

## PARTICIPATIE EN EMPOWERMENT IN DE GEZONDHEIDSBEVORDERING

GABY JACOBS

29

### Professionals in de knel tussen ideaal en praktijk?

Deze bijdrage is gebaseerd op een onderzoek in opdracht van ZonMw (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en ontwikkeling) naar de *state of the art* van empowerment in de Nederlandse gezondheidsbevorderings- en preventiepraktijken.<sup>1</sup> Daartoe is een literatuurstudie verricht en zijn acht van de in totaal 54 projecten<sup>2</sup> binnen het programma 'Gezond Leven' van ZonMw geselecteerd vanwege hun gerichtheid op empowerment van de deelnemers, tot uitdrukking komend in zinsneden in de projectvoorstellen als 'meer grip krijgen op het eigen leven', 'bewust keuzen leren maken en daar zelf verantwoordelijkheid voor nemen', 'helpen hun kracht en kwaliteiten om met de bestaande situatie om te gaan te ontdekken of te versterken' en 'erkenning van de eigen ideeën en expertise van mensen'. De thematiek in de projecten liep zeer uiteen, van overgewicht, diabetes, huiselijk geweld tot preventie van marginalisering. Ook de 'doelgroepen'<sup>3</sup> waren divers: (allochtone) jongeren, oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen, kinderen met diabetes, werkloze lager opgeleide allochtone mannen, et cetera. Kenmerkend voor de projecten is dat ze diverse fasen doorlopen van ontwikkeling, uitvoering, evaluatie en implementatie. Er zijn vaak verschillende disciplines (gezondheidsbevorderaars of preventiewerkers werkzaam bij een GGD- of GGZ-instelling, fysiotherapeuten, artsen, peda-

gogen) bij betrokken en de evaluatie wordt in de meeste gevallen door een onderzoeker werkzaam bij een GGD- of GGZ-instelling verricht. Voor de analyse van de projecten hebben we documentenonderzoek verricht (waaronder projectvoorstellen, tussen- en eindevaluatie rapporten, trainingsmateriaal en handleidingen) en interviews gehouden met twee professionals (bij voorkeur een onderzoeker en een preventiewerker of gezondheidsvoorlichter, begeleider of trainer) uit ieder project. De bevindingen uit deze analyse zijn voorgelegd aan de geïnterviewden in een focusgroepbijeenkomst ter verificatie en aanscherping van de conclusies. Participatie van de 'doelgroep' blijkt een sleutelbegrip te zijn in het werken aan empowerment. Professionals hebben er de mond van vol, maar in de praktijk blijken ze te laveren tussen het ideaal van participatieve, zogenaemde *bottom-up* benaderingen aan de ene kant en de *top-down* structuur en beleid van de gezondheidsbevordering aan de andere kant. De sterke overeenkomsten tussen de ervaringen van de geïnterviewden en die van mijzelf in een participatief actieonderzoek gericht op bevordering van gezond leven van Nederlandse en Marokkaanse ouderen<sup>4</sup> deden mij de vraag stellen: is het wel mogelijk voor professionals in dit veld om participatief te werken? Om deze vraag te beantwoorden geef ik eerst een

korte introductie op de kernbegrippen – participatie en empowerment – in de context van de gezondheidsbevordering en preventie. Vervolgens ga ik in op de mate van participatie in de onderzochte gezondheidsbevorderingsprojecten – die teleurstellend is – en stel de vraag in hoeverre het ideaal van bottom-up werken wel realiseerbaar is. Ik eindig met een pleidooi voor een ‘realistische’ benadering waarin de realiteit van de gezondheidsbevordering als uitgangspunt wordt genomen om te werken aan empowerment vanuit de gedachte dat fantasieën over hoe het zou kunnen van belang zijn, maar dat de uitdaging ligt in de alledaagse, weerbarstige praktijk.

### 30 PARTICIPATIE EN EMPOWERMENT IN DE GEZONDHEIDSBEVORDERING EN PREVENTIE

In de afgelopen decennia is empowerment een populair begrip geworden in de wereld van de gezondheidsbevordering en preventie, zowel bij degenen die zich op theoretisch vlak of in onderzoek hiermee bezighouden als bij professionals in de praktijk. Empowerment maakt deel uit van een nieuw en kritisch paradigma waarin de hiërarchische (top-down) relaties tussen professionals en ‘doelgroepen’ worden ingeruild voor participatieve en dialogische (bottom-up) benaderingen.

#### De relatie tussen participatie, empowerment en gezond leven

In het conventionele paradigma worden behoeften en problemen op ‘objectieve’ wijze vastgesteld door middel van epidemiologische onderzoeken.

Gezondheidsinstanties ontwikkelen en voeren (vaak grootschalige) preventieprogramma’s uit gericht op het veranderen van de leefstijlen van specifieke ‘probleem’groepen, bijvoorbeeld migrantenouderen of zwangere vrouwen.

In het nieuwe paradigma is gezondheidsbevordering gericht op de empowerment van deze groepen. Educatie gericht op leefstijlverandering neemt hierin net als in het conventionele paradigma een belangrijke plaats in, maar in een kleinschaligere en meer dialogische benadering.<sup>5</sup> Bovendien gaat het in het nieuwe paradigma niet alleen om toerusting van personen,

maar ook om toerusting van de omgeving door belangenbehartiging en sociale actie gericht op beïnvloeding van het beleid en praktijk van de gezondheidsbevordering. Gezondheid komt hier in het perspectief te staan van een mens- en rechtvaardig bestaan (Laverack & Labonte 2000).

