van een cliënt wat tevens relateert aan het niet kunnen omzetten van *negatieve* gedachte in *positieve* gedachten. Mede hierdoor durven veel cliënten nog *onvoldoende* op zichzelf te *vertrouwen* na afloop van een arrangement. Evenzeer hebben cliënten onvoldoende te doen door middel van het arrangement, omdat het dagbestedingsaanbod *ontoereikend* is, terwijl hier de toegang ligt om ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld te realiseren.

Verder is het de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld, waarbij *paradoxaal* genoeg tijdelijke empowermentondersteuning noodzakelijk dient te zijn, ook precies wat *machteloosheid* creëert bij cliënten. Bovendien staat de ‘patiëntenrol’ zowel bij de jongeren als de volwassenen nog (te veel) centraal in het leven van de cliënt. Maar ook hebben de zorginstellingen te maken met een dilemma in het kader van de cliënten instrueren in wat zij beter wel of niet kunnen doen binnen de leefgebieden/leefwereld in het kader van ‘subject-wording’: (te) *sterke sturing* heeft de potentie om een *jojo-effect* te creëren of te stuiten op *weerstand* (en is dus ondoeltreffend; *ineffectief*).

Daarbij weergeeft de verworven data van het construct *performance ambities* inzichten in het *doorbreken van de impasse* van empowermentprocessen van de (O)GGZ-clieëntgroep. De *Ordinal Regression test* tabellen vertonen een positieve geschatte Δ langs de ZRM voor de leefgebieden *Financiën*, *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Lichamelijke Gezondheid*, *Activiteiten van het Dagelijks Leven*, *Sociaal Netwerk*, *Maatschappelijke Participatie* en *Justitie* bij de inzet op

het resultaatgebied *Dagbesteding*. Dit betekent dat de kwalitatieve data waaruit blijkt dat inzet op *Dagbesteding* leidt tot de toegang tot ‘subject-ording’ binnen de leefgebieden/leefwereld voor een substantieel aandeel statistisch wordt bevestigd, echter geldt dit niet voor de leefgebieden *Verslaving*, *Huiselijke Relaties* en *Geestelijke Gezondheid* deze weergeven een negatieve geschatte Δ langs de ZRM bij de inzet op *Dagbesteding*. Desalniettemin ligt het indiceren van dagbesteding aan de (O)GGZ-cliënten ligt achter op de prognose: hier ligt potentie tot optimalisatie, immers biedt *passende dagbesteding* perspectieven voor positieve ontwikkeling langs de ZRM voor (O)GGZ-cliënten.

De *Ordinal Regression test* tabellen vertonen voor de (O)GGZ-doelgroep zeer frequent ingezette resultaatgebied *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* ook positieve geschatte Δ langs de ZRM voor de leefgebieden *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Geestelijke Gezondheid*, *Lichamelijke Gezondheid*, *Activiteiten van het Dagelijks Leven*, *Sociaal Netwerk en Justitie*, echter geldt dit niet voor de leefgebieden *Verslaving* en *Maatschappelijke Participatie* deze weergeven een negatieve geschatte Δ langs de ZRM bij de inzet op *Sociaal en Persoonlijke Functioneren*.

Tot slot vertonen de resultaatgebieden *Ondersteuning en Regie bij het voeren van een Huishouden*, *Financiën*, *Ondersteuning bij Zelfzorg en Gezondheid*, *Huisvesting en Mantelzorgondersteuning* schommelende geschatte Δ langs de ZRM in correlatie met de leefgebieden. Daarnaast blijken veel bevindingen uit de *Ordinal Regression test* modellen niet significant, dit maakt het onmogelijk om over deze variabelen te concluderen.

De volgende veronderstellingen over causale relaties zijn *onjuist*: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliëntpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt³¹ naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1e en 0de lijnsvoorzieningen en (3) de WMO-cliëntpopulatie kan meer zelfredzaam worden door de inzet van een ‘duurder’ ondersteuningsarrangement (voor de duur van de beschikking).

De volgende veronderstelling over de finale relatie is *onjuist*: (1) de zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘eigen kracht’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht. En de volgende is *juist*: (1)

Integraal ondersteuningsbeleid en uitvoering met discretionaire ruimte voor de professional.

De volgende veronderstellingen over de normatieve relaties zijn fragmentarisch *onjuist*: (3) het bieden van voldoende kwaliteit van ondersteuning. En de volgende zijn *juist*: (1) zelfredzaamheid is wenselijk, (6) bij de indicatiestelling wordt besloten welke van deze resultaatgebieden relevant zijn ten behoeve van de ondersteuning (en in welke mate dit professioneel moet geschieden), (7) De primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. In andere woorden: burgers die niet zelfredzaam zijn en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.

³¹ Met uitzondering van intrinsiek gemotiveerde (O)GGZ-jongeren zonder geestelijke beperking en/of ernstige verslaving.

5.2 Contingentie factoren

De contingentie factoren kennen een tweeledig bestaan: (1) de interveniërende variabelen, deze weergeven de intentionele ideale condities voor empowerment en (2) de modererende variabelen, deze weergeven de intentionele strategieën voor succes voor het empowermentproces.

5.2.1 De interveniërende variabelen

Bereidheid van hulpverleners om macht te delen

De bereidheid van hulpverleners om macht te delen met de (O)GGZ-cliënten is volgens de respondenten slechts beperkt aanwezig. De cliënten zijn onvoldoende bekwaam tot regievoering binnen de leefgebieden/leefwereld. Het volgende citaat vertolkt deze bevinding:

“Met name in de (O)GGZ-doelgroep gebeurt dit niet. Het vermogen tot regievoering van deze doelgroep is zeer gebrekkig. Op het moment dat ze hulpverlening krijgen geeft de hulpverlener slechts een paar keuzes waar de cliënt uit kan kiezen.”

Bereidheid van cliënten om macht te delen

De cliënten, ongeacht jongeren of volwassenen, willen volgens de respondenten uiteindelijk passend naar hun vermogen ‘empoweren’ in hun leefgebieden/leefwereld. Hiervoor dienen cliënten om passende hulp durven te vragen. Dit gebeurt met enige regelmaat niet. Het volgende citaat representeert deze problematiek en toont de effecten hiervan:

“Voor een heel groot deel van de mensen heerst er een heel groot taboe op. Bij de vraagverhelderingsgesprekken moet je hier ook rekening mee houden. Daarnaast moet je er sterk rekening mee houden dat de cliënt zelf geen overzicht heeft van waar zijn problemen bevinden of dat de cliënt sociaal wenselijke antwoorden geeft. Dit zorgt voor complexiteit voor het opstellen van een concrete hulpvraag en kan leiden tot tijdelijke niet passende zorg.”

Uit het bovenstaande citaat valt de empirische houdbaarheid vast te stellen van de volgende veronderstelling over de finale relatie³²: (8) het vertrekpunt in de indicatievorming is dat iedere zorgvraag in beginsel uniek is en dat het protocol expliciete handvatten biedt, wat discretionaire ruimte toestaat voor maatwerkoplossingen. Deze veronderstelling is dus *juist*.

De mogelijkheid voor cliënten tot peer-zeggenschap en zelf-leiderschap verantwoordelijkheden

De drang van cliënten om zijn/haar ervaringen te delen met gelijkgestemden is volgens de respondenten niet aanwezig. Ervaringsdeskundige kunnen een bijdrage leveren doordat zij de problematiek via een ander referentiekader beschouwen dan de hulpverleners, echter dragen zij niet bij aan ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld van een cliënt. Het volgende citaat weerspiegelt deze constatering:

³² Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, finale relaties, nummer acht.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

“Ik heb totaal niet het idee dat ze daar behoefte aan hebben. Wel denk ik dat er behoefte is aan ervaringsdeskundigen, omdat een ervaringsdeskundige via een ander referentiekader kijkt naar de hulpverlening dan dat de hulpverleners dat doen. Ik denk overigens niet dat een ervaringsdeskundige eraan kan bijdragen cliënten toe te leiden naar een ‘beter’ leven of wel meer zelfstandigheid c.q. empowerment.”

5.2.2 De modererende variabelen

Modeleren van een communicatieve situatie

De respondenten geven aan dat de samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en de hulpverlener over het algemeen goed is. Indien dit niet goed is kan er een andere mentor worden benoemd, echter is dit vaak niet nodig omdat slechte samenwerkingsrelaties vaak het gevolg zijn van een persoonlijkheidsstoornis van de cliënt. Evenzeer gaan hulpverleners te veel uit van de mogelijkheden van een cliënt, bepaalde respondenten geven aan dat de huidige hulpverlening hierin teveel doordraaft. Het volgende citaat uit deze determinatie:

“Ik zal heel eerlijk tegen je zijn ik erger me er groen en geel aan. Het gaat soms zo ver dat een hulpverlener niet eens meer kan vertellen wat er mis is met een cliënt dus kan hij/zij niet eens beargumenteren waarom een cliënt hulp nodig heeft. Dan heb je ook een probleem als je een cliënt moet aanmelden bij een arts of begeleidende instantie. Ik vind dat we soms een beetje zijn doorgeslagen. Iedere training die we nu krijgen is gericht op empowerment of zelfredzaamheid. Er is vaak te veel oog op wat er beter kan gaan en te weinig oog voor wat er nou echt structureel mis gaat en wat een cliënt echt niet kan en wat hij/zij dus ook nooit gaat leren.”

Creëren van onafhankelijkheid en interdependentie

De cliënten krijgen volgens de perceptie van de respondenten passende ondersteuning waar nodig, echter is er de kans dat de ondersteuning onvoldoende past bij het leven van een cliënt. Het volgende citaat onderschrijft deze bevinding:

“De kans is kleiner bij (O)GGZ-clieñten omdat zij geen vrije keuze hebben van zorgaanbieder en dus ook geen aanbieder kunnen zoeken welke aansluit op hun leven. Als cliënten bij het Leger des Heils vragen om naar de moskee te gaan kan ik me voorstellen dat een hulpverlener wel een paar keer moet slikken om hieraan toe te geven en dat cliënten dit als hinderlijk ervaren. Het Leger des Heils is immers een gereformeerde partij.”

Volgens de respondenten is de hulpverlener er niet altijd wanneer een cliënt dit nodig heeft. Dit probleem ligt niet uitsluitend bij de zorginstellingen maar tevens bij de gemeente Rotterdam zelf. Het volgende citaat spiegelt deze bevinding af:

“De ambulante hulpverlening is veel te veel 9 tot 5 ingericht. Als ik een arrangement moet maken en er moeite voor moet doen om instellingen te vinden die dat buiten de reguliere werktijden kunnen doen vind ik dat ronduit belachelijk. Maar het is niet alleen de hulpverlening, maar ook de gemeente zelf. Probeer hier maar

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

eens een WMO-adviseur te vinden die 's avonds op huisbezoek gaat. Ik doe het weleens en dan staan collega's mij aan te kijken of ik gek ben geworden."

Het citaat, gedeeltelijk weergegeven op de vorige pagina weergeeft (eveneens) fragmentarisch de empirische onhoudbaarheid van de volgende veronderstelling over de normatieve relatie³³: (3) bieden van voldoende kwaliteit van de ondersteuning. De *negen* tot *vijf* cultuur binnen de gemeente en bij de zorgaanbieders maakt het complex buiten deze tijden een arrangement te vormen.

Approximatieve arrangementinhoudelijke variabelen

De duur van de beschikking van een arrangement en de indicatiestelling is volgens de respondenten voldoende. De intensiviteitstreden van een resultaatgebied binnen een arrangement worden vaak te terughoudend en besparend vastgesteld waardoor er van de cliënten niet verwacht kan worden dat ze groeien op dit gebied. Het volgende citaat bevestigt deze constatering:

"Ik denk dat we hier te voorzichtig en te bezuinigend in zijn als gemeente Rotterdam. Ik kom het weleens tegen dat mensen worden geïndiceerd voor psychische hulpverlening, maar dat we niet eens een uur per week een hulpverlener op hbo-niveau conform het cao-loon kunnen in zetten. Dan kan je ook niet verwachten dat iemand hierop groeit."

Het bovenstaande citaat toont (evenzeer) fragmentarisch de empirische onhoudbaarheid van de volgende veronderstelling over de normatieve relatie³⁴: (3) bieden van voldoende kwaliteit van de ondersteuning. Te voorzichtig en bezuinigend indiceren leidt niet tot passende ondersteuning.

5.2.3 Resumé: interveniërende, modererende variabelen en contingentie factoren

Uit de interveniërende en modererende variabelen van het construct *contingentie factoren* blijkt dat de hulpverleners en cliënten van de (O)GGZ-doelgroep in beperkte mate bereid zijn om *macht te delen*. De cliënten hebben geen behoefte aan *peer-zeggenschap* met andere cliënten, ook draagt een ervaringsdeskundige niet bij aan 'subject-wording' binnen de leefgebieden/leefwereld. De samenwerkingsrelatie tussen cliënten en de hulpverlener is vaak goed, alhoewel deze gehinderd kan worden door persoonlijkheidsstoornissen van de cliënten of door een hulpverlener die te ambitieus uitgaat van de mogelijkheden van een cliënt. Dit weergeeft enige complexiteit en problematiek voor het 'werkelijk' modeleren van *een communicatie situatie*. De cliënten krijgen passende ondersteuning waar nodig binnen de leefgebieden/leefwereld, weliswaar is het mogelijk dat de ondersteuning onvoldoende past bij het leven van een cliënt. Evenzeer is de hulpverlener er niet altijd wanneer een cliënt dit nodig heeft. Dit probleem ligt niet uitsluitend bij de zorginstellingen maar tevens bij de gemeente Rotterdam zelf, omdat er een sterke *negen* tot *vijf* cultuur heerst. Zodoende wordt er niet duurzaam *onafhankelijkheid* en *interdependentie* gecreëerd.

³³ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer drie.

³⁴ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer drie.

Tot slot is de duur van de beschikking van een arrangement en de indicatiestelling voldoende, echter worden de intensiviteitstreden van een resultaatgebied binnen een arrangement (te) vaak terughoudend en besparend vastgesteld waardoor er van de cliënten niet verwacht kan worden ‘subject-wording’ te realiseren binnen dit leefgebied.

De volgend veronderstelling over de finale relatie is *juist*: (8) het vertrekpunt bij indicatievorming is dat iedere zorgvraag in beginsel uniek is en dat het expliciete handvatten biedt, wat discretionaire ruimte toestaat voor maatwerkoplossingen.

5.3 Intern systeem

Het slot van de bevindingen ligt bij het intern systeem, respectievelijk de onafhankelijke variabele. Binnen het internsysteem zijn de extern systeem variabelen geïncorporeerd. Het extern systeem weergeeft de context variabelen.

5.3.1 Noodlot

Veel cliënten ervaren volgens de respondenten een gevoel van machteloosheid over de situatie waarin zij zich bevinden. Veel cliënten hebben niet het sentiment invloed uit te kunnen voeren in de leefgebieden/leefwereld ten einde ‘subject-wording’ hierbinnen te realiseren. Het volgende citaat illustreert deze bevinding:

“Ik denk dat veel cliënten, zowel jongeren als volwassenen, zich wel machteloos voelen zeker in deze doelgroep. Veel mensen hebben helemaal niet het idee dat ze invloed op hun eigen leven kunnen uitvoeren.”

Ook in deze sectie proeven de veronderstellingen over relaties normatief. Uit het citaat blijken (wederom) de volgende veronderstellingen over normatieve relaties³⁵ empirisch houdbaar: (1) zelfredzaamheid is wenselijk en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.

5.3.2 Sociale uitsluiting

De omgeving en het sociaal netwerk van zowel jongeren als oudere cliënten is volgens de respondenten vaak onderhevig aan ernstige schade. Dit betekent dat cliënten geen of nauwelijks positieve steun, bescherming en sociaal contact kennen. Het volgende citaat uit de sociale uitsluiting waarin veel cliënten zich bevinden:

Over het algemeen is er weinig aanspraak en luisterend oor die de omgeving van de cliënt hem/haar kan bieden. De netwerken zijn vaak te beschadigd. Soms vindt er nog wel ondersteuning plaats, maar dit is meer bij uitzondering en dit gebeurt eigenlijk alleen bij jongeren waarbij de moeder om de hoek komt kijken. De meeste verstandhoudingen die cliënten hebben zijn negatief voor de cliënt zelf. Bijvoorbeeld op een hoek van de straat drinken en gebruiken is niet positief. In het algemeen kunnen de cliënten niet terugvallen op mensen om hun heen.

