

Mainstreaming van Handicap en HIV/AIDS

- Een dubbele uitdaging -

Deze publicatie kwam tot stand in het kader van het Europees project:
“Ontwikkelingssamenwerking:
doorbreek de cirkel van armoede en handicap.”

PHOS
Platform Handicap en Ontwikkelingssamenwerking
Platform Disability and Development Cooperation

Tivolistraat 45 bus 3
1020 Brussels
BELGIUM

Tel. +32-2-421 24 33
www.phos.be
anja@phos.be

met de steun van de Europese Commissie en DGOS



Mainstreaming van Handicap en HIV/AIDS

- Een dubbele uitdaging -

| | |
|--|----|
| Dankwoord | 3 |
| Over PHOS | 3 |
| Synthese | 4 |
| Inleiding : De relatie tussen handicap en HIV/AIDS <i>door Nora Groce</i> | 5 |
| | |
| 1. Verschillende benaderingen van werken rond handicap en HIV/AIDS | |
| 1.1. Specifiek rond HIV/AIDS en handicap werken | 7 |
| 1.2. Geïntegreerd werken rond handicap en HIV/AIDS | 8 |
| 1.3. Programmatorische mainstreaming van handicap en HIV/AIDS | 8 |
| 1.4. Organisationele mainstreaming van handicap en HIV/AIDS | 9 |
| | |
| 2. Pro's en contra's van mainstream benaderingen | |
| 2.1. Waarom mainstreaming? | 11 |
| 2.1.1. Het klassieke ontwikkelingswerk sluit huishoudens met handicap en/of HIV/AIDS uit | 11 |
| 2.1.2. Ontwikkelingswerk kan de kwetsbaarheid voor handicap en/of HIV/AIDS verhogen | 12 |
| 2.1.3. Mainstreaming vraagt vaak slechts kleine veranderingen die een groot verschil maken | 13 |
| 2.2. Belemmerende factoren | 13 |
| 2.2.1. Mainstreaming is een excuus om niets te doen | 14 |
| 2.2.2. Mainstreaming is niet nodig | 14 |
| 2.2.3. Mainstreaming is geen prioriteit | 15 |
| | |
| 3. Strategie en basisprincipes | |
| 3.1. Proces bij personeel | 16 |
| 3.1.1. Identificatie | 16 |
| 3.1.2. Geloof in relevantie | 16 |
| 3.1.3. Klaar om te handelen | 17 |
| 3.2. Basisprincipes | 17 |
| 3.2.1. Mainstreaming als een leerproces | 17 |
| 3.2.2. Werknemers als actieve participanten betrekken | 18 |
| 3.2.3. Mensen met een handicap en/of HIV/AIDS betrekken | 18 |
| 3.2.4. Constante aandacht voor de wisselwerking met gender | 18 |
| 3.2.5. Leren van en netwerken met anderen | 18 |
| 3.2.6. Praktische en haalbare veranderingen | 18 |

| | |
|---|----|
| 3.2.7. Actieve opvolging | 19 |
| 4. Mainstreaming van handicap en HIV/AIDS op activiteitsniveau | |
| 4.1. Vorming en capaciteitsopbouw | 20 |
| 4.2. Zicht op de lokale situatie krijgen | 21 |
| 4.3. Projectontwerp met indirecte aandacht voor handicap en/of HIV/AIDS | 23 |
| 4.4. Inpassen in de projectcirkel en procedures | 25 |
| 5. Mainstreaming van handicap en HIV/AIDS in het organisatiebeleid | |
| 5.1. Samenstellen van een voorbereidende werkgroep | 27 |
| 5.2. Verzamelen interne en externe informatie | 27 |
| 5.3. Argumenten voor het bevorderen van diversiteit in het personeelsbestand opsporen | 28 |
| 5.4. Het proces van organisationele mainstreaming | 30 |
| Conclusie: Mainstreaming als positieve uitdaging | 33 |
| Bibliografie | 35 |
| Bijlage: Kader voor zelfevaluatie voor competenties rond handicap en HIV/AIDS | |

Dankwoord

Deze publicatie is een product van het Platform Handicap en Ontwikkelingssamenwerking (PHOS). De redactrice, Anja De Greve, dankt iedereen die een bijdrage leverde aan deze brochure.