Ten grondslag aan dit nieuwe paradigma, ook wel aangeduid als ‘New Health Promotion’, ligt het Ottawa Charter, waarin gezondheidsbevordering wordt gedefinieerd als ‘the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health’ (WHO, 1986, 1). De veronderstelling is dat mensen niet goed hun gezondheidspotentieel kunnen realiseren wanneer zij geen invloed hebben op de persoonlijke en omgevingsdeterminanten van gezondheid (Wallerstein, 1992; Stein, 1992). Dit betekent dat empowerment een belangrijke strategie en doel van gezondheidsbevordering is. Empowerment wordt daarbij gedefinieerd als:

*a multilevel construct that involves people assuming control and mastery over their lives in the context of their social and political environment; they gain a sense of control and purposefulness to exert political power as they participate in the democratic life of their community for social change (Wallerstein, 1992, 198).*

De veronderstelling daarbij is dat participatie van burgers in activiteiten die hun eigen leven en gezondheid betreffen, van belang is om hier meer invloed op en controle over te krijgen. Het zou dan gaan om een proces van samenwerking tussen professionals en burgers in (formele en informele) activiteiten gericht op verbeteringen in de kwaliteit van leven, de omgeving of dienstverlening (Nutbeam, 1998; Beeker e.a., 1998). Participatie en samenwerking worden als de twee pijlers of strategieën beschouwd voor gezondheidsbevordering (Koelen & Van der Ban, 2004). Het is echter lang niet altijd duidelijk wat onder participatie moet worden verstaan of wanneer daarvan sprake is, noch wat de betekenis ervan is voor de ‘doelgroep’. Hoe, wanneer en waarom draagt participatie bij aan empowerment?

## Participatie als een continuüm

Verscheidene auteurs die zich committeren aan de 'nieuwe' gezondheidsbevordering als een sociale beweging of actief zijn in de ontwikkelingssamenwerking (zie bijvoorbeeld Parpart e.a., 2002; Khanna, 1996; Robertson & Minkler, 1994; Laverack, 2004; Rifkin, 2003) stellen dat participatie een modewoord is geworden in gezondheids- en ontwikkelingsprogramma's waarbij maar zelden de vraag wordt gesteld: participatie door wie, waarin en waartoe? Volgens Khanna (1996) is veel van wat doorgaat voor participatie slechts de deelname van burgers in projecten die door professionele instanties zijn opgezet en waarin de agenda, doelen en belangen van deze instanties leidend zijn. Dit wordt bevestigd door Robertson & Minkler (1994) die veel zogenoemde 'symbolische' participatie aantreffen in gezondheidsbevorderingsprogramma's. Op papier staat participatie dan heel mooi, maar in de praktijk hebben de burgers geen enkele zeggenschap. Zij spreken in dat geval liever over 'non-participatie'. Laverack (2004), een belangrijke auteur op dit terrein, benadrukt de politieke dimensie van empowerment. Hij maakt een onderscheid tussen participatie als deelnemer in gezondheidsprogramma's en participatie in de organisatie, planning en uitvoering van dergelijke programma's. Volgens hem is participatie in programma's met als doel persoonlijke toerusting door de ontwikkeling van inzicht en vaardigheden niet voldoende om te spreken van empowerment; het is belangrijk dat burgers ook een stem krijgen in de besluitvorming rondom dergelijke programma's en invloed kunnen uitoefenen op (lokaal) beleid en de verdeling van middelen.

Uit deze discussies blijkt dat participatie niet een factor is die aan- of afwezig is, maar dat zij verschillende vormen en gradaties kan aannemen en dat dit bovendien afhankelijk is van de fase of activiteit in en rondom een programma. Verscheidene auteurs behandelen participatie dan ook als een continuüm, variërend van het krijgen van informatie van professionals aan de ene kant, tot zelfmobilisatie van burgers aan de andere kant (Chambers, 1992; Hogan, 2000). Een bekend en veel aangehaald continuüm is de Ladder van Arnstein (1969). In de gezondheidsbevordering in

Nederland wordt de Ladder van Pretty (1995) gebruikt. Dit is een licht gewijzigde en 'neutralere' versie van de typologie van Arnstein (zie figuur 1).

**Figuur 1 De participatieladder van Pretty<sup>6</sup>**

6. Zelfmobilisatie  
Professionals staan op de achtergrond in het programma. Burgers maken onafhankelijk van professionele instanties keuzen, leggen hun eigen contacten en hebben volledige controle over planning, ontwikkeling en implementatie van activiteiten.
5. Interactieve participatie  
Burgers werken samen met professionals in de planning, ontwikkeling en/of implementatie van activiteiten. Besluiten worden gezamenlijk genomen en er is sprake van het delen van kennis om nieuwe inzichten te creëren.
4. Functionele participatie  
Burgers zijn actief betrokken in de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's en activiteiten en in de besluitvorming daaromtrent. Zij krijgen taken toegewezen, al dan niet met een beloning of prikkel om deze uit te voeren. De controle en (uiteindelijke) verantwoordelijkheid voor het proces en de uitkomsten ligt bij professionals.
3. Participatie via consultatie  
Professionals hebben de regie over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's en zijn verantwoordelijk voor de financiering. De mening, behoeften of veranderingswensen van (representatieve) leden van groeperingen worden gevraagd en er wordt gehandeld naar hun visie als de professionals dat nodig achten. De besluitvorming ligt bij de professionals.
2. Participatie via informatie  
Professionals hebben volledige controle over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's en zijn verantwoordelijk voor de financiering. Leden uit de 'doelgroep' worden geïnformeerd over het programma (zoals de doelstelling, betrokken partijen, looptijd en deelactiviteiten) en worden betrokken via het stellen en beantwoorden van vragen.
1. Passieve participatie  
Professionals hebben volledige controle over de planning, ontwikkeling en/of implementatie van programma's en zijn verantwoordelijk voor de financiering. De 'doelgroep' wordt geïnformeerd over het programma.
0. Geen participatie  
De 'doelgroep' wordt niet geïnformeerd over het programma of alleen over de activiteiten of onderdelen die voor haar relevant wordt geacht.