³⁵ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één en acht.

Het citaat, gepresenteerd op de voorgaande pagina, weergeeft (eveneens) de empirische houdbaarheid van de volgende normatieve relatie³⁶: (7) de primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. Desalniettemin is het citaat expliciet gefocust op de problematiek omtrent de sociale contacten van een (O)GGZ-cliënt.

De respondenten geven aan dat inzet op *Dagbesteding* en *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* kan bijdrage aan het opheffen van de sociale uitsluiting waarin een cliënt zich kan bevinden. Het volgende citaat representeert deze constatering:

“Het enige wat zou kunnen werken in een arrangement is dagbesteding. Door de dagbesteding kan de cliënt het gevoel krijgen ergens bij te horen. Ook kunnen mensen toe geleid worden naar sociaal en persoonlijk functioneren. Dat kan als een begeleider een cliënt bijvoorbeeld een aantal keer meeneemt naar een buurthuis zodat de cliënt daar zijn persoonlijk contacten kan leggen.”

5.3.3 Overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken

Overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken zijn volgens respondenten een onderschat probleem. Veel cliënten binnen de (O)GGZ-doelgroep vertonen LVB-problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en zijn verslaafd. Het volgende citaat vertolkt deze determinatie:

“Dit is bij de (O)GGZ-doelgroep een zwaar onderschat probleem. Veel cliënten hebben een heel laag IQ, verslavingen of psychosociale stoornissen. Dit drukt enorm op de mogelijkheden om een cliënt te laten groeien in de leefgebieden”

Het bovenstaande citaat toont (evenzeer) de empirische houdbaarheid van de volgende normatieve relatie³⁷: (7) de primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. Weliswaar is dit citaat expliciet geconcentreerd op de problematiek omtrent de mentale gezondheid van een (O)GGZ-cliënt.

5.3.4 Beeldvorming over wat ‘gezond’ en ‘normaal’ is

Volgens de respondenten neemt de samenleving zijn verantwoordelijkheid in het kader van het treffen van passende voorzieningen voor (O)GGZ-cliënten. Desalniettemin worden de cliënten niet voor volwaardig aangezien. Het volgende citaat weerspiegelt deze bevinding:

³⁶ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer zeven.

³⁷ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer zeven.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

De samenleving houdt rekening met (O)GGZ-problematiek. Er worden passende voorzieningen getroffen. Maar de samenleving ziet de cliënten niet als vol. Niemand ziet zijn gekke buurman voor vol aan. Niemand ziet een dakloze voor vol aan. Hier heerst gewoon een bepaald stigma op.

Het bovenstaande citaat expliciteert (insgelijks) dat de veronderstelling over normatieve relaties³⁸: (1) zelfredzaamheid is wenselijk empirisch houdbaar is

5.3.5 Buitensporige eisen

Er is sprake van een *ethisch dilemma* in het respecteren van de rechten van de cliënt als burger. De respondenten geven aan dat het recht op privacy onevenredige toepassing kent indien een individu geïndiceerd is/wordt als (O)GGZ-client. Het volgende citaat belichaamt deze vaststelling:

“Met name het recht op privacy schort het nog weleens aan. Het is vaak niet moreel netjes geregeld omdat deze doelgroep potentieel van last kan zijn voor de samenleving wordt hun data verspreid ter preventie. Pragmatisch snap ik het want het immers bemoeizorg, maar ethisch is het lastig.”

Volgens de respondenten ligt het er sterk aan hoe gemeente (O)GGZ-problematiek en cliënten definieert in hoeverre zij sociale zekerheid bieden aan cliënten. Dit is sinds de transitie een erg belangrijke factor geworden. Dit uit de onevenredigheid per gemeente van het recht op zorg krachtens de WMO. Daarnaast geven de respondenten aan dat cliënten in onze samenleving gediscrimineerd worden. Het volgende citaat schildert deze constatering af:

“Met het toepassen op het recht op privacy en de toepassing hiervan wordt wel degelijk gediscrimineerd. Daarnaast denk ik dat de kans klein is dat een typische (O)GGZ-client een discotheek binnen komt.”

5.3.6 Onbegrip

De cliënten worden volgens de respondenten frequent niet geaccepteerd door de mensen om hun heen. Dit geldt niet uitsluitend voor onbekende van een cliënt als de cliënt leidt aan (een) persoonlijkheidsstoornis(sen). Het volgende citaat beeldt deze bevinding uit:

“Vreemde accepteren de cliënten vaak niet, maar ook binnen intramurale settingen worden sommige cliënten met bijvoorbeeld heftige persoonlijkheidsstoornissen niet door andere cliënten geaccepteerd.”

Mensen om de cliënt heen nemen hem/haar niet altijd zoals hij/zij is. Dit differentieert sterk en is volgens de respondenten onder meer afhankelijk van de hoogst genoten opleiding binnen het huishouden. Het volgende citaat illustreert deze constatering:

“Ik ken situaties waarbij een schizofrene zoon helemaal kapot werd getrapt omdat hij maar is moest stoppen met stemmen horen. Dan wordt je probleem niet echt

³⁸ Zie hoofdstuk 4 Beleid, context en achtergrond, sectie 4.10 De gereconstrueerde beleidstheorie, normatieve relaties, nummer één.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

geaccepteerd. Vaak zie je dat als cliënten uit een hoger opgeleid gezin komen dat zij ook sneller worden genomen hoe hij/zij is."

De respondenten geven aan het lastig te vinden om concreet ruimte te maken voor de manier van meedoen van cliënten. Ze vragen zich af in hoeverre (O)GGZ-problematiek een probleem is van de samenleving of het probleem is van de bestuurlijke overheid. Het volgende citaat beschrijft deze constellatie:

"Ik vraag me af in hoeverre je daar als samenleving ruimte voor moet maken. Ik ben bijvoorbeeld niet bij mijn buurvrouw langs geweest om te vragen of ik iets voor haar kan doen. Ik vraag me af in hoeverre jij je moreel verplicht moet voelen voor het meedoen van een cliënt."

5.3.7 Resumé: onafhankelijke variabelen intern systeem & context variabelen extern systeem

Uit onafhankelijke variabelen het construct *intern systeem* met incorporatie van de context variabelen van het construct *extern systeem* blijkt dat dat veel cliënten een gevoel van *machteloosheid* ervaren over de situatie waarin zij zich bevinden. Veel cliënten bevinden zich in een *noodlot* situatie. De omgeving en het sociaal netwerk van zowel jongeren als oudere cliënten is volgens de respondenten (vaak) onderhevig aan ernstige *schade*. Dit betekent dat cliënten geen of nauwelijks positieve steun, bescherming en sociaal contact kennen. Inzet op *Dagbesteding* en *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* kan bijdrage aan het opheffen van de *sociale uitsluiting* waarin een cliënt zich kan bevinden. De *overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken* zijn een onderschat probleem. Veel cliënten binnen de (O)GGZ-doelgroep vertonen LVB problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en zijn verslaafd.

De samenleving neemt zijn verantwoordelijkheid in het kader van het treffen van passende voorzieningen voor (O)GGZ-clieñten. Desalniettemin worden de cliënten niet voor volwaardig aangezien. Daarnaast is sprake van een *ethisch dilemma* in het respecteren van de rechten van de cliënt als burger. Het recht op privacy kent *onevenredige* toepassing indien een individu geïndiceerd is/wordt als (O)GGZ-clieñt, bovendien worden cliënten binnen onze samenleving *gediscrimineerd*. Verder worden cliënten frequent niet geaccepteerd door de mensen om hun heen. Mensen om de cliënt heen nemen hem/haar niet altijd zoals hij/zij is. Dit differentieert sterk en is onder meer afhankelijk van de hoogst genoten opleiding binnen het huishouden. Tot slot vindt de samenleving het lastig om concreet ruimte te maken voor de manier van meedoen van cliënten. *Id est*: er heerst vanuit de samenleving nog een aanzienlijk *onbegrip* met (O)GGZ-clieñten.

5.4 Niet empirisch getoetste veronderstellingen: causale, finale en normatieve relaties

In tabel 20, op de volgende pagina, zijn de niet empirisch getoetste veronderstellingen over causale, finale en normatieve relaties die deel uitmaken van de gereconstrueerde WMO-beleids-theorie van de gemeente Rotterdam weergegeven.

Tabel 20: De niet empirisch getoetste veronderstellingen uit de gereconstrueerde WMO-beleids-theorie van de gemeente Rotterdam

Tabel 2: De gereconstrueerde WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam

Causale relatie	<ol style="list-style-type: none">(1) De ondersteuningsarrangementen schrijven de zorgaanbieder niet voor wat zij moeten doen, echter staan de prijs en de tijd wel vast in de vorm van een beschikking. Dit betekent dat er voor de zorgaanbieder een incentive ontstaat om de ondersteuning zo laag als mogelijk binnen de piramide te organiseren.(2) De ZRM meet de mate van zelfredzaamheid op dat moment.(3) Burgers kunnen in een vicieuze cirkel terecht komen waarbij problemen zich op stapelen en waarbij de burgers langzaam maar zeker naar het diepste punt worden gezogen, wat betekent dat zij in hun zelfredzaamheid afglijden op meerdere leefgebieden.(4) Hoe lager een burger scoort op de ZRM binnen twee of meerdere leefgebieden hoe groter het negatieve effect op overige leefgebieden.
Finale relatie	<ol style="list-style-type: none">(1) Kortstondige ondersteuning betekent niet dat de volledige termijn te allen tijde moet worden voldaan voordat ondersteuning vanuit de 2^e lijn kan worden verricht. Indien er de urgente noodzaak is voor een tweede-lijnsvoorziening, welke de toegangscriteria beantwoordt, moet dit tot stand worden gebracht.(2) De ondersteuningsarrangementen dienen binnen het vastgestelde financiële kader blijven.(3) De zorgaanbieder ontvangt per geïndiceerde cliënt een maanbudget (voor de periode van de indicatie), waarvoor de aanbieder de benodigde ondersteuning mee moet vormgeven. Met dit budget wordt de zorgaanbieder geacht ondersteuning te bieden in het kader van de vastgelegde resultaten in het leveringsplan.(4) De contracten met zorgaanbieders hebben een looptijd van twee jaar (2015-2017) inclusief tweemaal de optionele verlenging van één jaar. De gemeente Rotterdam geeft ten uiterste negen maanden van afloop van het contact aan of er gebruikt gemaakt wordt van de optionele verlenging. Deze opzet beoogt enerzijds voldoende rust en zekerheid te creëren bij de zorgaanbieders en anderzijds voldoende opties te behouden om ten behoeve van vernieuwing wat relateert aan de mogelijkheid om na twee jaar nieuwe toetreders toe te laten.(5) De inhoud van de daadwerkelijke ondersteuning is minder belangrijk dan het uiteindelijke resultaat.(6) Op basis van de ZRM-scores bepaalt de professional op welke leefdoemenen het noodzakelijk is om te voorzien in ondersteuning, deze worden vervolgens meegenomen in de vormgeving van het ondersteuningsplan.
Normatieve Relatie	<ol style="list-style-type: none">(1) Voor zorgaanbieders met een raamcontract is het in het kader van het bieden van 2^e lijnsondersteuning onderaan de piramide speuren naar antwoorden en binnenin de ondersteuningsarrangementen opschalen naar hogere levels, uiteraard alleen waar dat nodig is, gestuurd door incentives.

Normatieve relatie

- (2) De situatie van de cliënt voorafgaand aan zijn beperkingen, de situatie van cliënten in gelijkwaardige omstandigheden en in eenzelfde leeftijdscategorie welke geen beperkingen ondervinden te vergelijken alsmede de leerbaarheid van de cliënt (gezien zijn beperkingen) wordt kaart gebracht.
 - (3) De eerste indicatie optie is leerbaarheid dit relateert aan hoeveel de cliënt kan verbeteren en dus kan klimmen op zijn/haar niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatgebied. De tweede indicatie optie is bestendigen dit relateert aan hoe de cliënt meer stabiel kan worden op zijn/haar niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatgebied. En de laatste indicatie optie is hoe de achteruitgang van de cliënt beperkt kan worden op zijn niveau van zelfredzaamheid op dit resultaatgebied.
-

5.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn schematisch *a posteriori* de getoetste (intentionele causale) relaties vanuit de onderzoeksmethodologie, afbeelding 3 gepresenteerd. Ten eerste zijn de onderzoeksresultaten van de afhankelijke variabele *performance ambitions* aangereikt. De *Wilcoxon Signed Rank test* weergeeft voor *Huiselijke Relaties*, *Justitie* en *Dagbesteding wel* een tweezijdige overschrijdingskans tussen beide variabelen. De leefgebieden *Financiën*, *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Huiselijke Relaties*, *Geestelijke Gezondheid*, *Lichamelijke Gezondheid*, *Verslaving*, *Activiteiten van het Dagelijks Leven*, *Sociaal Netwerk* en *Maatschappelijke Participatie* vertonen een *schommelende* tweezijdige overschrijdingskans. De *Wilcoxon Signed Rank test* met de *gesommeerde ZRM-scores* vertonen allen *geen* tweezijdige overschrijdingskans wat betekent dat van cliënten de totaalscore van alle leefgebieden op de ZRM door de inzet van een arrangement niet leidt tot vooruitgang of achteruitgang; er is sprake van *bestendigen*.

De (O)GGZ-doelgroep is in hoge mate verweven is met *complexiteit* en *fragmentatie*. (O)GGZ-clieñten kennen sterk uiteenlopende beperkingen, een beperkt of geen inzicht in *causale relaties* wat ook samenhangt aan het onbelangrijk ervaren van specifieke taken uit het arrangement en daarnaast wordt de cliënten negatief beïnvloed vanuit een beschadigd sociaal netwerk. Deze *complexiteit* en *fragmentatie* drukt (zwaar) op de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld van de cliënten.

Daarnaast is er sprake van *impasse* en *incubatie* van de ‘subject-wording’ van cliënten binnen de leefgebieden/leefwereld. Volwassen cliënten bereiken (doorgaans) niet het doel van ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld wat binnen het arrangement is geformuleerd en wordt nagestreefd. Jongeren cliënten tonen hierin meer *veerkracht*. Echter draagt een arrangement niet bij aan het *identificeren* of het *intensiveren* van een doel in het leven van een cliënt wat tevens relateert aan het niet kunnen omzetten van *negatieve* gedachte in *positieve* gedachten. Mede hierdoor durven veel cliënten nog *onvoldoende* op zichzelf te *vertrouwen* na afloop van een arrangement. Evenzeer hebben cliënten onvoldoende te doen door middel van het arrangement, omdat het dagbestedingsaanbod *ontoereikend* is, terwijl hier de toegang ligt om ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld te realiseren. Daarnaast is het de ‘sub-

ject-wording' binnen de leefgebieden/leefwereld, waarbij *paradoxaal* genoeg tijdelijke empowermentondersteuning noodzakelijk dient te zijn, ook precies wat *machteloosheid* creëert bij cliënten.

De 'patiëntrol' staat bij zowel de jongeren als de volwassenen nog (te veel) centraal in het leven van de cliënt. Maar ook hebben de zorginstellingen te maken met een dilemma in het kader van de cliënten instrueren in wat zij beter wel of niet kunnen doen binnen de leefgebieden/leefwereld in het kader van 'subject-wording': (te) *sterke sturing* heeft de potentie om een *jojo-effect* te creëren of te stuiten op *weerstand* (en is dus ondoeltreffend; *ineffectief*).