Nora Groce, professor aan de University of Yale, is actief in het onderzoek naar HIV/AIDS bij personen met een handicap. Zij schreef de inleiding en reviseerde de Engelstalige versie inhoudelijk en taalkundig.

Handicap International France besteedt binnen haar projecten aandacht aan AIDS. Deze organisatie beschreef ons enkele van goede praktijkvoorbeelden en gaf nuttige inhoudelijke wenken.

Herman Janssens verzorgde de lay-out en droeg bij aan de inhoud van deze brochure.

Jean-Luc Destoop was verantwoordelijk voor de vertaling van de oorspronkelijke Nederlandstalige versie naar het Engels en Frans.
Jan Melkenbeek corrigeerde de Franstalige versie.

Dank aan allen voor de vruchtbare samenwerking

Over PHOS

PHOS is een Belgische NGO die zich tot doel stelt personen met een handicap uit het Zuiden meer mogelijkheden te bieden om hun stem te laten horen en om hun levensomstandigheden te verbeteren. Onze strategie bestaat erin mainstreaming van handicap te bevorderen in de programma's en activiteiten van NGO's en hun partners in landen in ontwikkeling. We ondersteunen mainstreaming van handicap bij NGO's via onderzoek, publicaties, vorming en advies.

Synthese

Deze brochure beschrijft hoe organisaties op verschillende niveaus en in verschillende aspecten van hun werking kunnen rekening houden met handicap en/of HIV/AIDS. Men spreekt in dit verband van mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS.

In de inleiding schetst gastauteur Nora Groce de band en de gelijkenissen tussen handicap en HIV/AIDS. Dit maakt duidelijk waarom beide thema's samen aan bod komen in deze brochure.

In de volgende hoofdstukken gaan we in op de verschillende vormen van mainstreaming, vervolgens bespreken we de voor- en tegenargumenten in het kader van mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS. In hoofdstuk 3 behandelen we de basisprincipes van het mainstreamingsproces in organisaties. In de laatste twee hoofdstukken gaan we in op de twee meest doorgedreven vormen van mainstreaming.

Hoofdstuk 4 bespreekt de integratie van de factor handicap en/of HIV/AIDS in ontwikkelingsactiviteiten. Hierbij gaat het om activiteiten met of van partners in het Zuiden d.w.z. projecten in de sociaal-economische sfeer maar ook sensibiliserings- of vormingsactiviteiten in het Zuiden. Mainstreaming veronderstelt bovendien dat personen met een handicap en/of HIV/AIDS en de belangenorganisaties die beide groepen vertegenwoordigen, worden betrokken bij het opzetten van activiteiten en bij de uitvoering ervan.

Hoofdstuk 5 behandelt mainstreaming op organisationeel niveau. Ook ontwikkelingsorganisaties uit het Noorden moeten hun beleid actief aanpassen in functie van handicap en/of HIV/AIDS. Beide thema's worden best geïntegreerd in de hele organisatiestructuur. Daarbij moet men zich steeds de vraag stellen of handicap en/of HIV/AIDS voldoende in rekening worden gebracht bij het opzetten van activiteiten en in het gevoerde personeelsbeleid.

Inleiding

De relatie tussen handicap en HIV/AIDS

Geen enkel land laat de HIV/AIDS-epidemie onberoerd en alle maatschappelijke groepen worden zonder onderscheid getroffen. Iedereen loopt risico maar dit geldt in sterkere mate voor arme en gemarginaliseerde bevolkingsgroepen. Werken rond HIV/AIDS is dan ook een prioriteit voor al wie als individu of organisatie opkomt voor of werkt met gemarginaliseerde groepen. Deze redenering gaat zeker op voor wie de link wil leggen tussen HIV/AIDS en handicap.

Deze brochure brengt basisinformatie aan voor het in rekening brengen van de banden die er zijn tussen ontwikkelingsactiviteiten en handicap – iets wat veel te lang over het hoofd werd gezien. In wat volgt leggen we een brug tussen de thema's gezondheid en ontwikkeling, vanuit een praktische benadering en het aanreiken van belangrijke stappen die kunnen leiden naar een betere ondersteuning van en meer inclusie voor individuen en groepen die seropositief zijn, een handicap hebben of tot beide groepen behoren. Belangrijk is dat hier twee groepen tegelijkertijd worden beschouwd.