Er valt te discussiëren over de vraag of alle niveaus in figuur 1 als vormen van participatie kunnen worden beschouwd en over welke niveaus bijdragen aan empowerment. Volgens het standpunt van de kritische auteurs die ik hiervoor heb aangehaald, dient participatie bij te dragen aan empowerment van burgers en niet (alleen) aan de belangen van professionele gezondheidswerkers of onderzoekers. Volgens deze auteurs vereist empowerment een hoge mate van participatie (niveau 4, 5 of 6) in alle fasen en activiteiten van een programma, inclusief de organisatie en besluitvorming. Professionals ontwerpen niet langer gezondheidsprogramma's en benaderen leden uit de 'doelgroep' om daarin deel te nemen; zij gaan daarentegen burgers ondersteuning bieden bij het vaststellen van behoeften en doelen en het zoeken naar mogelijke veranderingstrategieën.<sup>7</sup>

Ik maak nu de overstap naar de praktijk van de gezondheidsbevordering en preventie in Nederland. Hoe krijgt participatie van 'doelgroepen' hierin gestalte?

### BOTTOM-UP OF TOP-DOWN?

In de acht 'Gezond Leven'-projecten is 'doelgroepparticipatie' een belangrijk aandachtspunt, maar de projecten vertonen daarin onderling grote verschillen. Van niveau 6 (een 'zuivere' bottom-up benadering), het hoogste participatieniveau op de Ladder van Pretty (zie figuur 1) is geen sprake, want alle projecten worden gecoördineerd of aangestuurd door professionals. In één project is er alleen op papier sprake van 'doelgroepparticipatie' en empowerment; dit is de 'symbolische' of 'non-participatie' (niveau 0).<sup>8</sup>

Twee projecten daarentegen kunnen juist op de andere helft van het participatiecontinuüm worden gesitueerd: niveau 4 en 5 op de Ladder van Pretty. Deelnemers zijn in de verschillende fasen van het programma medeontwikkelaars, medewerkers en/of medeonderzoekers, maar de verantwoordelijkheid en uiteindelijke beslissingsmacht ligt bij de professionals. Een voorbeeld daarvan is een participatief actieonderzoek waarin een zogenaemde *child-to-child approach* wordt gehanteerd. Het doel is om kinderen met diabetes te helpen meer invloed op en controle over de factoren te krijgen die hun kwaliteit van leven onder-

mijnen dan wel juist hieraan kunnen bijdragen. Wat 'kwaliteit van leven' is, wordt niet door de professionele (participatief actie)onderzoeker bepaald maar door de kinderen zelf:

*De kinderen staan centraal. Dat begint al door aan de kinderen (en niet de ouders zoals gebruikelijk) te vragen of zij mee willen doen aan het project en hen zelf uit te nodigen met een brief en de vraag of ze zin hebben om te komen. Vervolgens gaat het erom dat kinderen het probleem waar zij iets aan willen veranderen, definiëren, dat ze zelf de oplossing verzinnen en uitwerken en dat zij deze ook zelf gaan evalueren en meedenken in de implementatie. Dus eigenlijk treden de kinderen op als medeonderzoekers in het project.*

Empowerment begint volgens deze onderzoeker 'simpeelweg met kinderen om hun mening te vragen. Dat zijn ze niet gewend. Sowieso dat ze actief worden benaderd voor onderzoek en dat zij daarin de belangrijkste figuur zijn.' Op die manier wordt de kennis en expertise van deze kinderen met betrekking tot hun eigen lichaam en leven erkend. De onderzoeker heeft de rol van begeleider en katalysator in dit proces, maar is tevens de schakel (intermediair) tussen de kinderen enerzijds en de ouders en hulpverleners anderzijds. Hij gaat met toestemming van de kinderen mee op consult bij de arts en observeert wat er in die consulten gebeurt en koppelt dit terug naar alle partijen. Ook de kinderen doen onderzoek door bij een leeftijdgenootje in een ander ziekenhuis te gaan observeren. Dat levert voor het onderzoek veel op, 'want kinderen vallen andere dingen op dan mij als onderzoeker', aldus de geïnterviewde, maar het doen van onderzoek blijkt ook bij te dragen aan hun empowerment: 'Je merkte dat de kinderen elkaar aan het versterken waren, want ja, als dat kind het durfde [zelf een vraag te stellen aan de arts], nou, dan ga ik terug naar mijn dokter.' Deelname aan het project helpt kinderen om in hun eigen kracht te komen en vergroot hun invloed en controlemogelijkheden. Zij worden actor in plaats van toeschouwer in het leven met hun ziekte.

De andere vijf projecten tonen een meer gedifferentieerd plaatje van participatie. In de voorbereidings-

fase, voordat het project officieel van start is gegaan, zijn de 'doelgroepen' niet (direct) betrokken.<sup>9</sup> In de eerste fase van het project waarin de behoeften en problemen van de betrokken groepen worden vastgesteld, zien we daarentegen in drie van de vijf projecten een hoog niveau (4) van participatie. In de interventie- en evaluatiefase daalt dit vervolgens en beweegt zich dan tussen de niveaus 1, 2 of 3. Leden uit de 'doelgroep' zijn deelnemers aan (educatieve) activiteiten en respondenten, soms ook (onderdeel van een) klankbordgroep.