Daarbij vertoont de verworven data van het construct *performance ambitions* inzichten in het *doorbreken van de impasse* van empowermentprocessen. De *Ordinal Regression test* tabellen vertonen een positieve geschatte Δ langs de ZRM voor de leefgebieden *Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Lichamelijke Gezondheid, Activiteiten van het Dagelijks Leven, Sociaal Netwerk, Maatschappelijke Participatie en Justitie* bij de inzet op het resultaatgebied *Dagbesteding*. Dit betekent dat de kwalitatieve data waaruit blijkt dat inzet op *Dagbesteding* leidt tot de toegang tot 'subject-wording' binnen de leefgebieden/leefwereld voor een substantieel aandeel statistisch wordt bevestigd, echter geldt dit niet voor de leefgebieden *Verstaving, Huiselijke Relaties* en *Geestelijke Gezondheid* deze weergeven een negatieve geschatte Δ langs de ZRM bij de inzet op *Dagbesteding*. Het indiceren van dagbesteding aan de (O)GGZ-cliënten ligt achter op de prognose: hier ligt potentie tot optimalisatie, immers biedt *passende dagbesteding* een (gefragmenteerd) perspectief tot 'subject-wording' binnen de leefgebieden/leefwereld van cliënten.

De *Ordinal Regression test* tabellen weergeven voor de (O)GGZ-doelgroep het zeer frequent ingezette resultaatgebied *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* ook positieve geschatte Δ langs de ZRM voor de leefgebieden *Dagbesteding, Huisvesting, Geestelijke Gezondheid, Lichamelijke Gezondheid, Activiteiten van het Dagelijks Leven, Sociaal Netwerk en Justitie*, echter geldt dit niet voor de leefgebieden *Verstaving* en *Maatschappelijke Participatie* deze vertonen een negatieve geschatte Δ langs de ZRM bij de inzet op *Sociaal en Persoonlijke Functioneren*. De leefgebieden *Financiën* en *Huiselijke Relaties* vertonen op geen van de *Ordinal Regression test* modellen significante resultaten op de inzet van *Sociaal en Persoonlijke Functioneren*. De resultaatgebieden *Ondersteuning en Regie bij het voeren van een Huishouden, Financiën, Ondersteuning bij Zelfzorg en Gezondheid, Huisvesting en Mantelzorgondersteuning* weergeven schommelende geschatte Δ langs de ZRM in correlatie met de leefgebieden. Daarnaast blijken veel bevindingen uit de *Ordinal Regression test* modellen niet significant, dit maakt het onmogelijk om over deze variabelen te concluderen. Dit maakt het destilleren van de combinatie van variabelen die ontwikkeling langs de zelfredzaamheid-matrix verklaren een complexe en onzekere ambitie voor deze studie.

Ten tweede zijn de onderzoeksresultaten van interveniërende en modererende variabelen van het construct *contingentie factoren* bekeken, hieruit blijkt dat de hulpverleners en cliënten van de (O)GGZ-doelgroep in beperkte mate bereid zijn om *macht te delen*. De cliënten hebben geen behoefte aan *peer-zeggenschap* met andere cliënten, ook draagt een ervaringsdeskundige niet bij aan 'subject-wording' binnen de leefgebieden/leefwereld. De samenwerkingsrelatie tussen cliënten en de hulpverlener is vaak goed, alhoewel deze gehinderd kan worden door persoonlijkheidsstoornissen van de cliënten of door een hulpverlener die te ambitieus uitgaat van de mogelijkheden van een cliënt. Dit weergeeft enige complexiteit en problematiek

voor het ‘*werkelijk*’ modeleren van *een communicatieve situatie*. De cliënten krijgen passende ondersteuning waar nodig binnen de leefgebieden/leefwereld, weliswaar is het mogelijk dat de ondersteuning onvoldoende past bij het leven van een cliënt. Bovendien is de hulpverlener er niet altijd wanneer een cliënt dit nodig heeft. Dit probleem ligt niet uitsluitend bij de zorginstellingen maar tevens bij de gemeente Rotterdam zelf, omdat er een sterke negen tot vijf cultuur aanwezig is. Zodoende wordt er niet duurzaam *onafhankelijkheid* en *interdependentie* gecreëerd.

Tot slot is de duur van de beschikking van een arrangement en de indicatiestelling voldoende echter worden de intensiviteitstreden van een resultaatgebied binnen een arrangement (te) vaak terughoudend en besparend vastgesteld waardoor er van de cliënten niet verwacht kan worden ‘subject-wording’ te realiseren binnen dit leefgebied.

Ten derde zijn de onderzoeksresultaten van het construct *intern systeem* geanalyseerd, hieruit blijkt dat veel cliënten een gevoel van *machteloosheid* over de situatie waarin zij zich bevinden ervaren. Veel cliënten bevinden zich in een *noodlot* situatie. De omgeving en het sociaal netwerk van zowel jongeren als oudere cliënten is volgens de respondenten vaak onderhevig aan ernstige *schade*. Dit betekent dat cliënten geen of nauwelijks positieve steun, bescherming en sociaal contact kennen. Inzet op *Dagbesteding* en *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* kan bijdrage aan het opheffen van de *sociale uitsluiting* waarin een cliënt zich kan bevinden. De *overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken* zijn een onderschat probleem. Veel cliënten binnen de (O)GGZ-doelgroep vertonen LVB-problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en zijn verslaafd.

De samenleving neemt zijn verantwoordelijkheid in het kader van het treffen van passende voorzieningen voor (O)GGZ-clianten. Desalniettemin worden de cliënten niet voorwaardig aangezien. Evenzeer is sprake van een *ethisch dilemma* in het respecteren van de rechten van de cliënt als burger. Het recht op privacy kent *onevenredige* toepassing indien een individu geïndiceerd is/wordt als (O)GGZ-cliant, bovendien worden cliënten binnen onze samenleving *gediscrimineerd*. Verder worden cliënten frequent niet geaccepteerd door de mensen om hun heen. Mensen om de cliënt heen nemen hem/haar niet altijd zoals hij/zij is. Dit differentieert sterk en is onder meer afhankelijk van de hoogst genoten opleiding binnen het huishouden. Tot slot vindt de samenleving het lastig om concreet ruimte te maken voor de manier van meedoen van cliënten. *Id est*: er heerst vanuit de samenleving nog een aanzienlijk *onbegrip* met (O)GGZ-clianten.

De volgende veronderstellingen over causale relaties zijn *onjuist*: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliantpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt³⁹ naar een lagere trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1e en 0de lijnsvoorzieningen en (3) de WMO-cliantpopulatie kan meer zelfredzaam worden door de inzet van een ‘duurder’ ondersteuningsarrangement (voor de duur van de beschikking).

De volgende veronderstelling over de finale relatie is *onjuist*: (1) de zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘eigen kracht’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht. En de volgende zijn *juist*:

³⁹ Met uitzondering van intrinsiek gemotiveerde (O)GGZ-jongeren zonder geestelijke beperking en/of ernstige verslaving.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

(1) integraal ondersteuningsbeleid en uitvoering met discretionaire ruimte voor de professional.
(8) het vertrekpunt bij indicatievorming is dat iedere zorgvraag in beginsel uniek is en dat het expliciete handvatten biedt, wat discretionaire ruimte toestaat voor maatwerkoplossingen.

De volgende veronderstelling over de normatieve relatie is fragmentarisch *onjuist*: (3) het bieden van voldoende kwaliteit van ondersteuning. En de volgende zijn *juist*: (1) zelfredzaamheid is wenselijk, (6) bij de indicatiestelling wordt besloten welke van deze resultaatgebieden relevant zijn ten behoeve van de ondersteuning (en in welke mate dit professioneel moet geschieden), (7) De primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. In andere woorden: burgers die niet zelfredzaam zijn en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

DEEL III

6. CONCLUSIES, ACADEMISCHE REFELCTIE EN AANBEVELINGEN

6.1 Conclusie

6.2 Academische reflectie

6.2.1 Reflectie op de literatuurstudie

6.2.2 Reflectie op de methodologie

6.2.3 Reflectie op de resultaten

6.3 Aanbevelingen

6.3.1 Samenwerking en partnerschap: *de nieuwe methodiek van ondersteunen*

6.3.2 Bevrijding van kwetsbare personen

6.3.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

6.2.3.1 Implicaties van een partieel empirisch onhoudbare beleidstheorie

6.4 Discussie

6.4.1 Discussie: *perspectieven voor empowerment*

6.4.2 Discussie: *limiet aan empowerment?*

6.4.3 Discussie: *begrensde interesse in de empirische houdbaarheid van een beleidstheorie*

6.4.4 Discussie: *normatief karakter van het zelfredzaamheidsbeleid*

6. Conclusies, academische reflectie en aanbevelingen

In deze empirische studie is nagegaan welke combinatie van variabelen en gedragskenmerken de ontwikkeling van empowerment van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en is de empirische houdbaarheid van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam getoetst. Daartoe zijn de volgende stappen uitgevoerd:

Ten eerste is er een theoretische oriëntatiereis gehouden naar het hart van het empowermentconcept. Concreet zijn hiervoor de hedendaagse betekenissen van empowerment en die uit het verleden met elkaar gekoppeld. Vanuit de grondslag dat empowerment verbonden was met de strijd van personen die zich bevonden in een maatschappelijk onderdrukte positie, om ten einde meer regie en handelingsvrijheid te realiseren, kan empowerment beschouwd worden als een ‘kritisch’ concept. Op basis van de kritische theorie wordt getracht empowerment meer fundament te geven en steunend op de beleidstheorie uit de beleidspraktijk is gepoogd kwalitatieve determinanten over de veronderstellingen over relaties tussen verschijnselen te destilleren en hiermee tezamen een conceptueel kader voor deze sociaalwetenschappelijke empirische studie te introduceren.

Ten tweede is besloten om deze sociaalwetenschappelijke empirische studie te completeren met zowel kwalitatief zowel kwantitatief onderzoek en een documentstudie. Het betreft een kleinschalige studie met de ambitie de academische theorie over *empowerment* en *beleidstheorie* uit de literatuurstudie te toetsen aan de empirie om tot omstandigheden te komen waarbinnen het arrangementenmodel van de gemeente Rotterdam leidt tot vooruitgang, of het beperken van achteruitgang, van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en om inzicht te verschaffen in de empirische houdbaarheid van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam, *door* de combinatie van variabelen te destilleren die de ontwikkeling op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en het identificeren en beoordelen van de expliciete veronderstellingen die aan het WMO-beleid ten grondslag liggen. Daartoe zijn vanuit het kwalitatief onderzoek drie invalshoeken gekozen: (1) de percepties van hulpverleners met de (O)GGZ-doelgroep, (2) de percepties van Trajectregisseurs van de gemeente Rotterdam met de (O)GGZ-doelgroep en (3) de percepties van WMO-adviseurs van de gemeente Rotterdam met de (O)GGZ-doelgroep. Vanuit het kwantitatief onderzoek is de big-data van de zelfredzaamheidsscores (op de ZRM) van cliënten en hun arrangementen geanalyseerd door: (1) *Wilcoxon Signed Ranks test* en (2) *Ordinal Logistic Regression test*. Vanuit de documentstudie zijn vijf uitgebreide WMO-beleidsnota's op inhoud (ambities, middelen allocatie en tijdskeuze) en redenering voor het beleid geanalyseerd. Hierbij is langs wetenschappelijke weg het geheel aan expliciete veronderstellingen over causale, finale en normatieve relaties die de beleidstheorie van de gemeente Rotterdam vormen geïdentificeerd en systematisch geherformuleerd.

In dit concluderende, reflecterende en aanbevelende hoofdstuk worden de bevindingen van verschillende fasen van deze studie gerecapituleerd en geëxpliciteerd.

6.1 Conclusie

In deze sectie wordt tegemoetgekomen aan een bijdrage op het antwoord op de voornoemde probleemstelling: Welke combinatie van variabelen en gedragskenmerken verklaren de ontwikkeling van *empowerment* van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en hoe verhoudt de *WMO-beleidstheorie* van de gemeente Rotterdam zich hierbij tot de empirische houdbaarheid? Daartoe zijn in deze sociaalwetenschappelijke empirische studie schematisch de (intentionele causale) relaties vanuit de onderzoeksmethodologie, afbeelding 3 (p.40, 63) getoetst.

De (O)GGZ-doelgroep in hoge mate verweven is met *complexiteit* en *fragmentatie*. (O)GGZ-cliënten kennen sterk uiteenlopende beperkingen, een beperkt of geen inzicht in *causale relaties* wat ook samenhangt met het onbelangrijk ervaren van specifieke taken uit het arrangement en worden daarnaast negatief beïnvloed vanuit een beschadigd sociaal netwerk. De *complexiteit* en *fragmentatie* drukt (zwaar) op de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld van de cliënten.

De uitgegeven arrangementen hebben invloed op de leefgebieden *Huiselijke Relaties*, *Justitie* en *Dagbesteding*, echter hebben de arrangementen geen invloed op de totaalscore van alle leefgebieden op de ZRM van cliënten. De inspanningen vanuit een arrangement leiden dus niet tot vooruitgang of achteruitgang op de ZRM; er is sprake van *bestendigen*.

De inzet op het resultaatgebied *Dagbesteding* vertoont een significante kans op een positieve Δ langs de ZRM voor de leefgebieden *Financiën*, *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Lichamelijke Gezondheid*, *Activiteiten van het Dagelijks Leven*, *Sociaal Netwerk*, *Maatschappelijke Participatie* en *Justitie*. De inzet op *Dagbesteding* is echter geen toverwoord voor een significante kans op ‘subject-wording’ langs alle leefgebieden. De leefgebieden *Verlaving*, *Huiselijke Relaties* en *Geestelijke Gezondheid* vertonen een negatieve significante kans op Δ langs de ZRM bij de inzet op *Dagbesteding*.

Het resultaatgebied *Sociaal en Persoonlijk Functioneren* vertoont tevens een positieve significante kans op Δ langs de ZRM voor de leefgebieden *Dagbesteding*, *Huisvesting*, *Geestelijke Gezondheid*, *Lichamelijke Gezondheid*, *Activiteiten van het Dagelijks Leven*, *Sociaal Netwerk* en *Justitie*, echter geldt dit niet voor de leefgebieden *Verlaving* en *Maatschappelijke Participatie* deze vertonen een negatieve significante kans op Δ langs de ZRM bij de inzet op *Sociaal en Persoonlijke Functioneren*.

Daarnaast is er sprake van *impasse* en *incubatie* van de ‘subject-wording’ van cliënten binnen de leefgebieden/leefwereld. Volwassen cliënten bereiken (doorgaans) niet het doel van ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld wat binnen het arrangement is geformuleerd en wordt nagestreefd. Jongeren cliënten tonen hierin meer *veerkracht*. Echter draagt een arrangement niet bij aan het *identificeren* of het *intensiveren* van een doel in het leven van een cliënt wat tevens relateert aan het niet kunnen omzetten van *negatieve* gedachte in *positieve* gedachten. Mede hierdoor durven veel cliënten nog *onvoldoende* op zichzelf te *vertrouwen* na afloop van een arrangement. Tevens hebben cliënten *onvoldoende* te doen door middel van het arrangement omdat het dagbestedingsaanbod *ontoereikend* is, terwijl hier de toegang ligt om (ten minste op een aantal leefgebieden) ‘subject-wording’ te realiseren. Bovendien is het de ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld, waarbij *paradoxaal* genoeg tijdelijke empowermentondersteuning noodzakelijk dient te zijn ook precies wat *machteloosheid* creëert bij cliënten.

De ‘patiëntenrol’ staat zowel bij de jongeren als de volwassenen nog (te veel) centraal in het leven van de cliënt. Maar ook hebben de zorginstellingen te maken met een dilemma in het kader van de cliënten instrueren in wat zij beter wel of niet kunnen doen binnen de leefgebieden/leefwereld in het kader van ‘subject-wording’: (te) *sterke sturing* heeft de potentie om een *jojo-effect* te creëren of te stuiten op *weerstand* (en is dus ondoeltreffend; *ineffectief*).