De eerste groep wordt gevormd door mensen die beperkingen ondervinden als gevolg van een besmetting met het HIV-virus. Het is ondertussen bekend dat het virus zelf op termijn kan leiden tot een handicap door het ontstaan van functionele beperkingen die niet enkel de dagelijkse gezondheid van de betrokkenen beïnvloeden maar ook hun mogelijkheden beperken om deel te nemen aan het maatschappelijk leven, een inkomen te verwerven en te zorgen voor hun familie. Het stigma dat gepaard gaat met seropositiviteit en met de zichtbare gevolgen van het aidsvirus, versterkt alleen maar de sociale gevolgen van seropositiviteit.

Terwijl de invloed van HIV/AIDS op voorheen gezonde mensen voldoende aandacht kreeg, is er een andere grote groep die meestal niet vermeld wordt in de discussie. Het gaat om mensen met reeds vooraf bestaande handicaps – degenen met fysieke, sensorische (blindheid, doofheid, enz.) mentale of psychische afwijkingen. Recent onderzoek zoals de Global Survey naar de band tussen HIV/AIDS en handicap, uitgevoerd door de Wereldbank, en een toenemend aantal veldonderzoeken tonen duidelijk aan dat miljoenen personen met een handicap op zijn minst evenveel en vaak zelfs een groter risico lopen op besmetting met HIV door het gebrek aan gepaste ondersteuning, armoede en analfabetisme. Hoewel er vele redenen zijn waarom de groep van personen met een handicap – volgens de WHO geschat op misschien wel 10% van de wereldbevolking - niet is opgenomen in vormings- en gemeenschapsprogramma's rond AIDS, is de hoofdreden simpel. Men is er zich niet van bewust dat personen met een handicap, net als iedereen, seksueel actief zijn, risico lopen op verkrachting, aanhoudend misbruik en andere risicofactoren die de kans op besmetting met HIV verhogen.

Het stigma rond HIV/AIDS wordt dikwijls versterkt door het stigma rond handicap. Bijgevolg krijgen personen met een handicap niet alleen veel minder aandacht bij inspanningen gericht op aidspreventie maar als ze seropositief worden bereiken diensten voor sociale en medische zorg hen in veel mindere mate. Net zo belangrijk is dat ze doorgaans uitgesloten worden van programma's die zich richten naar seropositieven waarbij men aan inkomensverwerving doet of aan discriminatiebestrijding. Op die manier lijkt het alsof hun leven minder belangrijk zou zijn of de nood om henzelf en hun familie te ondersteunen minder dringend zou zijn.

Deze brochure verduidelijkt dat de noden van individuen met beperkingen ten gevolge van het HIV-virus grotendeels gelijk zijn aan deze van personen met een handicap. Vele van de lopende ontwikkelingsprogramma's, projecten of initiatieven met basisgroepen die trachten in te werken op het stigmatiseringsproces en werken aan

sociale insluiting, economische ontwikkeling en het recht op persoonlijke keuze, kunnen beide groepen bereiken. Dikwijls kan inclusie gerealiseerd worden met een minimum aan bijkomende kosten en slechts kleine aanpassingen aan bestaande ontwikkelingsprogramma's gericht op de algemene bevolking. De sleutel is het stigma aanpakken, handicap en HIV/AIDS demystifiëren en ervoor zorgen dat mensen met een handicap en/of HIV/AIDS hun eigen leven in handen kunnen nemen. Tegelijk moeten ontwikkelingsprogramma's waarborgen dat gemeenschappen waarin mensen met een handicap, met HIV of met beiden leven, zich bewust worden van het potentieel en de noden van een groot deel van hun medeburgers. Programma's opzetten die hun mogelijkheden vergroten en het stigma aanpakken dat hun deelname aan de maatschappij belemmert, is niet alleen rechtvaardig maar ook de meest verstandige aanpak.