In de andere twee projecten is het plaatje omgekeerd. Het participatieniveau is hier (erg) laag in de voorbereidings- en ontwikkelingsfase, maar neemt toe naarmate het programma vordert. In deze projecten wordt empowerment gedefinieerd als de toerusting van personen en hun omgeving met kennis, vaardigheden en hulpbronnen voor gezond leven. Een voorbeeld hiervan is een cursus voor allochtone jongeren, met als doel marginalisering en criminalisering te voorkomen. In deze cursus heeft empowerment betrekking op 'werken op een grondslag van waarden en normen. Veranderingen hierin stralen uit naar allerlei levensaspecten.' Het gaat erom dat jongeren kritisch leren nadenken over belangrijke thema's als de eigen identiteit, relaties met anderen, drugsgebruik en dergelijke, instrumenten in handen krijgen op basis waarvan ze zelf keuzen kunnen maken en ook verantwoordelijkheid voor die keuzen kunnen dragen. Wat opvalt in dit project is dat de jongeren geen zeggenschap hebben in de opzet of uitvoering van de cursus: zij zijn geen medewerkers maar deelnemers ofwel cursisten. De cursusleider is de deskundige die over inzichten en vaardigheden beschikt die bij de jongeren (nog) ontbreken. Zoals de begeleider het formuleerde:

*In de training ben ik de leraar. De jongeren moeten eerst bepaalde vaardigheden leren die zij nodig hebben in de communicatie met anderen en om met hun problemen om te gaan. Zij moeten eerst kritisch leren nadenken, niet de mening van hun groep herhalen. Pas daarna kunnen zij hun eigen keuzen maken.*

Concluderend kunnen we stellen dat voor alle geanalyseerde 'Gezond Leven'-projecten geldt dat de voor-

bereidingsfase, waarin de doelen, middelen en methoden voor een project worden vastgesteld, een aangelegenheid is van professionele instanties onderling, waarin (zelforganisaties van) burgers niet of slechts indirect via intermediairs of sleutelfiguren een stem hebben. In het grote merendeel van de projecten (zes van de acht) overstijgt de participatiegraad niveau 4 niet en waar niveau 4 wordt bereikt, is dat in veel projecten slechts aan het begin (bij de 'behoeftepeiling') of aan het einde (na voldoende toerusting van de doelgroep). Van een *partnership* tussen professionals en 'doelgroep' – het ideaal in de gezondheidsbevordering – is hier geen sprake.

We kunnen dan ook de vraag stellen in hoeverre in de 'Gezond Leven'-projecten nu sprake is van participatie op een dusdanig niveau dat wordt bijgedragen aan empowerment. Mijn eerste reactie zou zijn dat het niveau van participatie tamelijk teleurstellend is. Maar misschien is dit wel te snel geconcludeerd. Zijn deze projecten wel zulke slechte voorbeelden van empowerment? Is een hoge mate van participatie in alle fasen of activiteiten nodig om empowerment te realiseren? Om deze vraag te beantwoorden ga ik in op de praktijk van de gezondheidsbevordering en de ervaringen van de geïnterviewde projectmedewerkers.

### **PARTICIPATIE IN DE GEZONDHEIDSBEVORDERING: LESSEN UIT HET VELD**

Het nieuwe paradigma in de gezondheidsbevordering vertoont veel overeenkomsten met de ontwikkelingsbenaderingen en sociale bewegingen in 'het zuiden', zoals de visie op empowerment als een bottom-up proces van burgers die samenwerken in het verbeteren van hun leven, waar nodig met steun van professionals. In termen van de Ladder van Pretty (zie figuur 1) gaat het dan om niveau 5 of liever nog 6. Deze sterke ideologische positie is ook het ideaal in de westerse gezondheidsbevordering, maar is deze ook realistisch? De verhalen van gezondheidswerkers en onderzoekers in dit veld en ook mijn eigen ervaringen in het 'Zin in Gezond Leven'-project tonen dat dit niet het geval is. Zij bieden een ander perspectief op de retoriek van *people first*.

### Participatie als een uitkomst van empowerment

Participatie op niveau 4 of hoger wordt beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor empowerment in de bottom-up ideologie. Wanneer mensen geen zeggenschap hebben in de planning, ontwikkeling en implementatie van een project, zou er van empowerment geen sprake zijn, zo kwam eerder in dit artikel aan de orde. Empowerment is altijd ook een politiek proces, aldus Laverack (2004). Deelnemen aan een (educatief) programma als cursist kan wel bijdragen aan de persoonlijke toerusting, maar is niet genoeg om meer maatschappelijke invloed te krijgen en daarmee niet voldoende voor empowerment.

Uit de projectanalyse komt naar voren dat dit niet zo eenduidig ligt. De mate van participatie die wenselijk en mogelijk is, blijkt afhankelijk te zijn van de doelen van een programma, de thematiek en van kenmerken van de 'doelgroep'. Wanneer het doel persoonlijke toerusting met kennis en vaardigheden is voor gezond leven, is participatie op een hoog niveau in de planning en ontwikkeling van het programma niet wenselijk. Bovendien is het soms ook niet mogelijk, met name als het gaat om groepen waarvoor empowerment van belang is. Denk bijvoorbeeld aan lager opgeleide jongeren of oudere migrantenvrouwen die niet of nauwelijks de Nederlandse taal beheersen. Participatie als deelnemer in educatieve activiteiten kan dan al een hele stap zijn, zoals voor migrantenvrouwen die niet veel buiten de deur komen. Maar betekent dit dat dergelijke 'minder participatieve' programma's niet bijdragen aan empowerment? Nee, integendeel.

In de cursus voor allochtone jongeren bijvoorbeeld, vindt de werving plaats via de ouders; de jongeren wordt niet gevraagd of ze willen deelnemen, noch wat ze dan belangrijk zouden vinden om te leren. Toch toont de evaluatie van deze cursus dat de jongeren zich na afloop meer zelfverzekerd voelen, zich meer bewust zijn van hun eigen waarden en die van anderen en beter in staat zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen handelen en zich ook meer betrokken voelen op hun eigen omgeving. Sommige jongeren worden zelfs *peer educators* in volgende cursussen en helpen bij de werving van jongeren. Hoewel het programma niet participatief is ontwikkeld, resulteert het wel in een toenemende participatie van de jongeren in activiteiten in de eigen omgeving en in empowerment.