De hulpverleners en cliënten zijn in beperkte mate bereid zijn om *macht te delen*. De cliënten hebben geen behoefte aan *peer-zeggenschap* met andere cliënten, ook draagt een ervaringsdeskundige niet bij aan ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld. De samenwerkingsrelatie tussen cliënten en de hulpverlener is vaak goed, alhoewel deze gehinderd kan worden door persoonlijkheidsstoornissen van de cliënten of door een hulpverlener die te ambitieus uitgaat van de mogelijkheden van een cliënt. Dit weergeeft enige complexiteit en problematiek voor het ‘*werkelijk*’ modeleren van *een communicatieve situatie*.

De cliënten krijgen passende ondersteuning waar nodig binnen de leefgebieden/leefwereld, weliswaar is het mogelijk dat de ondersteuning onvoldoende past bij het leven van een cliënt. Bovendien is de hulpverlener er (lang) niet altijd wanneer een cliënt dit nodig heeft. Dit probleem ligt niet uitsluitend bij de zorginstellingen maar tevens bij de gemeente Rotterdam zelf, want er heerst een sterke negen tot vijf cultuur. Zodoende wordt er niet duurzaam *onafhankelijkheid* en *interdependentie* gecreëerd.

De intensiviteitstreden van een resultaatgebied binnen een arrangement worden (te) vaak terughoudend en besparend vastgesteld waardoor er van de cliënten niet verwacht kan worden ‘subject-wording’ te realiseren binnen dit leefgebied.

Veel cliënten ervaren een gevoel van *machteloosheid* over de situatie waarin zij zich bevinden ervaren, daarnaast ervaren veel van deze cliënten zich in een *noodlot* situatie. De omgeving en het sociaal netwerk van zowel jongeren als oudere cliënten is vaak onderhevig aan ernstige *schade*. Dit betekent dat cliënten geen of nauwelijks positieve steun, bescherming en sociaal contact kennen.

De *overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken* vertonen een onderschat probleem. Veel cliënten binnen de (O)GGZ-doelgroep vertonen LVB-problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en zijn verslaafd. De samenleving neemt zijn verantwoordelijkheid in het kader van het treffen van passende voorzieningen voor (O)GGZ-clianten. Desalniettemin worden de cliënten niet voor volwaardig aangezien. Daarnaast is sprake van een *ethisch dilemma* in het respecteren van de rechten van de cliënt als burger. Het recht op privacy kent *onevenredige* toepassing indien een individu geïndiceerd is/wordt als (O)GGZ-cliant, bovendien worden cliënten binnen onze samenleving *gediscrimineerd*. Evenzeer worden cliënten frequent niet geaccepteerd door de mensen om hun heen. Mensen om de cliënt heen nemen hem/haar niet altijd zoals hij/zij is. Dit differentieert sterk en is onder meer afhankelijk van de hoogst genoten opleiding binnen het huishouden. Tot slot vindt de samenleving het lastig om concreet ruimte te maken voor de manier van meedoen van cliënten. *Id est*: er heerst vanuit de samenleving nog een aanzienlijk *onbegrip* met (O)GGZ-clianten.

De implicaties van de empirische houdbaarheid van de gereconstrueerde WMO-beleids-theorie van de gemeente Rotterdam zijn als volgt:

De volgende veronderstellingen over causale relaties zijn *onjuist*: (2) er wordt uitgegaan van een meer zelfredzame WMO-cliantpopulatie, die bij voorkeur doorstroomt naar een lagere

trede op de budgetladder ofwel goedkopere ondersteuningsarrangementen alsook de doorstroom naar 1e en 0de lijnsvoorzieningen⁴⁰ en (3) de WMO-cliëntpopulatie kan meer zelfredzaam worden door de inzet van een ‘duurder’ ondersteuningsarrangement (voor de duur van de beschikking).

De volgende veronderstelling over de finale relatie is *onjuist*: (1) de zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘eigen kracht’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht. En de volgende zijn *juist*: (1) integraal ondersteuningsbeleid en uitvoering met discretionaire ruimte voor de professional. (8) het vertrekpunt bij indicatievorming is dat iedere zorgvraag in beginsel uniek is en dat het expliciete handvatten biedt, wat discretionaire ruimte toestaat voor maatwerkoplossingen.

De volgende veronderstelling over de normatieve relatie is fragmentarisch *onjuist*: (3) het bieden van voldoende kwaliteit van ondersteuning. En de volgende zijn *juist*: (1) zelfredzaamheid is wenselijk, (6) bij de indicatiestelling wordt besloten welke van deze resultaatgebieden relevant zijn ten behoeve van de ondersteuning (en in welke mate dit professioneel moet geschieden), (7) De primaire doelgroep van de cliëntgroepen van de (O)GGZ bestaat uit burgers die problematiek kennen op meerdere leefgebieden (fysieke en mentale gezondheid, financiën, huisvesting, arbeid en sociaal contact) en dit niet zelfstandig kunnen oplossen alsmede hiervoor niet de gepaste ondersteuning/zorg kunnen of willen organiseren. In andere woorden: burgers die niet zelfredzaam zijn en (8) sommige burgers zijn zelf niet in staat om met oplossingen te komen om hen zelfredzaamheid op een acceptabel niveau te behouden.

6.2 Academische reflectie

Binnen deze sectie wordt kritisch gefilosofeerd op deze nagestreefde en verwezenlijkte sociaal-wetenschappelijke empirische studie. Daartoe is de academische reflectie is drieledig opgebouwd: (1) weerspiegeling op de literatuurstudie, (2) weerspiegeling op de methodologie en (3) weerspiegeling op de resultaten.

6.2.1 Reflectie op de literatuurstudie

De academische theorie over empowerment en beleidstheorie was optimaal constructief toepasbaar voor deze studie. Desondanks empowerment een verwant concept is van zelfredzaamheid biedt de theoretische notie van empowerment fundamenteel inzicht in de ontwikkeling van zelfredzaamheid. De voornaamste constructieve toepassingen van de empowermenttheorie is dat empowerment gefocust is op het wijzigen van *status quo* van bepaald worden naar eigen regie (ofwel zelfbepaling), het in bezit hebben van reële handelingsopties om het eigen leven autonoom en collectief vorm te geven. Daarnaast is dat ‘subject-wording’ van de levensomstandigheden voor personen met beperkingen een tweeledig proces betekent. Binnen het empowermentproces moeten kwetsbare personen niet uitsluitend het gevecht aangaan tegen maatschappelijke systemen die hen frustreren om de regie te nemen over het eigen leven. Tevens moeten zij het gevecht aangaan tegen barrières die het resultaat zijn van de beperkingen zelf. Bovendien is op basis van de empowermenttheorie gekeken hoe empowermentprocessen in de

⁴⁰ Met uitzondering van intrinsiek gemotiveerde (O)GGZ-jongeren zonder geestelijke beperking en/of ernstige verslaving.

zorg- en welzijnssector kan worden gestimuleerd. Hieruit bleek dat empowerment niet is op te leggen dan wel te realiseren is met ‘traditionele’ interventies. Als alternatief hiervoor ligt de functie van de zorg- en welzijnssector bij het mogelijk maken van empowerment door condities te destilleren, barrières weg te nemen en/of te reduceren en *werkelijk* contact te leveren.

De literatuurstudie leverde adequate en afdoende pilaren die deze sociaalwetenschappelijke empirische studie konden dragen om ten einde het onderzoek te verrichten. De kernconcepten uit de voornoemde probleemstelling en onderliggende *empirische en prescriptieve kennisvragen* zijn steunend op de academische literatuur gedefinieerd en getoetst.

Voor de totstandkoming van de literatuurstudie is een grote hoeveelheid aan academische artikelen over empowerment doorgenomen, hierbij is niet uitsluitend op de online databases gezocht op het voorkomen van de zoekterm ‘empowerment’, maar tevens op alle methodieken waar de fundamenteën van empowerment in voorkomen. De keuze die vervolgens gehanteerd is voor in-of exclusie van de inhoud van een academisch artikel, is (en kan) nooit (volledig) objectief tot stand komen. De verklaring hiervoor is de natuur van empowerment en de feitelijke omstandigheid dat voor elk mens een toename van de leefwereld iets anders voorstelt. Er is dus een waardebeoordeling gehanteerd, waardoor er onveranderlijk een component van intersubjectiviteit geïncorporeerd is binnen de keuze van een in-of exclusie van een academisch artikel.

De beleidstheorie en de reconstructie van deze, biedt opties die de conventionele (beleids)evaluatie niet heeft geïncorporeerd. Ten eerste maakt de beleidstheorie het mogelijk om veronderstellingen over relaties van het gevormde beleid inclusief de effecten van het beleid in relatie met overige veronderstellingen uit de gereconstrueerde beleidstheorie op hun empirische houdbaarheid te toetsen.

Het toetsen van deze veronderstellingen op hun empirische houdbaarheid biedt de mogelijkheid om te controleren of de veronderstellingen uit de gereconstrueerde beleidstheorie analoog is aan de onderzoeksresultaten van het (reeds eerder uitgevoerde) kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek.

Daarnaast biedt de reconstructie van de beleidstheorie de optie om de kwaliteit van deze te toetsen aan andere criteria dan de empirische houdbaarheid. Deze criteria kunnen bijvoorbeeld zijn: *nauwkeurigheid, uiteenlopendheid, methodiek en synthese* en de *legitimiteit* van de beleidstheorie. Het is plausibel dat de kwaliteitscriteria van de (gereconstrueerde) beleidstheorie tevens effect heeft op het succes of falen: de doelmatigheid (effectiviteit) van het beleid.

De doelmatigheid van beleid zal vermoedelijk tevens afhankelijk zijn van de mate waarin de beleidstheorieën van beleidsmakers enerzijds en de uitvoerders van het beleid anderzijds accorderen. Immers als beleidsmakers andere veronderstellingen over causale, finale en normatieve relaties hebben dan de uitvoerder van het beleid dan kan het zijn dat de beleidsinstrumenten anders gehanteerd worden dan de beleidsmakers van hen verlangen.⁴¹

Kortom, de beleidstheorie en het onderzoek hiernaar is urgent voor een beleidsevaluatie. Het verstrekt veronderstellingen uit de praktijk waarop enerzijds de empirische houdbaarheid en anderzijds overige kwalitatieve criteria op kunnen worden geëvalueerd. Hiermee kan de beleidstheorie bijdragen aan een verklaring over de processen van uitvoering aan de ene kant en de effecten van het beleid aan de andere kant. Onderzoek naar de beleidstheorie is urgent voor

⁴¹ Dit is hoogstwaarschijnlijk ook het geval met het inconsistent afnemen van de ZRM.

de praktijk omdat het inzichten verschaft in hoe het beleid gevormd of bijgestuurd dient te worden.

6.2.2 Reflectie op de methodologie

Deze studie richt zich uitsluitend op de (O)GGZ-cliëntengroep van de gemeente Rotterdam. De gemeente Rotterdam hanteert een zelf ontworpen arrangementenmodel wat niet exact correleert met de uitvoering van andere gemeenten in Nederland. Kortom: de onderzoekresultaten spiegelen uitsluitend de situatie van de (O)GGZ-cliëntengroep van de gemeente Rotterdam af.

Deze studie is gecombineerd met zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek en een documentstudie ten behoeve van het verzamelen van empirische data in het kader van het tegemoetkomen van de beantwoording van de voornoemde probleemstelling en *empirische en prescriptieve kennisvragen*. Deze methode heeft onvoldoende notie opgebracht om de voornoemde probleemstelling en *empirische en prescriptieve kennisvragen* (volledig) te beantwoorden. Hieruit rijst de vraag of een alternatieve onderzoeksmethodiek mogelijk een meer volledig beeld had kunnen ontketen.

De big-data sets van de op de (O)GGZ-cliëntengroep gemeente Rotterdam gaf de mogelijkheid om naast de kwalitatief getoetste variabelen uit de literatuurstudie de bevindingen te vergelijken, echter bleek veel data uit de *Ordinal Logistic Regressionmodels* niet significant waardoor de verklaringskracht van deze statistische toets gelimiteerd is. Daarnaast correleerde ruim 61% ($(858/2087) \times 100$) van de cases uit het big-databestand niet met de uitgegeven arrangementen, derhalve is het big-databestand geconverteerd naar zuivere data. Concreet betekent dit dat circa 41% van de big-data bruikbaar was voor statistische analyse. Dit komt neer op N=858. Dit geeft de relatief onbekwame manier van verzameling van en controle op de big-data sets van de gemeente Rotterdam weer. Desalniettemin betekent het niet dat bij een volledig big-databestand (N=2087) de *Ordinal Logistic Regressionmodels* wel significante resultaten opleveren. Een verklaring voor de beperkte significante resultaten uit de *Ordinal Logistic Regressionmodels* kan zijn dat de variabelen waarmee er gecorreleerd is niet van invloed zijn op de ontwikkeling van andere variabelen. Daarnaast speelt er een interpretatieprobleem voor de statistische verworven data. Dit betekent dat de data elkaar meer dan eens tegen spreekt waardoor er geen eenduidige interpretatie mogelijk is. Dit gebeurt in de onderzoekspraktijk vaker met statistiek want correlatie impliceert geen causaliteit.

Kortom: het is mogelijk dat de inzet van een resultaatgebied met de relevante intensiviteitsstreden niet van invloed is op een één van de elf leefgebieden van de ZRM. Dus is het mogelijk dat er andere variabelen van invloed zijn die buiten beschouwing van dit onderzoek zijn gebleven.

Het kwalitatieve onderzoek naar empirische cognitie over empowermentwerkwijzen weergeeft contrasterende resultaten in correlatie met de verworven statistische data. Deze contradicties vormen de implicaties voor het voldoen aan de beantwoording van de vraagstelling van deze studie. Concreet impliceren de implicaties dat er voor (veel) fragmenten van de onderzochte werkelijkheid geen gemotiveerde verklaring geven kan worden. Hiervoor is meer onderzoek nodig.

De documentstudie in het kader van het identificeren en beoordelen van de expliciete veronderstellingen over causale, finale en normatieve relaties heeft plaatsgevonden nadat het

kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek was afgerond. Hierdoor is het niet mogelijk geweest om de gehele gereconstrueerde beleidstheorie die aan het WMO-beleid van de gemeente Rotterdam te toetsen op zijn empirische houdbaarheid. Het kan bedachtzaam zijn de niet getoetste expliciete veronderstellingen subject te laten zijn voor vervolgstudie en de gehele set aan veronderstellingen te weerspiegelen op de voornoemde kwaliteitscriteria.

6.2.3 Reflectie op de resultaten

Met deze studie is nagegaan welke combinatie van variabelen en gedragskenmerken de ontwikkeling van empowerment van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix verklaren en is de empirische houdbaarheid van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam getoetst. Zoals hierboven (en in *paragraaf 3.2.2*) vermeld is richt deze studie zich uitsluitend op de (O)GGZ-cliëntengroep van de gemeente Rotterdam. De resultaten zijn zodoende uitsluitend geldig voor de (O)GGZ-cliëntengroep van de gemeente Rotterdam (en dus niet voor alle WMO-cliëntengroepen). De verworven resultaten geven onvoldoende notie om volledige en niet gefragmenteerde relevante Pareto-beleidsaanbevelingen te formuleren. De gemeente Rotterdam koestert het verlangen om aanbevolen te worden wat er met de concrete sturingsinformatie vanuit deze studie gedaan moet worden ten aanzien van het bijsturen van het Rotterdamse arrangementenmodel. Aan dit verlangen kan deze studie niet tegemoetkomen, immers is wat er gedaan moet worden met concrete sturingsinformatie geen wetenschappelijk maar een politiek besluit.

Dit opent de deur voor aanbevelingen in het kader van verder onderzoek. De resultaten voldoen (zeer) beperkt aan het verwachtingspatroon dan wel de getoetste hypothesen. Het (meer) ontplooiën van empirische cognitie is noodzakelijk om het verenigen en corresponderen met kwetsbare individuen te optimaliseren en zodoende beter te passen bij hun leefwereld. Simultaan is het cruciaal om de relevante (sociale) systemen die impact hebben op de leefwereld verder te onderzoeken. Concrete voorbeelden die vanuit de resultaten van deze studie naar voren komen zijn onderzoeken naar stigmatisering en sociale uitsluiting van kwetsbare personen.