Tot besluit wil ik benadrukken dat miljoenen mensen zowel een handicap hebben als seropositief zijn. Ze hebben het potentieel om ten volle te leven en te blijven bijdragen aan hun families en hun leefgemeenschap. De ideeën en suggesties uitgewerkt in deze brochure omtrent aanpassingen die kunnen worden doorgevoerd aan bestaande sociale economische en wettelijke omkadering, zullen juist ook mensen uit deze grote en nog steeds groeiende groep toelaten hun leven in handen te nemen.

Nora Groce PhD
Associate Professor
Yale School of Public Health
3 december 2005

1. Verschillende benaderingen van werken rond handicap en HIV/AIDS

Mainstreaming is een term die de laatste tijd meer en meer opduikt. Zoals met vele nieuwe termen, is het niet altijd duidelijk wat er in een specifieke context precies mee bedoeld wordt. Mainstreaming kan dan ook worden toegepast op heel verschillende thema's en terreinen. In deze brochure gaan we nader in op mainstreaming van handicap en HIV/AIDS. Er zijn heel wat parallellen tussen beide thema's. Binnen het ontwikkelingswerk kan men op verschillende manieren aan deze thema's werken. We onderscheiden vier benaderingen:

- 1.1. Specifiek rond HIV/AIDS en handicap werken
- 1.2. Geïntegreerd werken rond handicap en HIV/AIDS
- 1.3. Programmatorische mainstreaming van handicap en HIV/AIDS
- 1.4. Organisationele mainstreaming van handicap en HIV/AIDS

We schetsen kort de eigenheid van elk van deze benaderingen. In het vervolg van deze brochure zullen we verder ingaan op programmatorische mainstreaming verder aangeduid als mainstreaming op activiteitsniveau en organisationele mainstreaming, benoemd als mainstreaming op organisatieniveau. Dit wil niet zeggen dat specifiek of geïntegreerd werken rond handicap en/of HIV/AIDS geen waarde heeft of moet worden afgebouwd. Juist omdat deze werkvormen makkelijker op korte termijn resultaten kunnen opleveren, is het aan te raden ze blijvend te combineren met het streven naar mainstreaming.

1.1. Specifiek rond HIV/AIDS en handicap werken

Wanneer een organisatie in het kader van haar activiteiten geconfronteerd wordt met HIV/AIDS of handicap is een veel voorkomende reactie dat men specifieke activiteiten gaat ontwikkelen rond handicap en/of HIV/AIDS. NGO's die werken rond inkomensverwerving door het ondersteunen van landbouwactiviteiten stellen vaak vast dat mensen die een handicap hebben verworven of AIDS hebben niet langer in staat zijn hun land te bewerken. Indien een NGO geen specifieke aandacht voor deze mensen heeft, dreigen zij automatisch uitgesloten te worden van verdere deelname aan het project. Deze vorm van uitsluiting voegt zich dan bij de discriminatie ten gevolge van bestaande houdingen in de gemeenschap.

Vele organisaties die dit willen vermijden, gaan dan voor deze mensen alternatieve inkomensverwervende activiteiten opzetten die minder fysieke uithouding vragen. Men kan deze mensen bijvoorbeeld een ICT-opleiding geven en hen daarna ondersteunen om hun brood te verdienen met het openen van een internetcafé. Probleem is vaak wel dat de betrokken NGO meestal geen expertise heeft in ICT. Het vraagt veel tijd en geld om deze expertise te ontwikkelen, waardoor zeker een kleinere NGO zich deze investering niet kan permitteren. Samenwerken met een andere organisatie die deze expertise wel in huis heeft, kan hier een oplossing bieden.

Op die manier biedt men mensen die niet langer aan landbouw kunnen doen, een waardevol alternatief. Men moet er daarbij wel over waken dat de nieuwe activiteit waarmee ze aan inkomensverwerving doen hen niet gaat isoleren van de leefgemeenschap waartoe ze behoren maar bijdraagt tot hun maatschappelijke integratie. In ons voorbeeld van het opzetten van een internetcafé is deze activiteit enkel zinvol wanneer de lokale gemeenschap van deze dienstverlening gebruik wenst te maken.