Een eerste belangrijke bevinding is dan dat een bepaalde mate van toerusting (*capacity building* of persoonlijke empowerment) nodig is voor maatschappelijke participatie en actief burgerschap (politieke empowerment). Persoonlijke empowerment kan daarbij gestalte krijgen in wat op het eerste gezicht een tamelijk conventionele educatieve benadering lijkt, maar met dat verschil dat de deelnemers zich erkend en serieus genomen voelen en er veel ruimte is voor uitwisseling, dialoog en van elkaar leren. Met andere woorden: participatie op een hoog niveau is geen noodzakelijke voorwaarde voor empowerment, maar participatie (op diverse niveaus) kan wel degelijk bijdrage aan empowerment. Omgekeerd draagt empowerment bij aan maatschappelijke participatie.

### Bureaucratische controle

In de afgelopen decennia is de druk toegenomen op de sociale wetenschappen en sociale professies om te werken aan problemen en toepassingen waarvoor externe middelen kunnen worden vergaard. Voor gezondheidsprofessionals geldt dat zij werken in organisaties wier beleid en bijbehorende programma's worden gestuurd door de prioriteiten en -budgetten die door de (landelijke, regionale en lokale) overheden worden vastgesteld. Projecten moeten passen in dit beleid en zijn meestal van korte duur; langetermijnsubsidiering is een uitzondering in de gezondheidsbevordering.<sup>10</sup> De meeste van de door ons onderzochte projecten besloegen twee jaar en in die periode moesten alle fasen worden doorlopen: het vaststellen van behoeften en hulpbronnen; het opbouwen van een vertrouwens- en samenwerkingsrelatie met de 'doelgroep' en met professionele instanties en werkers uit andere sectoren; en de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van het programma. Dit legt veel tijdsdruk op professionals:

*Gedurende de twee jaar van het project hebben we steeds de hete adem van de financier in onze nek gevoeld om resultaten te produceren. Maar in het werken aan empowerment is het proces belangrijker dan de uitkomst – althans op de korte termijn, want de impact wordt pas op langere termijn zichtbaar. [...] Empowerment is een continu proces dat voortgang zou moeten*

*kunnen krijgen. Dit is lastig wanneer het moet plaatsvinden binnen kortdurende, extern gefinancierde projecten.*

Bureaucratische controle heeft als doel om de voorspelbaarheid en betrouwbaarheid van diensten of producten te maximaliseren (Freidson, 2001). De eisen van cijfermatige verantwoording, kortetermijnuitkomsten, kosteneffectiviteit en wetenschappelijke objectiviteit door het standaardiseren van procedures (zoals de zogenoemde 'Randomized Control Trial'-onderzoeksmethode) gaan echter niet goed samen met empowerment als een langetermijn-, meerdimensionaal, intersubjectief en contextafhankelijk proces. Zoals een participatief actieonderzoeker zei:

*Dat ik een project draai, waarvan ik dus ook niet weet welke kant het opgaat. Ik blijf natuurlijk wel mijn verantwoordelijkheden als onderzoeker houden, maar dat betekent niet dat ik de richting bepaal. [...] Bij een empowermentbenadering kom je al snel op kwalitatief onderzoek uit. Dit concept is in de medische wereld relatief onbekend en het wordt daar ook wel als 'onwetenschappelijk' betiteld.*

Participatie en empowerment vinden dus plaats binnen een context die zich kenmerkt door bureaucratische controle. De gezondheidsbevordering is geen sociale beweging, maar een professionele en bureaucratische reactie op de uitdagingen van sociale bewegingen om nieuwe kennis- en handelingspraktijken te ontwikkelen (Laverack, 2004). De besluitvorming over gelden en 'doelgroepen' ligt niet bij burgers maar bij professionele instanties en overheden. Deze laatste beslissen 'wie moet worden empowered'. Dat is de paradox van empowerment in de gezondheidsbevordering: professionele instanties dragen kennis, inzichten en vaardigheden (macht) over aan burgers, zodat burgers meer invloed krijgen op besluitvormingsprocessen. Maar de beslissing en het initiatief om dat te doen ligt bij de professionals: 'It [empowerment] only exists as a relational act of power taken and given in the same instance' (Labonte, 1994, 256). Of zoals een wijkgezondheidswerker het uitdrukte:

*Ik geloof niet in een visie op empowerment als zou alles uit de vrouwen zelf moeten ontstaan; dat is niet realistisch. We werken altijd 'middle-up-down'. Ik noem dat de MUD-benadering. Professionals die met gemeenschappen werken, signaleren de problemen en zetten ze op de agenda bij bestuurders en beleidsmakers. Pas dan kun je met de mensen rond de tafel gaan zitten. [...] Je komt dus nooit van onderop, maar kan wel proberen om zo veel mogelijk vanuit de groep te laten komen.*

Een tweede belangrijke bevinding van het onderzoek is dan dat een 'zuivere' bottom-up benadering conflicteert met de bureaucratische en professionele controle van projecten. Professionals werken als schakel tussen de behoeften en belangen van burgers en de eisen van gezondheidsinstanties en -beleid.