Verder kan de universele toetsing van empowermentconcept van deze studie mogelijk een incorrect beeld weergeven door de effecten samen te stellen als ‘adynamische’ resultaten. Zimmerman (2000: p.45) beredeneert: “het construeren van een universele set voor het meten van empowerment is een incorrecte ambitie, omdat het concept niet voor eenieder hetzelfde betekent”. Bevindingen kunnen zodoende fluctueren en zijn ze afhankelijk van de context. In andere woorden: (O)GGZ-cliënten kunnen empowerment in de ene interventie wel maar in de andere weer niet ervaren en op het ene ogenblik wel maar op het andere weer niet.

Implicaties van een partieel empirisch onhoudbare beleidstheorie

Zoals reeds eerder is vermeld, is het *identificeren* en *beoordelen* van de set expliciete veronderstellingen die ten grondslag liggen aan een beleidstheorie van wetenschappelijk belang, omdat het notie verschaft van de empirische houdbaarheid van de heersende opinie van de legitieme gezaghebbers. Daarnaast is het tevens urgent voor de beleidspraktijk, omdat beleidsfalen – hier geïnterpreteerd als het niet realiseren van de ambities van het beleid – partieel te verklaren valt uit het feit dat het beleid gefundeerd kan zijn op incorrecte veronderstellingen (over causale, finale en normatieve relaties).

Is er sprake van impliciet of expliciet *beleidsfalen* en wat betekent dit voor het openbaar bestuur?

In het kader van het bereiken van de beleidsambities leidt een duurder ondersteuningsarrangement niet tot meer zelfredzame (O)GGZ-cliënten en de inzet van een ondersteuningsarrangement resulteert (binnen een jaar) niet tot meer zelfredzaamheid bij deze cliënten. De zorg en ondersteuning die ontplooid wordt stimuleert de ‘eigen kracht’ van burgers (en hun omgeving), met aanvullende professionele ondersteuning waar dit nodig wordt geacht onvoldoende en de kwaliteit van de ondersteuning is partieel onvoldoende.

Dit kan impliceren dat publiek geld wordt besteed aan ondoeltreffende (*ineffectieve*) zorg- en ondersteuning. Zodoende wordt de maatschappelijke ambitie van het beleid (zelfredzame burgers) niet gerealiseerd. De gemeente Rotterdam, de decentrale overheden en de Rijksoverheid dient te streven naar een doeltreffende besteding en allocatie van publieke middelen. In de *Comptabiliteitswet* (artikel 20) staat geëxpliciteerd dat de wethouders verantwoordelijk zijn voor de doelmatigheid (efficiëntie) en doeltreffendheid van het beleid wat aan hun verantwoordelijke begroting ten grondslag ligt. Wanneer het beleid niet doeltreffend is, kan de wethouder, in overeenstemming met de gemeenteraad, besluiten het beleid te adapteren of te stoppen. Op deze manier kan de uitgaven van het publiek geld gecontroleerd en beheerst worden.

De onderzoeksresultaten verworven in deze studie kunnen een hoop stof laten doen opwaaien voor het houden van een sociale discours in (politieke) arena’s met betrekking tot de doeltreffendheid WMO-beleid ten aanzien van de (O)GGZ-doelgroep. De heer M.J.W. Struivenberg gemeenteraadslid van Leefbaar Rotterdam (tevens verantwoordelijk wethouder Sociale Zaken) zal hierover aan de tand gevoeld moeten worden door de overige politieke partijen en duidelijkheid dienen te verschaffen in zijn ambities van en eventuele aanpassingen aan het WMO-beleid.

Er kan geconcludeerd worden dat de partieel invalide beleidstheorie van de gemeente Rotterdam leidt tot ondoeltreffende beleidseffecten voor de (O)GGZ-cliëntendoelgroep. Echter is het tijdsperiode (1 januari 2015 - 1 januari 2016) wellicht te kort om hieruit ‘harde’ conclusies te trekken over de beleidseffecten voor (O)GGZ-cliënten. Het is immers denkbaar dat deze doelgroep langere zorg en ondersteuning nodig heeft om positief te ontwikkelen langs de leefgebieden van de ZRM. Kortom: het kan zijn dat bij het herhalen van dit onderzoek (over bijvoorbeeld één jaar) er andere, mogelijk zelf positieve, beleidseffecten ontpoppen dan in deze studie het geval is.

Als bij herhaling van dit onderzoek na één of twee jaar nog steeds dezelfde beleidseffecten optreden dan zijn de (O)GGZ-cliënten de vleesgeworden zwarte zwanen van de gemeentelijke beleidsdiscours van zelfredzaamheid. De (O)GGZ-cliënten wijken dan fundamenteel af van de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam die het liefst uitgaat van witte zwanen. De beleidstheorie van de gemeente Rotterdam gaat ervan uit dat een duurder ondersteuningsarrangement leidt tot meer zelfredzaamheid. Daarnaast gaat het uit van dat de aan ondersteuning onderworpen cliënten positief ontwikkelen langs de leefgebieden van de ZRM. De empirische onderzoeksbevindingen uit deze studie wijken hiervan af. Nu falsificeren de (O)GGZ-cliënten partieel de WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam.

6.3 Aanbevelingen

In deze sectie worden recommandaties gedaan voor verder onderzoek wat voortvloeit vanuit deze sociaalwetenschappelijke empirische studie. Vanuit deze studie is er de kennis opgedaan dat er nooit een ‘globaal’ recept kan worden ontwikkeld voor de oersoep met een ‘empowered’ effect, omdat empowerment zich bevindt binnen een complexe combinatie van persoon, omgeving en samenleving en dus afhankelijk is van al deze ingrediënten. Tevens is er binnen deze studie de kennis ontwikkeld over het feit dat empowerment in wezen gaat over invloed over het individuele leven en dat het zowel het gevecht aan gaat met de invloed van de beperking(en) als met de pertinent van toepassing zijnde maatschappelijke systemen, bijvoorbeeld stigmatisering. De ideologie van filosoof en socioloog professor doctor Jürgen Habermas (één van de voornaamste afgevaardigde van de Frankfurter Schule⁴²) heeft deze aan deze studie bijgedragen om begrijpelijk te kunnen krijgen dat empowerment kan worden bevordert door communicatieve situaties en condities te creëren waarbinnen empowerment kan afspelen (zowel op individueel- als op maatschappelijkplan). Het vervolg fragment is het onderzoeken hoe de communicatieve situaties en condities pragmatisch in de uitvoering van de zorg- en welzijn keten geïmplementeerd kunnen worden. Het realiseren van een conversatie is en blijft complex- het benodigd een evenwicht tussen bemoeienis en het achterwege laten hiervan, tussen communicatieve en strategische ambities. Dit thema kan tevens beschouwd worden als een aanmoedigende uitdaging die innovatieve opties en perspectieven biedt voor zowel kwetsbare personen als zorg- en welzijnswerkers om te verenigen en te verrijzen. Hierbij wordt in deze sectie een bijdrage geleverd aan de voornoemde prescriptieve kennisvraag van deze studie: *Welke (Pareto-optimale) beleidsaanbevelingen kunnen er aan de hand van de ex durante beleidsevaluatie worden gedaan om tot omstandigheden te komen waarbinnen het Rotterdamse arrangementenmodel leidt tot vooruitgang, of het beperken van achteruitgang, van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en voor een constructie van een uitgebalanceerd doeltreffend (effectief) WMO-beleid gebaseerd op de juiste empirisch houdbare veronderstellingen?*

6.3.1 Samenwerking en partnerschap: de nieuwe holistische methodiek van ondersteunen

Zorg- welzijn kan van alles voortbrengen. Het kan tegemoetkomen aan het tot stand komen van realistische aggregatieopties op het terrein van zorg(ondersteuning), huisvesting, sociale contacten, dagbesteding en het faciliteren van data en cognitie hierover. Dit gebeurt (deels) al door het delen van ZRM-bestanden van (O)GGZ-cliënten tussen de zorgaanbieders en de gemeente Rotterdam. Het kan zich focussen op het verwezenlijken en/of begeleiden van bevorderende netwerken, samenkomsten, cliëntenorganisaties en locaties waar collectieve invloed en coproductie door kwetsparen personen kan gedijen. Tevens kan zorg- en welzijn empowerment bevorderen door het faciliteren van expertise om transformatieprocessen in openbaarheid te begeleiden of realiseerbaar te maken. Dit betekent een methodiek van ondersteunen die zich typeert door collaboratie en participatie, consideratie en evenredigheid. Een integratie van meer

⁴² Matustik, M. B. (z.d.) Jürgen Habermas. Encyclopædia Britannica. Encyclopædia Britannica Online Academic Edition, Encyclopædia Britannica Inc. Geraadpleegd op 5 maart 2016, via: <http://www.britannica.com/biography/Jurgen-Habermas>

dan de som der delen van professionele – en empirische cognitie. De inventarisatie van competenties en complicaties en het continu streven naar consensus over de ambities en processen benodigd een *modus vivendi*. Voor het realiseren van een *modus vivendi* tussen een gefragmenteerd politiek systeem gebaseerd op een hoge mate van autonomie voor een pluraliteit van zelfbesturende zorgnetwerken, zorginstellingen en instituties is het cruciaal flexibel, integraal en persoon gefocust te opereren. Hierbij dient er beroep worden gedaan op het potentieel vermogen en dynamiek van een persoon en op assistentie en ondersteuning in de omgeving. Het toenemen van het vermogen van een cliënt om de regie te voeren over zijn/haar leven is fundamenteel het vertrekpunt.

6.3.2 Bevrijding van kwetsbare personen

Het fourneren van empowerment impliceert tevens: het begeleiden van de bevrijding van kwetsbare personen. Zoals door tegemoet te komen aan het bekrachtigen van de positie van cliëntenorganisaties. Het aanknopen en bekrachtigen van collaboratieve relaties tussen cliëntenorganisaties, wetenschappelijk onderzoek instituties en (de)centrale overheid is hierbij een *hypostase*. Echter vraagt empowerment allereerst om een onvervalste inspanning een sympathieke en meer communicatieve maatschappij te vormen. Gebruikmakend van antistigma en antidiscriminatie, het weerspiegelen op (de verlangens en vereisten van) normaliteit en het bevorderen van beleid dat participatie van kwetsbare personen met het sociale leven begeleidt, kan de zorg- en welzijnssector hierbinnen in omvangrijke mate aan meewerken.

6.3.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Met deze sociaalwetenschappelijke empirische studie wordt getracht bij te dragen aan een sociale discours over empowerment van onvoldoende zelfredzame personen van de gemeente Rotterdam en van kwetsbare personen binnen alle Nederlandse gemeenten met een WMO-indicatie. Het doel was om te kunnen verklaren welke omstandigheden waarbinnen het arrangementenmodel leidt tot vooruitgang, of het beperken van achteruitgang, van WMO-cliënten op de zelfredzaamheid-matrix en het identificeren en beoordelen van WMO-beleidstheorie van de gemeente Rotterdam. Deze academische masterthesis biedt een context voor kritische weerspiegeling op en debat over de ‘empowermentsterkte’ van het beleid *casu quo* arrangementenmodel en big-data exploitatie van en voor (O)GGZ-cliënten in de gemeente Rotterdam. Hopelijk geven de onopgeloste puzzels, paradoxen en dilemma’s die binnen deze academische masterthesis geformuleerd zijn aanleiding tot verder onderzoek met betrekking tot deze thematiek. Diepgaand kwalitatief onderzoek is noodzakelijk waarbij de kwetsbare personen het kloppend hart van het onderzoek zijn.

Vervolgstudies dienen zich te focussen op empirische cognitie van empowermentwerkwijzen. Het is bijvoorbeeld mogelijk kwetsbare personen kwalitatief te interviewen met de vraag wat hen ‘*empowered*’ heeft; welke activiteiten van anderen en contexten zijn van invloed geweest aan het individuele empowermentproces? Zodoende kan de werkwijze en de persoon leidend zijn en kunnen ruime getekende kwalitatieve data verworven worden waarmee niet uitsluitend het type interventie maar tevens de concrete invloed ervan ten minste fragmentarisch

worden verklaard. Daarnaast kan het bedachtzaam zijn de niet getoetste expliciete veronderstellingen subject te laten zijn voor vervolgstudie en de gehele set aan veronderstellingen te weerspiegelen op door bijvoorbeeld uit *delphi-studie*⁴³ te destilleren kwaliteitscriteria van het beleid.

6.4 Discussie

In deze sectie wordt het onderzoek geëvalueerd: de hypothesen en potentiële oorzaken en gevolgen van de onderzoeksresultaten worden bekritiseerd, de beperkingen worden gepresenteerd en worden er suggesties gedaan voor vervolgstudie.

6.4.1 Discussie: perspectieven voor empowerment

Wat werkt ‘*empowerend*’ en hoe moeten empowermentinterventies gevormd worden voor kwetsbare personen? Op deze vraag is geen eenduidig en ongecompliceerd antwoord te geven. Deze sociaalwetenschappelijke empirische studie heeft aangetoond dat empowerment niet een zaak is wat je uitvoert, maar een zaak is waarvan men moet hopen dat het tot stand wordt gebracht. Het vertrekpunt van empowerment ligt bij het individu zelf en vertrekt vanuit de *globale assumptie* dat elk individu, inclusief of exclusief ‘beperkingen’, regie wil bemachtigen en handhaven binnen de leefgebieden/leefwereld. Simultaan wordt elk individu in hogere of lagere gradatie in deze autonome beslissing gelimiteerd door zowel de geldende interne als externe omstandigheden. Deze omstandigheden zijn constant onderhevig aan mutatie en transformatie. De invloed en intensiviteit om macht te bedrijven op deze omstandigheden zijn fluctuerend. Veelal is er een constructie van gemeenschappelijke collaboratie of proces noodzakelijk om de gradatie waarin systemen penetreren in de leefwereld van individuen en daar de communicatieve werkwijze ondermijnen, doeltreffend (*effectief*) te wijzigen.

Het beogen van een toestand waarbij de cliënt de regie heeft over zijn leefgebieden/leefwereld is een hoopgevende en veelbelovende trend binnen de zorg- en welzijnssector. Dit impliceert dat het vertrekpunt ligt bij het individu (inclusief of exclusief ‘beperkingen’) en niet bij de zorgaanbieder *casu quo* zorg- en welzijnswerker. De toestand van *overhand* en *paternalisme* door de pluraliteit van in hoge mate autonome zelfbesturende zorgnetwerken, zorgaanbieders en instituties kan worden verlaten waarbij er gelegenheid tot stand komt voor innovatieve, in hogere mate vraaggerichte constructies van passende zorg(ondersteuning). De utopische convictie dat empowerment een toverwoord is om cliënten een ‘passend niveau van zelfredzaamheid’ en aansprakelijkheid voor de eigen gezond- en welzijnstoestand te kunnen verklaren is gebaseerd op een *fata morgana*. Zelfredzaamheid en empowerment verenigen niet vanzelf. Wat bovendien niet impliceert dat het onmogelijk is om ze te verenigen. Onder bepaalde condities is het mogelijk dat individuen meer regie uitoefenen over hun leefgebieden/leefwereld en dit biedt een perspectief voor een gereduceerde zorg- en ondersteuningsafhankelijkheid. Voor het creëren en handhaven van deze condities heeft de zorg- en welzijnssector een expliciete functie te verwezenlijken. Wat er concreet teweeg moet worden gebracht is in hoge mate verweven met

⁴³ Dit is een onderzoeksmethode waarbij opinies van een aantal experts uit de praktijk en wetenschap wordt gevraagd ten aanzien van een subject waar geen consensus over aanwezig is.

de toestand, de belanghebbende en de context. Of er feitelijk enigszins wijzigingen plaatsvinden, is zoals uit de onderzoeksresultaten blijkt niet te verzekeren.

6.4.2 Discussie: limiet aan empowerment?

Door deze sociaalwetenschappelijke empirische studie heen klinkt er veel verwachting en optimisme over de opties welke empowerment kan verschaffen. In deze sectie wordt stilgestaan bij de kwestie waar de limieten van empowerment zich bevinden. Dit kan inzichten bieden in de implicaties voor pragmatische exploitatie van empowerment.

Het empowermentconcept hangt sterk aan de conceptie dat individuen een hogere mate van ‘subject-wording’ willen realiseren, en dat het vergroten van de leefwereld ‘juist’ en begerenswaardig is. Deze hypothesen lokken de vraag uit waar de limieten zich van empowerment bevinden.

Aan de ene kant komt de vraag naar boven of het evident is dat burgers meer ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld willen realiseren. Uit dit onderzoek blijkt dat in de praktijk dit niet altijd het geval is. Flegmatici signaleren geen drijfveer om zich te ontplooiën voor iets (nieuws) of tonen weerstand tegen iedere gestalte van verandering. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een eerste limiet van de empowermentdoelgroep relateert aan de mate van motivatie voor verandering. Dit impliceert dat een individu een vertrekpunt moet kennen waarbij verlangen en kracht aanwezig is om meer ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld te realiseren.

Aan de andere kant komt de vraag naar boven of het altijd begerenswaardig is om het toenemen van de leefgebieden/leefwereld te aspireren. Willen en kunnen we criminelen en asociale ‘empoweren’? Globaal gezien is de reactie van onze samenleving juist tegenovergesteld: we reduceren de leefwereld door te straffen dan wel op te sluiten. Het tweede limiet aan empowerment is dus dat empowerment zich af dient te spelen binnen vastgestelde kaders die de wet aan de samenleving voorschrijft. Kortom: binnen het empowermentconcept staat centraal dat het over verandering gaat, ‘subject-wording’, binnen de vastgestelde kaders van de wet.

Desalniettemin proeft het als een simplistische ontwijking om de perspectieven van empowerment voor deze burgers te weren. Moeten we deze burgers juist niet begeleiden om motivatie te realiseren voor empowerment? Daarnaast is er sprake van een uitgestrekt grijs gebied van burgers die niet willen of het vermogen hebben om te ‘empoweren’ alleen hiermee de wet niet direct schenden. Dus kan er niet basaal worden geponeerd dat empowerment voor deze groepen burgers niet tot de mogelijkheden behoort. De vraag dient hier van verklarende aard te zijn; hoezo kunnen of willen sommige groepen burgers niet ‘empoweren’? Welke (combinatie van) verklaringen bieden een fundament voor abominabel gemotiveerde en/of onwenselijke attitude? Het is urgent een ethische discussie te leiden over de onderliggende kwestie of deze attitude als ‘kwetsbaar’ of ‘onoverbrugbaar’ of ‘fout’ moet worden beschouwd. Wordt de attitude gezien als een respons op de onderliggende kwetsbaarheden, dan biedt dit de mogelijkheid om binnen de empowermenttheorie attitude te beschouwen als intern systeem dat de opties voor regie voering en ‘subject-wording’ over de leefgebieden/leefwereld limiteert. In deze situatie is het niet willen of het vermogen om te ‘empoweren’ veerkrachtig; er leeft een vertrouwen dat een individu op een zeker moment benaderd kan worden en als respons hierop ‘het juiste’ doet. Wordt de attitude van de beschouwing van abominabel gemotiveerd en/of onwenselijk gezien

als afstammeling van de wil van het individu, dan lijkt het logisch en onwenselijk dat de gelegenheid voor deze attitude in de leefwereld moet toenemen. Het begrenzen of reduceren van de leefwereld (als een individu de wet schendt) of uitsluiten lijken hier de weinig overblijvende mogelijkheden.

In andere woorden: de empowerment discussie is aangekomen bij een discours over ‘deugdelijk’ en ‘slecht’. De discussie is aangekomen bij de kwestie of burgers überhaupt ‘deugdelijk’ zijn en dat hier het vertrekpunt ligt voor empowerment, of dat voor bepaalde groepen burgers empowerment een onwenselijk effect binnen de samenleving teweegbrengt. Het is een substantiële primordiale discours die met het oog op empowerment gehouden moet worden. Deze academische masterthesis limiteert zich in de formulering van enkele beweegredenen.

Indien het gaat over het ‘empoweren’ van cliënten binnen de zorg- en welzijn, betreft het individuen in een kwetsbare toestand die pogen ‘subject-wording’ over de leefgebieden/leefwereld te realiseren. Een overtuiging in de opties van individuen om zich individueel positief te ontplooiën is noodzakelijk. Het dient als middelpunt van de zorg en ondersteuning beschouwd te worden om in het vertrouwen, vermogen en welwillendheid van burgers te vertrouwen en hierop te dirigeren.

Desondanks kan er aangenomen worden dat empowerment niet per definitie ‘juist’ is. Empowerment bevindt zich voortdurend binnen de context van andere individuen zodoende heeft de toename van de invloed van een individu tevens invloed op andere individuen. Dit betekent dat de kwestie of de toename van ‘subject-wording’ binnen de leefgebieden/leefwereld altijd complementair moet zijn met de kwestie of dit positief is voor anderen, *exemplī grātiā* het huishouden of de globale maatschappij. Als het voor de globale maatschappij begerenswaardig is (of niet) conditioneert mede of de ‘subject-wording’ raadzaam is. Dus het is onmogelijk om over individuele casussen uitspraken te doen of empowerment ‘juist’ of ‘onjuist’ is. Immers is wat ‘juist’ of ‘onjuist’ is ‘begeerlijk’ of ‘onbegeerlijk’ onderwerp van een continueerde discussie over de kwestie wat ‘het algemeen belang is’. Binnen deze discussie is kaderstelling insgelijks van betekenis als empowerment.

Voor zorg- en welzijnswerkers en eenieder die werkzaam is binnen de sector alsook de gehele keten zal deze discussie inherent verbonden zijn met de dagelijkse werkzaamheden. In de praktijk gebeurt beide: vertrouwen op welwillendheid, najagen van empowerment ambities, maar tevens afbakenen. Deze twee onderwerpen weren of boycotten elkaar niet, ze zijn continu onderhevig aan verandering en kunnen elkaar complementeren. Aan de ene kant dienen zorg- en welzijnswerkers frequent te proberen tegemoet te komen aan het omslaan van een niet gedreven naar een gedreven attitude en aan het tot stand komen van een ‘vertrekpunt’ door inzet van symptomatische cognitie en methodieken. Dit proces kan betiteld worden als *ex ante empowerment*; het creëren van modaliteiten voor empowerment binnen de cliënt, een werkwijze waarbij alternatieve conventies en normen van kracht zijn dan voor feitelijk empowerment.

Aan de andere kant moet empowerment nooit impliceren dat verderfelijk, asociaal of onzedelijk gedrag bevordert of gedeblokkeerd moet worden. Als het gedrag anderen benadeelt, dient dit gedrag te worden ingedamd. Voor zorg- en welzijnswerkers vormt dit een regulair dilemma. Er is immers geen enkelzijdig ongecompliceerd antwoord te geven wanneer er ‘empowered’ of ingedamd moet worden. Het is een discours wat in alle toestanden (wederom) gehouden moet worden met alle belanghebbenden. Het voornaamste fundament is dat indien al dan niet ‘empowered’ gedrag van individuen andere benadeelt, het onderdeel wordt van de

sociale discours over welk gedrag ethisch acceptabel is (en wat niet). Zodoende wordt het sociale hart van het empowermentconcept wederom geëxpliciteerd. Empowerment is dus hoopgevend, maar niet volmaakt.

6.4.3 Discussie: begrensde interesse in de empirische houdbaarheid van een beleidstheorie

Is er wel de interesse vanuit gemeentelijke ambtenaren in het openbaren van ondermaats beleid? Zijn zij wel content met deze functie van Bestuurskundigen?

Gemeentelijke ambtenaren werkzaam binnen de beleidspraktijk hebben niet te alle tijden belangstelling voor een kritische inspectie en analyse of zelfs ‘onthulling’ van de beleidstheorie. Het gemeentelijke ambtenarenapparaat is soms geïnteresseerd in andere zaken. Enkele opties hiervan zijn:

(1) De drang aan *bijstand* met argumenten voor het huidige beleid en een bekrachtiging dan wel aanvaarding van de beleidstheorie. Deze ondersteuning kan onder andere gedetecteerd worden in empirische bijstand. Desalniettemin kunnen gemeentelijke ambtenaren niet voldoende hebben aan een beleidstheorie die gefundeerd is op expliciete empirisch houdbare veronderstellingen. Of scherper geformuleerd: aan een empirisch juiste beleidstheorie. Immers, in hoeverre is het de mate van de empirische houdbaarheid de meest belangrijke maatstaf in de beleidsarena; de gemeenteraad? Volgens Koppenjan (1990: p.22-25) hebben ambtenaren onvoldoende aan ‘slechts’ bijstand verworven vanuit de empirie.

(2) Ook hebben gemeentelijke ambtenaren te maken met een complexe realiteit. Vele actoren nemen zaken waar als bijvoorbeeld financiële schuldenlast of kindermishandeling. Een actor neemt een zaak waar, interpreteert en schetst een kader voor één of meerdere aanpakmogelijkheden. De selectiviteit binnen de waarneming van een bepaalde zaak kan resulteren tot een diversiteit aan beleidstheorieën. Interactie met andere actoren heeft effect op een beleidstheorie, middels de confrontatie van de opinie van deze actoren in het kader wat zij beschouwen als probleemdefinitie en als mogelijke aanpak van dit probleem. Dit maakt dat een beleidstheorie te beschouwen is als een dynamisch iets. Hiermee zijn ook diverse belangen bij betrokken. Het college heeft de intentie om een beleidstheorie te bekrachtigen, daar waar de oppositie deze wil verwerpen. Hierdoor is het mogelijk dat er het verlangen bestaat om de confrontatie van de diversificatie van beleidstheorieën te beschrijven ten einde inzicht te verwezenlijken van wat iedere actor van plan is en wat de implicaties zijn van deze plannen.

(3) Voor gemeentelijke ambtenaren in de beleidspraktijk is het reconstrueren, bijstand geven en adapteren van een beleidstheorie niet te alle tijden voldoende. Er zijn situaties denkbaar waarbij het voor gemeentelijke ambtenaren en bestuurders het essentieel is een *transformatiemechanisme* te hebben om een transformatie in een huidige vorm te krijgen, om zodoende het huidige beleid te ‘transformeren’ naar een nieuw geadapteerd beleid. Er kan een primitieve beleidstheorie benodigd zijn in de gedaante van een *prikkelend beleidsconcept*, dat de functie kan hebben van *ijsbreker*⁴⁴.

⁴⁴ Zelfredzaamheid in de gemeente Rotterdam lijkt deze functie nog niet te vervullen. Het concept expliciteert de *urgentie* (zelfredzaamheid is wenselijk) nog niet uitdrukkelijk genoeg. Door de meerduidigheid van het concept is het complex om alle actoren binnen de beleidsarena's te verbinden. Er wordt dus nog geen ijsbrekerfunctie vervuld.

6.4.4 *Discussie: normatief karakter van het zelfredzaamheidsbeleid*

Het beleid op de ‘wenselijkheid van zelfredzame burgers’ is fundamenteel normatief van aard. Het expliciteert wat erop gemeenschappelijk niveau als ‘normaal’ en ‘gezond’ wordt beschouwd. Het in het publieke domein geëxpliciteerde ‘onacceptabel niveau’ van zelfredzaamheid betreft niet zozeer het resultaat van een toetsing, maar een politieke opinie.

Dit kan ook implicaties hebben voor de toepassing van het gelijkheidsbeginsel in de praktijk voor kwetsbare personen. Dit kan namelijk in de praktijk, door het normatieve karakter van het beleid, minder lineair en uniform worden toegepast dan in de huidige situatie wordt gedacht.

Burgers worden nu door de gemeente Rotterdam ingedeeld in cliëntgroepen: dit zijn quasigroepen die een enkel gemeenschappelijk kenmerk delen. Dit geschiedt in de formele regelgeving welke de gemeentelijke beleidsmakers binnen de kaders van het WMO-beleid hebben geformuleerd. Daarnaast vindt, voornamelijk in de uitvoering van het beleid, informele klasse indeling plaats. Burgers worden door de ambtenaren die met hen in contact staan op grond van bepaalde karakteristieken, welke soms zelfs gebaseerd kunnen zijn op uiterlijke eigenschappen ‘ingedeeld’, waarna middels vraagverheldering een type ondersteuning in de vorm van een arrangement dienovereenkomstig passend wordt geacht.

Literatuurlijst

- [1] Abdoli, S., Ashtorab, T., Ahmadi, F., Parvizi, S., Duning, T. (2009). *The empowerment process in people with diabetes: an Iranian Perspective*. *International nursing review*, 55 (4). (pp. 447-452)
- [2] Ajoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A. (2006). *Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or Cacophony?* *Patient Education and Counseling*, 66 (1). (pp. 13-20)
- [3] Anderson, R. M., Funnell, M. M. (2010). *Patient empowerment: myths and misconceptions*. *Patient education and counseling*, 79(3), 277-282.
- [4] Bonta, J., Andrews, D. (2010). *Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-need-responsivity model*. *Offender supervision: New directions in theory, research and practice*. (pp. 19-40)
- [5] Baartman, H. E. M. (2010). *Ouderschap en de betekenis van solidariteit om je heen*. *Ouderschapskennis*. (Nummer 13. pp. 182-194)
- [6] Baartman, H. E. M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP.
- [7] Bartelink, C. (2012). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van zorgvragers?* Geraadpleegd op 15 februari 2016, via NJI: www.nji.nl/nl/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pfd
- [8] Bartelink, C. (2011). *Ouders en kinderen betrekken bij beslissingen over hulp: de hulpverlener als brug tussen kennis en client*. *Jeugd & Co / Kennis*, 2. (pp. 29-30)
- [9] Barth, R. P. (1991). *Theories guiding home-based intensive family preservation services: Reaching High-Risk Families*. New York: Aldine de Gruyter.
- [10] 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.
- [11] Becker, C. (1996). *Penetrating the surface on empowerment: A guide for teaching the empowerment concept to future hospitality managers*. *Hospitality & Tourism Educator*, 8(4), 13-15.
- [12] Beek, A. (2013). *Eigen Kracht-conferenties*. *Tijdschrift voor praktijk ondersteuning*, 6(8). (pp. 183-187)
- [13] Beugen, S. van (1977). *Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie*. Assen/Amsterdam: Van Gircum. (pp. 22-30)
- [14] Boelvink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. Hee-geschrift*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- [15] Boelvink, W., Kroon, H., Giesen, F. (2009). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-instituut. (pp. 1-7)
- [16] Boelvink, W., Kroon, H., Giesen, F. (2008). *Controle herwinnen over het eigen leven. Een conceptuele verkenning van het begrip 'empowerment' van mensen met handicaps*. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 17 (4). (pp. 16-26)
- [17] Bolton, B., & Brookings, J. (1996). *Development of a Multifaceted definition of empowerment*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*.