### Normatieve spanningen en machtsverschillen

De retoriek van bottom-up benaderingen stelt empowerment impliciet voor als een harmonieus proces, waarin mensen samenwerken aan het verbeteren van hun levens met ondersteuning van professionals. In de gezondheidsbevordering is het andersom, zoals we zagen. Professionals werken aan het verbeteren van gezond leven, met hulp van burgers (als zij 'willen meewerken'). Bovendien is er een derde partij in beeld, samengenomen als de managers, beleidsmakers, financiers die net als de andere belanghebbenden hun eigen doelen en waarden verwezenlijkt willen zien (Robertson & Minkler, 1994). Professionals hebben te maken met weerstanden en conflicten binnen en tussen deze groepen en moeten zich vaak grote inspanningen getroosten om steun, draagvlak en financiële middelen voor hun project te krijgen. Een projectmedewerker zei hierover:

*Daar [het verkrijgen van draagvlak] heb ik in het begin van het project ontzettend aan moeten werken. Ik dacht dat ik een project met kinderen ging doen, maar in het eerste jaar ben ik veel meer bezig geweest met het creëren van ruimte voor het project.*

Professionals proberen op creatieve wijze om te gaan met de eisen van beleidsmakers en subsidiegevers om

te kunnen doen wat zij belangrijk vinden. Zo sprak een van de respondenten over 'subsidieprostitutie': de terminologie en aandachtsgebieden van de financier overnemen in het eigen programma als vlag waaronder de bestaande activiteiten verder kunnen worden ontwikkeld. De drang tot verdergaande innovatie ('steeds weer nieuwe methodieken ontwikkelen') zou dit volgens hem noodzakelijk maken. Deze creativiteit kan echter niet voorkomen dat sommige projectmedewerkers zich klem voelen zitten tussen de behoeften van de mensen met wie zij werken, hun eigen waarden en behoeften en wat het management van hen vraagt, hetgeen een 'dis-empowerende' impact kan hebben, zo weet ik uit eigen ervaring.

36 Professionals die in de gezondheidsbevordering willen werken aan empowerment, bewegen zich tussen twee gevaren, aldus Labonte (1994):

*that of co-opting or neutralizing social struggle and conflict within the conservative ethos of institutions, and that of naively proclaiming the community as the solution to all socio-political and economic health problems (1994, 255).*

Als schakel tussen beleid en management aan de ene kant en de 'doelgroepen' aan de andere kant (cf. de MUD-benadering), zijn botsingen van waarden en belangen aan de orde van de dag.<sup>11</sup>

Gezondheidswerkers en onderzoekers kunnen eveneens op belangrijke onderwerpen van mening verschillen, bijvoorbeeld met betrekking tot de betekenis en het doel van participatie in het programma.<sup>12</sup>

De verschillende belangen, doelen en waarden roepen de vraag op wanneer professionele interventies legitiem zijn in het realiseren van empowerment en hoe die interventies eruit dienen te zien. Het betreft het klassieke interventiedilemma tussen beheersing en emancipatie, dat door de ontwikkelingen in deze sector op de agenda is komen te staan. Ik kwam veel vragen tegen die hiermee te maken hebben, zoals: Het kan toch niet zo zijn dat we onze eigen westerse normen opleggen aan migranten onder het mom van empowerment?; Betekent empowerment mensen helpen hun eigen behoeften en veranderingswensen te definiëren en daar actie op te ondernemen, ook wanneer dat betekent dat bepaalde belangrijke gezondheidsproblemen niet of

nooit op de agenda komen?; Wat te doen als empowerment resulteert in de eigen keuze om ongezond te leven, bijvoorbeeld om drugs te gebruiken. Is dat ook empowerment?; Is het mogelijk om aan kritische bewustwording te werken zonder de eigen visie van 'goed' en 'slecht' op te leggen of juist te moeten negeren? Op deze vragen en kwesties zijn geen eenduidige antwoorden mogelijk, het gaat erom dat deze onderwerp van discussie zijn tussen de verschillende belanghebbenden. Wat echter opvalt, is dat dit nauwelijks gebeurt in de praktijk van alledag. Een derde bevinding van dit onderzoek is dat participatieve benaderingen worden gekenmerkt door spanningen en conflicten tussen waarden, doelen en belangen, maar dat de dialoog daarover niet of nauwelijks wordt gevoerd.

### EEN REALISTISCHE BENADERING: MET DE VOETEN IN DE MUD

De gezondheidsbevordering is een werkveld waarin tegenstellingen elkaar ontmoeten: het 'oude' en het 'nieuwe' paradigma, paternalisme en empowerment, macht die wordt gegeven en macht die wordt genomen. Het is een professioneel domein onder bureaucratische controle en dat betekent dat van een 'zuivere' bottom-up benadering geen sprake is. Er komen altijd professionals aan te pas, die werken in de spanningsvelden tussen bottom-up en top-down krachten. Dit bemoeilijkt het werken aan empowerment, omdat empowerment 'van bovenaf' geen empowerment is. Van de andere kant wil dat niet zeggen dat professionals geen rol kunnen spelen in empowerment, integendeel. Hoe die rol eruitziet, dient echter nader doorzocht en ontwikkeld te worden. Ik zou daarbij willen pleiten voor een 'realistische' benadering. Hiermee bedoel ik dat de bestaande verschillen, spanningen en botsingen als vertrekpunt worden genomen en als een uitdaging om creatieve manieren te ontwikkelen om participatie en empowerment in de praktijk te brengen. Professionals (zowel gezondheidswerkers als onderzoekers) doen dit voor een deel al, maar de positie 'in het midden' kan een eenzame ervaring zijn en het gevoel geven maar wat 'aan te modderen' of klem te zitten tussen het ideaal van bottom-up participatief werken en het top-down beleid en management van instellingen.



Het 'dienen van meerdere meesters' en het omgaan met de machtsverschillen en interpersoonlijke dynamiek in de praktijk van de gezondheidsbevordering vereist een dubbele beweging. Enerzijds een stevig geworteld zijn (*rooting*) als professional, dat wil zeggen een eigen 'machtsbasis' hebben gebaseerd op de benodigde kennis en vaardigheden en discretionaire ruimte (Freidson, 2001); anderzijds het vermogen om zich te verplaatsen (*to shift*) in de situatie van andere belanghebbenden om het project vanuit hun standpunt te kunnen bekijken.<sup>13</sup> In participatieve benaderingen gericht op empowerment hebben professionals niet alleen kennis en expertise op het terrein van onderzoeksmethodologie of gezondheidskwesaties nodig, maar zullen zij ook bekwaamheid moeten ontwikkelen in het omgaan met interpersoonlijke en politieke processen (Nelson e.a., 2004).

In vergelijking met de conventionele professionele rol in de gezondheidsbevordering, vereist samenwerking het vermogen om te reageren (*response-ability*) op situaties en interacties, in plaats van deze uit te lokken en onder controle te houden (Meulenberg-Buskens, 1996). Het gaat niet om het overdragen van de 'boodschap' van de gezondheidsbevordering (eenrichtingsverkeer), maar om co-creatie met burgers gebaseerd op dialoog. Deze co-creatie vraagt een ander tempo en presentievaardigheden (Baart, 2001): geven en nemen; op zoek gaan naar compromissen zonder de eigen waarden of doelen geheel te verlaten; betrouwbaar zijn; aanwezig zijn en dingen doen die op het eerste gezicht niet 'professioneel' lijken, zoals pannenkoeken bakken voor een activiteit in de wijk of koffie drinken in het buurthuis (Ten Dam, 1998). Net zo belangrijk is de dialoog met collega's en beleidsmakers over de waarden en doelen van gezondheidsbevordering. Voor de empowerment van professionals zijn interdisciplinaire en organisatieafhankelijke werkplaatsen nodig waar collectieve reflectie en leren kan plaatsvinden en van waaruit het 'experiment' in het eigen werkveld en de eigen organisatie gevoed en ondersteund wordt. De ontwikkeling van een *action learning*-programma voor professionals in de gezondheidsbevordering als vervolg op dit project biedt die mogelijkheid en sluit aan bij de gedachte dat het werken aan empowerment niet alleen een professioneel leerproces is, maar ook een

institutionele kwestie. Om te werken aan empowerment van de 'doelgroepen' is de participatie en empowerment nodig van professionals in hun eigen organisaties en in het (lokaal) beleid, zodat zij de belangen van de 'doelgroepen' kunnen helpen behartigen. Ik pleit dus voor een tweesporenstrategie in de empowerment van professionals: van buiten (werkplaatsen) naar binnen (de eigen organisatie, werkveld, beleid) werken; en van binnenuit (veranderingen in organisatie, werkveld, beleid) de weg naar buiten (burgers) openleggen. Op die manier kunnen traditionele (dat wil zeggen: hiërarchische, competitieve, rigide, gesloten en afgescheiden) en voor de 'nieuwe' gezondheidsbevordering achterhaalde institutionele structuren langzaam maar zeker worden omgevormd tot meer gelijkwaardige, ondersteunende, creatieve, flexibele, open en verbindende structuren (Khanna, 1996). Vanuit empowerment gezien is een 'bottom-up' benadering het ideaal, maar deze is in de huidige gezondheidsbevordering moeilijk te realiseren. We dienen dit ideaal echter niet te verlaten. Ik zou ervoor willen pleiten om het te beschouwen als een contrafactisch principe: iets dat we in dit werkveld nooit helemaal zullen bereiken maar dat wel een visie en richting biedt terwijl we met de voeten in de modder staan en dat ervoor zorgt dat we ons steeds de vraag blijven stellen: participatie door wie, waarin en waartoe?

## NOTEN

- 1 Het project is gefinancierd door ZonMw en de Universiteit voor Humanistiek. Het doel was om inzicht te verkrijgen in de conceptualisatie van empowerment, de benaderingen en strategieën van empowerment en de onderzoeksmethoden en evaluatie-instrumenten. De resultaten zijn weergegeven in Jacobs, G.; Braakman, M. & J. Houweling (2005).
- 2 Dit was het aantal op 30 augustus 2004. Zie de projectenpoort op <http://www.zonmw.nl>.
- 3 In participatieve benaderingen is 'doelgroep' geen geschikte term omdat deze verwijst naar doelen en groepen die van buiten- of bovenaf worden vastgesteld, terwijl participatie uitgaat van de betrokkenheid en inspraak van burgers in het vaststellen van doelen en de strategieën om deze te bereiken. De 'groep' is daarbij een problema-

tisch gegeven, want heterogeen, met min of meer open grenzen en veranderend van samenstelling. In de term 'doelgroep Participatie' zit al de spanning besloten die kenmerkend is voor dit werkterrein, waarover later meer. Vandaar dat we de term blijven gebruiken, maar tussen aanhalingstekens.

- 4 Het betreft het project 'Zin in Gezond Leven' uitgevoerd door de Universiteit voor Humanistiek in samenwerking met de GGD Rotterdam en TransAct met financiering van ZonMw. Dit project is net als de *state of the art*-studie uitgevoerd binnen het kader van het programma 'Gezond Leven' van ZonMw. Zie voor de ervaringen van de onderzoekers met de participatieve werkwijze: Van den Ende & Jacobs (2005).
- 5 De *banking approach* die wordt gekenmerkt door een hiërarchische relatie en kennisoverdracht van expert naar leek wordt ingeruild voor een dialoog tussen professional en burgers (cf. Freire 1971).
- 6 De ladder is vertaald door en beschreven in Goosen, Koelen e.a. (2004).
- 7 Deze sterke ideologische visie is kenmerkend voor wat ook wel wordt aangeduid als het 'empowerende' type van participatief actieonderzoek (Hart & Bond, 1995, 38). Vergelijk ook de principes van empowermentevaluatie (Fetterman, 2002).
- 8 Het betreft een programma van een grote GGZ-instelling voor laagopgeleide allochtone mannen met een hoog ziekteverzuim. Zij worden door UWV benaderd om deel te nemen aan een cursus met als doel beter te leren omgaan met psychologische problemen (dit zou een belangrijke oorzaak zijn van hun verzuim) en hun werkmotivatie en daarmee hun reïntegratie te bevorderen. De mannen zijn zelf niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van de training en uit de evaluatie bleek dat zij ook niet zijn geïnformeerd over de doelen. Bovendien is het niet onwaarschijnlijk dat door de link met UWV de mannen deelname aan de cursus niet als een vrijwillige keuze beschouwen, ook al is aangegeven dat weigering geen consequenties heeft voor hun uitkering of reïntegratie.
- 9 Dit is overigens ook het geval voor de twee eerder genoemde projecten, die een hoge mate van participatie tonen gedurende het hele project. Een verklaring is de (gedeeltelijke) afhankelijkheid van