- [18] Boumans, J. (2016). *Naar het hart van empowerment deel 2*. Utrecht: Trimbos-instituut. (pp. 15-125)
- [19] Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment*. Utrecht: Trimbos-instituut. (pp. 11-58)
- [20] Bressers, J. TH. A., & Hoogerwerf, A. (1995). *Het Beleid en het beleidsveld*. Enschede: Universiteit Twente. (pp. 50-69)
- [21] Castelein, S., van der Gaag, M., Bruggeman, R., van Busschbach, J. T., Wiersma, D. (2015). *Measuring empowerment among people with psychotic disorders: a comparison of three instruments*. Psychiatric Services.
- [22] Chen, Y. C., & Li, I. C. (2009). *Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review*. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 7(27), 1179-1233.
- [23] Delahaij, R. (2004). *Dossier Empowerment bij allochtone jongeren*. Utrecht: Forum, Instituut voor multiculturele ontwikkeling.
- [24] Depauw, J., & Driessens, K. (2013). *Try-out meetschaal psychologisch empowerment*.
- [25] Dickerson, F. B. (1999). *Strategies that foster empowerment*. Cognitive and behavioral practice, 5(2), 255-275.
- [26] Dore, M. (1992). *Functional Theory: Its History and Influence on Contemporary Social Work Practice*. Social Science Review. (pp. 358-374)
- [27] Driessens, K., Regenmortel, T. van (2006). *Bind-Kracht in armoede*. Leefwereld en hulpverlening, boek 1. Leuven: LannooCampus.
- [28] Dunst, C. J., Trivette, C. M., Deal, A. G. (1998). *Enabling and Empowering families: Principles and Guidelines for Practice*. Cambridge, (MA): Brookline Books. (pp. 1-324)
- [29] Ellis-Stoll, C. C., Popkess-Vawter, S. (1998). *A concept analysis on the process of empowerment*. Advances in Nursing Science, 21(2), 62-68.
- [30] Evita (2016). *Database voor registraties van de (O)GGZ-cliënten: ZRM-scores, status van de registratie en datum aanvraag en de duur van een beschikking een arrangement*.
- [31] Ewijk, H. van, Spierings, F., Wijnen, R. (2007). *Basisboek social work, mensen en meedoen*. Meppel: Boom Onderwijs.
- [32] Fassaert, T, Lauriks, S, van de Weerd, S, Theunissen, J, Kikkert, M, Dekker, J, Buster, M, & de Wit, M (2014). *Psychometric properties of the Dutch version of the Self-Sufficiency Matrix (SSM-D)*. Community Ment Health J, 50(5). (pp. 583–590)
- [33] Fassaert, T., Lauriks, S., van de Weerd, S., De Wit, M., Buster, M. (2013). *Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de zelfredzaamheidsmatrix*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. Bohn Stafleu van Loghum: Houten. (Nummer 3. pp. 167-177)
- [34] Finfgeld, D. L. (2004). *Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations*. Advances in Nursing Science, 27(1), 44-52.
- [35] Fitzsimons, S., Fuller, R. (2002). *Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review*. Journal of Mental Health, 11(5), 481-499.
- [36] Freire, P. (1980). *De pedagogie der onderdrukten*. Baarn: In den Toren/Anthosboeken. (Eerste druk)

- [37] Gemeente Rotterdam. (2015a). *Indicatieprotocol integrale ondersteuningsarrangementen WMO*. Gemeente Rotterdam: Rotterdam. (Versie 3. 23-03-2015. pp. 1-84)
- [38] Gemeente Rotterdam. (2015b). *Actieprogramma Eerder Thuis*. Gemeente Rotterdam: Rotterdam (Versie 1. 25-09-2015. pp. 1-33)
- [39] Gemeente Rotterdam. (2014). *Samenvatting inkoop model Rotterdam*. Gemeente Rotterdam: Rotterdam. (Versie 2. 25 juni 2014. pp. 1-13)
- [40] Gemeente Rotterdam. (2013a). *Inkoop & voortgang Transitie AWBZ – Wmo*. Geraadpleegd op 2 februari 2016, via gemeente Rotterdam: http://www.ris.rotterdam.nl/cgibin/showdoc.cgi/action%3Dview/id%3D142560/13gr3061a_Notitie_Inkoop___Voortgang_Transitie_AWBZ_-_Wmo..pdf
Publicatie datum: 29 oktober 2013.
- [41] Gemeente Rotterdam. (2013b). *Toelichting RoZe Trechter*. Gemeente Rotterdam: Rotterdam. (Versie 2. 22-04-2015 pp. 1-3)
- [42] Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- [43] Groot, A. D. de (1961). *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Den Haag: Mouton & Co. (Eerste druk)
- [44] GGD Amsterdam. *Self-Sufficiency Matrix*. Geraadpleegd op 9 februari 2016, via: GGD Amsterdam: <http://www.selfsufficiencymatrix.org/zrm-int.aspx>
- [45] Hage, A. M., Lorensen, M. (2005). *A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an educational-programme to the frail elderly*. *Nursing Philosophy*, 6. (pp. 235-246)
- [46] McCarthy, T. (1984). *The Theory of Communicative Action*. London: Heinemann.
- [47] Henggeler, S. W., Cunningham, P. H. B., Pickrel, S. G., Schoenewald, S. K., Brondino, M. J. (1996). *Multisysteemtherapie: een effectieve benadering voor volwassen delinquenten gericht op het voorkomen en verminderen van geweld*. *Literatuurselectie*. Kinderen en Adolescenten. Bijblijven. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. (pp. 417-435)
- [48] Hempel, K. G. (1965). *Aspects of scientific explanation, and other essays in the philosophy of science*. New York: The Free Press.
- [49] Holmström, I., Röing, M. (2010). *The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts*. *Patient education and counseling*, 79(2), 167-172.
- [50] Holub, R. C. (1991). *Jürgen Habermas. Critic in the Public Sphere*. London: Routledge.
- [51] Hoogerwerf, A. (1984). *Beleid berust op veronderstellingen: De beleidstheorie*. *Acta Politica*: XIX (4). (pp: 493-531).
- [52] Hoogerwerf, A. (1989). *De beleidstheorie uit de beleidspraktijk: Een tussenbalans*. *Beleidswetenschap*, 3 (4). (pp. 320-341)
- [53] Houser, R., Hampton, N. Z., Carriker, C. (2000). *Implementing the empowerment concept in rehabilitation: Contributions of social role theory*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 31(2), 18.

- [54] Hvas, A. C., Thesen J. (2002). *To strengthen patient's own power and to counteract oppressive forces: empowerment in a medical perspective.* Ugeskr Leager, 164 (46). (pp. 5361-5365).
- [55] IBM/SPSS company (2010). *SPSS 24 for Windows.* Chicago: IBM/SPPS.
- [56] Ibrahim, S., Alkire, S. (2007). *Agency & empowerment: a proposal for internationally comparable indicators.* Oxford: Oxford Poverty & Human Development Initiative.
- [57] Jacobs, G., Braakman, M., Houweling, J. (2005). *Op eigen kracht naar gezond leven: empowerment in de gezondheidsbevordering; concepten, werkwijze en onderzoeksmethoden.* Utrecht: Universiteit voor de Humanistiek.
- [58] Jong, G. D., Schout, G. (2013). *Ogenschijnlijk mislukte Eigen Kracht-conferenties bij mensen met beperkte hulpbronnen.* Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 22(1). (pp. 21-38)
- [59] Jacoby, R. (1975). *Sociaal geheugenverlies.* Bloemendaal: Nelissen.
- [60] Kunneman, H. (1989). *Systeemgeweld en schijncommunicatie, empirisch onderzoek naar de interferentie van system en leefwereld.* Cahiers Communicatietheorie & praktijk 1. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit Wijsbegeerte.
- [61] Kunneman, H., Luijk H. van (1983). *Systeem en leefwereld: Habermas' kritische maatschappijtheorie.* Kennis en methode: Tijdschrift voor de wetenschapsfilosofie en methodologie. Jrg. 7, nr. 4.
- [62] Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). *Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches.* Journal of advanced nursing, 31(1), 235-241.
- [63] Kwekkeboom, M. H., Koops, H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg.* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- [64] Kwekkeboom, M. H. (2001). *Zo gewoon mogelijk – onderzoek naar draagvalk en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de GGZ.* Den Haag: Sociaal Cultureel planbureau. (pp. 1-45)
- [65] Laan, G. van der (1991). *Een etiquette voor het maatschappelijke werk.* Tijdschrift voor Agologie, 19 (9), ¼).
- [66] Lauriks, S., Buster, M., & Fassaert, T. (2013). *Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid-Matrix.* GGD Amsterdam & Gemeente Rotterdam: Amsterdam & Rotterdam. (pp. 1-47)
- [67] Lauriks, S., Wit, M. A. S. de, Buster, M. C. A., Fassaert, T. J. L., van Wifferen, R., & Klazinga, N. S. (2014). *The use of the Dutch Self-Sufficiency Matrix (SSM-D) to inform allocation decisions to public mental health care for homeless people.* Community Ment Health J, 50(7). (pp. 870–878)
- [68] Lee, M., & Koh, J. (2001). *Is empowerment really a new concept?* International journal of human resource management, 12(4), 684-695.
- [69] Leeuw, F. L. (1993). *Beleids Theorieën: Veronderstellingen achter beleid.* Alphen aan de Rijn: Kluwer, vijfde druk, *Overheidsbeleid.* (pp. 89-104)
- [70] Lenhardt, C., Nichol森, S. W. (1989). *Moral Consciousness and Communicative Action.* Cambridge, MA: MIT Press.
- [71] Maso, L. (1987). *Kwalitatief Onderzoek.* Amsterdam: Boom. Eerste druk.

- [72] Masterson, S., Owen, S. (2006). *Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies*. Journal of mental health, 15(1), 19-34.
- [73] McCarthy, V., & Freeman, L. H. (2008). *A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing*. Journal of Theory Construction & Testing, 12(2), 68.
- [74] Meulen, M. V. D. (2006). *Vroom in de Vinex: Kerk en civil society in de Leidsche Rijn*.
- [75] Mohanty, M. (1995). *On the Concept of Empowerment*. Economic and Political Weekly, 1434-1436.
- [76] Mulder, C., Staring A., Loos, J. (2004). *Health of the Nation Outcomes Scales als instrument voor 'routine out-come assessment'*. Tijdschrift Pshychiatrie; 46:274-84.
- [77] Mutsaers, K., Berg, T. (2010). *Risicofactoren en beschermende factoren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut.
- [78] Nieuwsuur (2015). *Veel te lang wachten op hulp in Rotterdam*. Geraadpleegd op 2 februari 2016, via Nieuwsuur: <http://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2055901-veel-te-lang-wachten-op-hulp-in-rotterdam.html>. Publicatiedatum: 4 september 2015.
- [79] Oakley, P. (Ed.). (2001). *Evaluating Empowerment: Reviewing the concept and practice*. Oxford: Intrac.
- [80] Outhwaite, W. (1996). *Habermas. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- [81] Outhwaite, W. (1994). *The Habermas Reader*. Cambridge: Polity Press.
- [82] Overheid.nl (2016). *Zorgverzekeringswet*. Geraadpleegd op 24 februari 2016, via Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2016-01-0>. Geldend van 1-1-2016 tot heden.
- [83] Page, N., Czuba, C. E. (1999). *Empowerment: What is it*. Journal of extension, 37(5), 1-5.
- [84] Patton, M. Q. (2008). *Utilization focused evaluation*. Berverly Hill/London: Sage Publications Inc. 4th Revised edition. (pp. 34-69)
- [85] Pearce, D. (2011). *The Self-sufficiency standard website*. Geraadpleegd op 9 februari 2016, via: <http://www.selfsufficiencystandard.org/standard.html>
- [86] Peterson, C., Seligman, M. E. P. (1983). *Learned Helplessness and Victimization*. Journal of social issues, 2. (pp. 103-116)
- [87] Perkins, D. D., Zimmerman, M. A. (1995). *Empowerment theory, research, and application*. American journal of community psychology, 23(5), 569-579.
- [88] Ploeg, J. D. van der. (1994). *Gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- [89] Phelan, M., Slade, M., Thornicorft, G. (1995). *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*. Br J Psychiatry; 167:589-95.
- [90] Pinkett, R., O'Bryant R. (2003). *Building Community, Empowerment and Self-sufficiency, Information*. Communication & Society. 6:2. (pp. 187-210)
- [91] Poston, J. M., Hanson, W. E. (2010). *Meta-analysis of Psychological Assessment as a Therapeutic Intervention*. 22:2. (pp. 203-212)
- [92] Rappaport, J. (1984). *Studies in empowerment: Introduction to the issue*. Studies in empowerment: Steps toward understanding and action, 3, 1.
- [93] Regenmortel, T. van (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als Kracht*. Amsterdam: SWP.

- [94] Regenmortel, T. van (2009). *Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 18: 4. (pp. 22-42)
- [95] Regenmortel, T. van (2008). *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.
- [96] Regenmortel, T. van (2004). *Empowerment in de praktijk van het OCMW*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- [97] Rissel, C. (1994). *Empowerment: the holy grail of health promotion?* Health promotion international, 9(1), 39-47.
- [98] Roberts, K. J. (1999). *Patient empowerment in the United States: a critical commentary*. Health Expectations, 2(2), 82-92.
- [99] Rodwell, C. M. (1996). *An analysis of the concept of empowerment*. Journal of advanced nursing, 23(2), 305-313.
- [100] Rogers, S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., Crean, T. (1997). *A consumer-constructed scale to measure empowerment*. Psychiatric Services, 48, 8. (pp. 1-17)
- [101] Rowlands, J. (1995). *Empowerment examined. Development in practice*, 5(2), 101-107.
- [102] Ryles, S. M. (1999). *A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing*. Journal of Advanced Nursing, 29(3), 600-607.
- [103] Salmon, P., & Hall, G. M. (2004). *Patient empowerment or the emperor's new clothes*. Journal of the Royal Society of Medicine, 97(2), 53-56.
- [104] Salzer, M. S. (1997). *Consumer empowerment in mental health organizations: Concept, benefits, and impediments*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 24(5), 425-434.
- [105] Scholten, G., Mulder, M. (2001). *IVRA-wonen*. Utrecht/Woldnye Epe: BBI.
- [106] Schuurman, M., Mulder, C. (2011). *Eigen Kracht-conferenties bij gezinnen in de regio Amsterdam Wat levert het op?* Kalliope Consult: Nieuwegein. (pp. 1-34)
- [107] Schulz, A. J., Israel, B. A., Zimmerman, M. A., Checkoway, B. N. (1995). *Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels*. Health Education Research, 10(3), 309-327.
- [108] Segal, S. P., Silverman, C., Temkin, T. (1995). *Measuring empowerment in client-run self-help agencies*. Community Mental Health Journal, 31(3), 215-227.
- [109] Segal, S. P., Silverman, C., Temkin, T. (1993). *Empowerment and self-help agency practice for people with mental disabilities*. Social Work, 38(6), 705-712.
- [110] Simon, B. L. (1987). *Rethinking empowerment*. Journal of Progressive human services, 1(1), 27-39.
- [111] Socrates (2016). *Toekenningen van 2^e lijnszorg WMO (WMO 2015-2016). De diensten voor cliënten (de combinatie van indicatie en te verschaffen zelfredzaamheidondersteuning)*.
- [112] Spanjaard, H. (1996). *Handleiding bij de VertrekTraining*. Utrecht/Amsterdam: NIZW.
- [113] Stams, G. J., Helm, P. van der. (2013). *Eigen Kracht Conferentie is onvoldoende onderzocht om verder uitgerold te worden*. Geraadpleegd op 16 februari 2016, via Socialevraagstukken: www.socialevraagstukken.nl/site/2013/03/23/eigen-kracht-conferentie-is-onvoldoende-onderzocht-om-verder-uitgerold-te-worden/

- [114] Steenssens, K., Regenmortel, T. van (2007). *Empowerment barometer. Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten.* Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- [115] Swift, C., & Levin, G. (1987). *Empowerment: An emerging mental health technology. Journal of primary prevention*, 8(1-2), 71-94.
- [116] Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Moum, T., Briancon, S., Krol, B. & Sanderman, R. (1994). *The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: its utility in international comparisons.* Am J Public Health; 84(8). (pp. 1270-1273)
- [117] Taskforce, S. C. S. S. (2004). *Self-sufficiency matrix: An assessment and measurement tool created through a collaborative partnership of the human services community in Snohomish County.* Geraadpleegd op 9 februari 2016, via: <http://perform-well.org/>. Kies: Find Surveys/Assessments, klik vervolgens op: Housing and Shelter.
- [118] 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.
- [119] Tijmstra, J. (2011). *Wetenschapsfilosofie in de context van sociale wetenschappen.* Den Haag: Lemma. Eerste druk.
- [120] Trickett, E. J. (1994). *Human diversity and community psychology: Where ecology and empowerment meet.* American journal of community psychology, 22(4), 583-592.
- [121] Uden-Kraan, C. F. van, Drossaert, C. H., Taal, E., Seydel, E. R., Laar, M. A. van de (2009). *Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment.* Patient education and counseling, 74(1), 61-69.
- [122] Verzaal H. (2002). *Empowerment in de zorg: een onderzoek naar empowerment bevorderend gedrag van hulpverleners.* Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- [123] Visser, F., Molleman, G., Peters, L., Jacobs, G., Rozing, M. (2007). *Empowerment Kwaliteit Instrument [Empowerment quality instrument].* Woerden: Universiteit voor Humanistiek, ZonMW, NIGZ.
- [124] Vries, L. de (2011). *De paradox van de zelfredzaamheid.* MGv;66. (pp. 604-605)
- [125] Walraven, G. (1991). *De kwaliteit van de beleidstheorie: Visies uit de beleidspraktijk.* Enschede: Universiteit Twente.
- [126] Weerd, S. van de. (2009). *Het recht van de sterken. Een onderzoek naar uitsluiting van mensen met complexe problemen.* Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- [127] Wetten.Overheid. (2015). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning.* Geraadpleegd op 2 februari 2016, via Wetten.Overheid: http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/geldigheidsdatum_02-02-2016. Publicatiedatum: 9 juli 2014.
- [128] White, S. K. (1994). *The Cambridge Companion to Habermas.* Cambridge: Cambridge University Press.
- [129] World Health Organisation (2002). *Family of international Classifications. Nederlandse vertaling van: International Classification of functioning, Disability and Health, compilatie.* Nederlands WHO-IFC Collaborating Centre.