externe financiering: het verwerven van gelden is een tijd- en energierovende bezigheid in de voorbereidingsfase, zodat het contact leggen met de 'doelgroepen' erbij inschiet of beperkt blijft tot het spreken met intermediairs of sleutelfiguren.

Professionals vinden het bovendien niet ethisch verantwoord om verwachtingen te wekken bij de 'doelgroep' die ze misschien niet kunnen waarmaken.

- 10 Zo beslaat het 'Gezond Leven'-programma van ZonMw vier jaar en wordt hoogstwaarschijnlijk niet gecontinueerd in een ander programma.
- 11 Een duidelijk voorbeeld is de ideologie van persoonlijke verantwoordelijkheid in de westerse gezondheidsbevordering, dat wil zeggen de veronderstelling dat ieder mens verantwoordelijkheid zou moeten nemen voor de eigen gezondheid. De uitwerking van die ideologie in de praktijk kan in botsing komen met de levensvisie en -houding van bepaalde groepen niet-westerse migranten, die hun leven (en gezondheid) accepteren zoals hen dat wordt gegeven en binnen die gegevenheden hun leven zo goed mogelijk proberen te leven.
- 12 In het 'Zin in Gezond Leven'-project bleek participatie op drie verschillende manieren betekenis te krijgen: als een intrinsieke waarde of doel in zichzelf (de sterke ideologische positie); als een strategie of instrument om de wetenschappelijke validiteit van de resultaten – de zogenoemde *member check* – of de effectiviteit van het programma te verhogen (de wetenschappelijke positie); of als een manier om een voor de 'doelgroep' bruikbaar en zinvol programma te ontwikkelen (de pragmatische positie). Zie Van den Ende & Jacobs (2005).
- 13 De dynamiek van *rooting* en *shifting* is afkomstig van Nira Yuval-Davis (1994) die het heeft gebruikt in het kader van multiculturele vrouwengroepen.

## LITERATUUR

- Arnstein, R.S. (1969) A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 16(2), 187-195.
- Baart, A. (2001) *Een theorie van de presentie*. Utrecht: LEMMA.

- Beeker, C., C. Guenther-Grey & A. Raj (1998) Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Soc.Sci.Med.*, 46, 831-842.
- Chambers, R. (1992) *Rural Appraisal: rapid, relaxed and participatory*. Brighton: Institute of Development Studies (Discussion Paper 311).
- Dam, J. ten (1998) *Gezonde stadsgezichten: een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid*. Utrecht: UU (*Healthy Cityscapes*; dissertation Utrecht University).
- Ende, T. van den & G. Jacobs (2005) Waarde(n)vol onderzoek. Onderzoekers en hun dilemma's in een participatief onderzoeksproject. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 6(22), 29-45 (Valuable research. Researchers and their dilemmas in a participative research project).
- Fetterman, D.M. (2002) Empowerment evaluation: building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Community Psychology*, 30, 89-102.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Freire, P. (1971) *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Hart, E. & M. Bond (1995) *Action Research for Health and Social Care*. Philadelphia: Open University Press.
- Hogan, C. (2000). *Facilitating Empowerment*. London: Kogan Page.
- Khanna, R. (1996) Participatory action research in women's health: SARTHI, India. In: Koning, K. de & M. Martin (eds) *Participatory Research in Health*. London: Zed Books, 62-71.
- Koelen, M. & A. van der Ban (2004) *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen academic publishers.
- Labonte, R. (1994) Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21, 253-268.
- Laverack, G. (2004) *Health Promotion Practice. Power & Empowerment*. London: Sage.
- Laverack, G. & R. Labonte (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health policy and planning*, 15, 255-262.
- Meulenberg-Buskens, I. (1996) Critical awareness in participatory research: an approach towards teaching and learning. In: Koning, K. de & M. Martin (eds) *Participatory Research in Health*. London: Zed Books, 40-49.
- Nelson, G., S.M. Pancer, K. Hayward & R. Kelly (2004) Partnerships and participation of community residents in health promotion and prevention: experiences of the highfield community enrichment project (better beginnings, better futures). *Journal of Health Psychology*, 9, 213-227.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossery. *Health promotion international*, 13, 349-364.
- Parpart, J.L. et al. (eds) (2002) Rethinking Empowerment. *Gender and Development in a Global/Local world*. London: Routledge.
- Pretty, J.N. (1995) *Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and selfreliance*. London: Earthscan Publication Ltd.
- Rifkin, S.B. (2003) A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *J.Health popul.nutr.*, 21, 168-180.
- Robertson, A. & M. Minkler (1994) New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, 21, 295-312.
- Stein, J. (1997). *Empowerment & Women's Health. Theory, Methods and Practice*. London: Zed Books.
- Yuval-Davis, N. (1994) Women, Ethnicity and Empowerment. *Feminism & Psychology*, 4 (1), 179-197.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205.
- WHO (1986). Ottawa Charter. Retrieved January 12, 2005 from, [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).