- [130] Yperen, T, van. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit van de bemoeizorg*. Geraadpleegd op 15 februari 2016, via NJI: www.nji.nl/nl/2003-yperen-vraag.pdf
- [131] Zimmerman, M. A. (2000). *Empowerment theory: pshychological, organizational and community levels of analysis*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. (pp. 43-63)
- [132] Zimmerman, M. A. (1990). *Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions*. *American Journal of community psychology*, 18(1), 169-177.
- [133] Zwaneveld, A. M. (2015). *Meldingen en Klachten WMO*. Geraadpleegd op 2 februari 2016, via Zwaneveld: http://content1b.omroep.nl/urishieldv2/127m7ac25edb27cdbef80056b09ada000000.a6af08e23ff75fe3ce018dac99a6ece5/nos/docs/040915_rotterdam.pdf.
Publicatiedatum: 3 september 2015.

Over de auteur

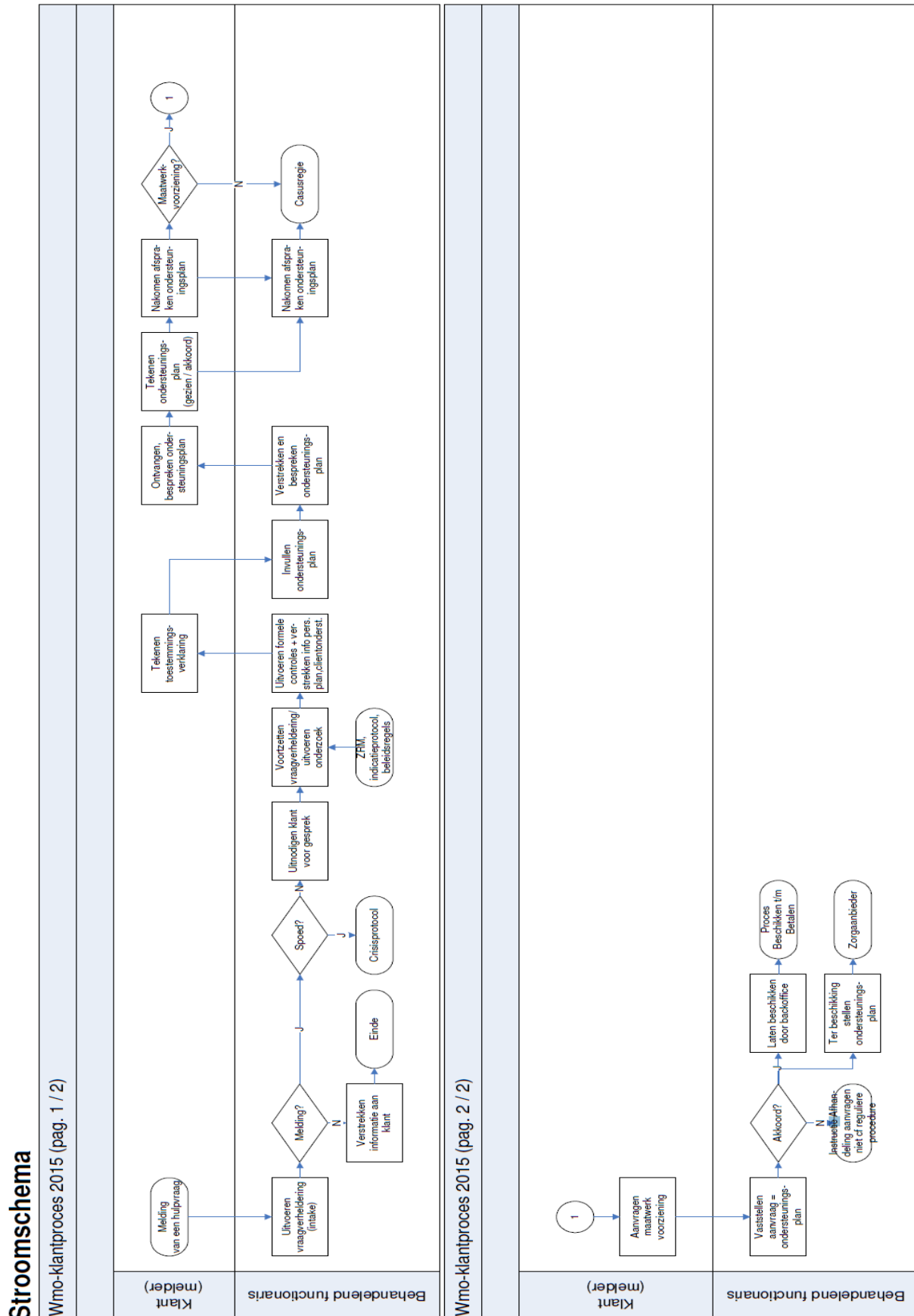
Brian Jansen is masterstudent Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zijn onderzoeksinteresse ligt bij de *sociale* en *individuele* facetten van (mentale) kwetsbaarheid. Concreet betekent dit onderzoek naar ontwikkelingskennis van en imago vorming over individuen met zware openbare geestelijke gezondheidzorg problematiek.

Punten voor beoefenaars

Door het gebruik van het empowermentconcept is laten zien dat ‘*empoweren*’ wordt gebruikt als politiek en administratief antwoord op de sociale problemen en uitdagingen van het Nederlandse zorgbeleid. Door het analyseren van de contingenties tracht deze sociaalwetenschappelijke empirische studie bij te dragen aan een passend recept voor empowerment voor zorg- en ondersteuning vormers binnen de contexten waarin zij werkzaam zijn. De instrumenten die empowerment maken moeten worden afgestemd op de dominante concepties vanuit de *maatschappelijke systemen*, politiek en burgers.

Bijlage 1 Stroomschema: WMO-klantproces

Bron: Gemeente Rotterdam (2014: p.6).



Bijlage 2 De Zelfredzaamheid-matrix (ZRM)

Bron: Lauriks, S, de Wit, MAS, Buster, MCA, Fassaert, TJJ, van Wifferen, R, & Klazinga, NS (2014).

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet en/of gepast past uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel en/of bewindvoering/inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf en deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomen mogelijkheid om te sparen.
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding of arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding of arbeidstoelating of tijdelijk werk en/of volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).	Vast werk en/of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huur/hypotheek is niet betaalbaar en/of dreigende huisuitzetting.	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend en/of in onderhuur of niet-autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en (huur)contract met bepalingen en/of gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en/of regulier (huur)contract en/of autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om en/of potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig en/of woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen en/of terugkerende suicide-ideatie. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen en/of geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn en/of enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen en/of behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven en/of marginale beperking van functioneren en/of goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zelfredzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse besommingen of zorgen.
Lichamelijke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/kritieke situatie.	Een (direct/ chronische) medische aandoening die regelmatige behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamenlijk gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.

Hoe smaakt empowerment? *Het helpen van zwarte zwanen om zichzelf te helpen.*

Bron: Lauriks, S, de Wit, MAS, Buster, MCA, Fassaert, TJJ, van Wifferen, R, & Klazinga, NS (2014).

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Verlaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/ verlaving. Resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk is.	Voldoet aan criteria voor verlaving. Preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen. Onthoudingsverschijnselen of afkickontwikkend gedrag zichtbaar. Gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 30 dagen. Aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen. Gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven en/of behandeltrouw is minimaal.	Client heeft gedurende de laatste 30 dagen gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar. Geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik en/of goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/ misbruik in de laatste 30 dagen.
Activiteiten Dagelijks Leven	Eerstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe activiteiten.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven en de zelfzorg is op peil, maar één of meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven en alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).	Geen problemen van deze aard en functioneert goed op alle gebieden.
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/ vrienden en geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Familie/ vrienden hebben niet de vaardigheden/ mogelijkheden om te helpen en nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/vrienden en enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/ vrienden en weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk en geen foute vrienden.
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie en/of in 'overlevingsmodus'.	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen.	Nauwelijks participierend in maatschappij en/of gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken.	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang.	Actief participierend in de maatschappij.
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie en/of openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie en/of lopende zaken bij justitie.	Incidenteel (eens per jaar) contact met politie en/of voorwaardelijke straf of -invrijstelling	Zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie en/of strafblad.	Geen contact met politie. Geen strafblad

Bijlage 4 Definitieve Interviewvragenlijst

Empowerment betekent zoveel als je eigen kracht (her)ontdekken, dus ontplooiën en vergroten en het doeltreffend (*effectief*) leren toe passen binnen de leefgebieden. Kortom: het vermogen van mensen om zichzelf te helpen. Het empowermentconcept bestaat uit vele elementen. Deze elementen passeren in dit interview de revue. De ambitie is dat bij herhaaldelijk afnemen van dit interview in kaart kan worden gebracht in welke mate zowel (zwerf) jongeren van 18 tot 23 jaar als volwassenen – onder wie dak- en thuislozen vanaf 23 jaar met (O)GGZ-problematiek groeien in hun kracht binnen hun leefgebieden. Dit ligt binnen de filosofie dat deze vragenlijst een solide instrument is om de arrangementen te beoordelen op de mate waarin zij ‘empowerend’ werken dan wel doeltreffend zijn.

Participanten	Instructie
<i>Hulpverleners en trajectregisseurs</i>	Hierna worden 43 vragen gesteld over uw perceptie. Er wordt dus gevraagd naar uw mening. Verwoord uw antwoord wat het beste overeen komt met uw mening. De eerste reactie is meestal de beste. Denk daarom niet te lang na over een antwoord. Niets uit de verworven data is individueel herleidbaar binnen de onderzoeksrapportage dus geef een eerlijk antwoord op alle vragen.

Algemeen	Vragen
<i>Naam</i>	Wat is uw naam?
<i>Functie</i>	Wat is uw functie en kunt u hier iets over vertellen?
<i>Leeftijd</i>	Wat is uw leeftijd?

Construct	Code per sitizing concept	Vragen
<i>1. Performance ambities</i>	1.1 Empowerment (productie efficiëntie)	1.1 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt het gevoel heeft iets te kunnen betekenen voor iemand anders door middel van de bijdrage van het arrangement? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt voldoening haalt uit wat goed gaat door middel van de bijdrage van het arrangement? (3) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt wel raad weet met de problemen die op zijn/haar weg komen door middel van de bijdrage van het arrangement? (4) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt structuur in zijn/haar leven heeft door middel van de bijdrage van het arrangement? (5) Wat is uw perceptie over in hoeverre de patiëntenrol niet meer centraal staat in het leven van een cliënt door middel

1.1 Empowerment (productie efficiëntie) (vervolg)

van de bijdrage van het arrangement? (6) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt weet waar hij/zij goed in is door middel van de bijdrage van het arrangement? (7) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt het gevoel heeft dat hij/zij ergens bij hoort door middel van de bijdrage van het arrangement? (8) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt een doel in zijn/haar leven heeft door middel van de bijdrage van het arrangement? (9) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt weet wat hij/zij beter wel en wat hij/zij beter niet kan doen door middel van de bijdrage van het arrangement? (10) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt regelmatig afspraken buiten de deur heeft door middel van de bijdrage van het arrangement? (11) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt zijn/haar grenzen weet te trekken door middel van de bijdrage van het arrangement? (12) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt zichzelf de moeite waard vindt door middel van de bijdrage van het arrangement? (13) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt negatieve gedachte om zet in positieve gedachte door middel van de bijdrage van het arrangement? (14) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt overziet hoe zijn/haar leven hem/haar gevormd heeft tot wie hij/zij nu is door middel van de bijdrage van het arrangement? (15) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt rust en veiligheid ervaart in zijn/haar woning door middel van de bijdrage van het arrangement? (16) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt iedere dag voldoende te doen heeft door middel van de bijdrage van het arrangement? (17) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt dingen doet die hij/zij belangrijk vindt door middel van de bijdrage van het arrangement? (18) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt kan omgaan met zijn/haar kwetsbaarheden door middel van de bijdrage van het arrangement? (19) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt op zichzelf durft te vertrouwen door middel van de bijdrage van het arrangement?

**2. Contin-
gentie fac-
toren**

2.1 Bereidheid van hulpverlener om macht te delen

2.1 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt beslist hoe hij/zij de baas wordt over zijn/haar leven?

2.2 Bereidheid van cliënten om macht te delen

2.2 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt de wil heeft om verder te gaan? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt durft om hulp te vragen?

2.3 Mogelijkheid voor cliënten tot peer-zeggen-schap en zelf-leiderschap verantwoordelijkheden

2.3 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre een hulpverlener er is als een cliënt dat nodig heeft? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt zijn/haar ervaringen kan delen met andere met gelijksoortige ervaringen?

2.4 Modeleren van een communicatieve situatie

2.4 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre een hulpverlener en cliënt een goede samenwerkingsrelatie hebben? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre een hulpverlener uit gaat van de mogelijkheden van een cliënt in plaats van de beperkingen?

2.5 Creëer onafhankelijkheid en interdependentie

2.5 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt passende ondersteuning krijgt als dit nodig is? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre de hulpverlening aansluit bij het leven van een cliënt?

2.6 Approximatieve arrangementinhoudelijke variabelen

2.6 (1) Wat is uw algemene perceptie over de duur van de beschikking van een arrangement (2) Wat is uw algemene perceptie over de bepaalde intensiviteitsstede van een arrangement (3) Wat is uw algemene perceptie over de indicatiestelling van een cliënt?

**3. Intern
systeem met
incorpora-
tie van ex-
tern systeem
variabelen**

3.1 Noodlot

3.1 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre er sprake is van machteloosheid van een cliënt over zijn/haar situatie?

3.2 Sociale uitsluiting

3.2 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre de omgeving van een cliënt hem/haar een luisterend oor biedt? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre mensen van wie een cliënt houdt hem/haar

3. Intern systeem met incorporatie van extern systeem variabelen

3.3 Overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken

ondersteunen? (3) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt een goede verstandhouding met mensen om hem/haar heen heeft? (4) Wat is uw perceptie over in hoeverre een cliënt kan terug vallen op de mensen om hem/haar heen?

3.3 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre overige onontkoombare persoonlijkheidskenmerken een cliënt belemmeren?

3.4 Beeldvorming over wat 'gezond' en 'normaal' is

3.4 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre de samenleving rekening houdt met (O)GGZ-cliënten binnen uw portefeuille? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre in onze samenleving (O)GGZ-cliënten binnen uw portefeuille voor vol worden aangezien?

3.5 Buitensporige eisen

3.5 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre de samenleving de rechten van een cliënt als burger respecteert (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre de samenleving sociale zekerheid biedt aan (O)GGZ-cliënten binnen uw portefeuille? (3) Wat is uw perceptie over in hoeverre in onze samenleving (O)GGZ-cliënten binnen uw portefeuille niet worden gediscrimineerd?

3.6 Onbegrip

3.6 (1) Wat is uw perceptie over in hoeverre mensen om een cliënt heen hem/haar accepteren? (2) Wat is uw perceptie over in hoeverre mensen om een cliënt heen hem/haar nemen zoals hij/zij is? (3) Wat is uw perceptie over in hoeverre de samenleving ruimte maakt voor de manier van meedoen van een cliënt?