Een ander voorbeeld is het ondersteunen van een man die een handicap verwerft, om een kleine winkel op te zetten waar hij basisgoederen verkoopt. Dit soort activiteiten is dikwijls succesvol geweest in de context van Bangladesh. Het vraagt slechts een kleine investering aan materiaal en mankracht en het bedrag nodig om de activiteiten te

starten, is ook beperkt. De gemeenschapsgerichte NGO's die dit soort inkomensverwervende activiteiten ondersteunen hebben de nodige expertise om de betrokkene te helpen een zaak op te starten. In sommige gevallen is de zaak die gerund wordt door de vader met een handicap, de voornaamste bron van inkomsten voor het gezin.

Deze organisaties kunnen ook bewustmakingsprogramma's opzetten rond HIV/AIDS of handicap.

1.2. Geïntegreerd werken rond handicap en HIV/AIDS

In plaats van aparte activiteiten te gaan opzetten voor mensen met een handicap of HIV/AIDS kan men het werk rond deze thema's ook integreren in de bestaande hoofdactiviteiten van de organisatie. Zo kan een NGO die in het kader van een onderwijsproject met adolescenten werkt, een specifieke module rond aids-preventie integreren in het aangeboden curriculum.

Naar kinderen of adolescenten met een handicap toe, betekent geïntegreerd werken, indien men het concept van inclusief onderwijs genegen is, dat men ervoor zorgt dat ze zoveel mogelijk in dezelfde klas kunnen zitten als andere kinderen.

Het verschil met de vorige benadering is dat hier de NGO bij haar hoofdactiviteit onderwijs blijft en geen alternatieve activiteiten ontwikkelt voor mensen met een handicap of met HIV/AIDS. Deze aanpak vraagt minder tijd en financiële middelen omdat geen nieuw type van activiteiten wordt opgezet. Bovendien blijft er ook inhoudelijk een nauwere betrokkenheid met de hoofdactiviteit van de NGO.

Het is bewezen dat inclusief onderwijs wat aanpassing en bijkomend werk betekent voor NGO's die dit ondersteunen. NGO's die programma's rond inclusief onderwijs hebben ontwikkeld, zoals BRAC in Bangladesh, hebben hun onderwijspersoneel getraind rond handicap en meer specifiek rond een geïntegreerde benadering om handicap te mainstreamen. Omdat het proces van mainstreaming veel met zich meebracht voor de organisatie en haar personeel, aangezien het thema handicap nieuw voor hen was, moesten ze een groot deel van hun mensen trainen. Het was moeilijk aanpassingen op het terrein door te voeren. Een belangrijke oorzaak hiervan waren de barrières voortvloeiend uit de idee van leerkrachten en ouders dat kinderen met een handicap niet onderwezen konden worden. Daarom vereist een programma rond inclusief onderwijs niet enkel veranderingen binnen de organisatie, maar ook steun binnen de lokale gemeenschap, iets wat vaak nog moeilijker te verkrijgen is.

Dat is de reden waarom Handicap International de zogenaamde CAHD-benadering (Community Approaches to Handicap in Development) aanhangt. Deze benadering wil mainstreaming van handicap promoten in gemeenschapsgerichte organisaties terwijl er tegelijkertijd wordt gewerkt om de barrières voor inclusie van personen met een handicap weg te werken. Het gaat dan vooral om opvattingen en houdingen en meer specifiek de negatieve houding en weigering van lokale leiders om personen met een handicap te integreren.

Organisaties die zich bezighouden met mainstreaming van HIV/AIDS kunnen hun sensibiliseringsactiviteiten ook uitbreiden specifiek naar mensen met een handicap toe. Als de boodschap en de gebruikte media, worden aangepast aan de doelgroep maakt dat een wezenlijk verschil voor mensen met een handicap. De activiteiten kunnen ook worden verbreed tot bewustmaking rond handicap bij mensen die leven met AIDS of die seropositief zijn.

1.3. Programmatorische mainstreaming van handicap en HIV/AIDS

Als we het echter hebben over mainstreaming, doelen we op de integratie van handicap en HIV/AIDS op het niveau van de organisatie. Een eerste niveau waarop een organisatie dit kan realiseren, is op het niveau van de activiteiten gericht op de

doelgroep. Wanneer een organisatie projecten heeft rond empowerment van vrouwen, betekent dit concreet dat men in alle fasen van de projectcyclus aandacht heeft voor vrouwen met een handicap en/of HIV/AIDS. Bovendien is het van belang er rekening mee te houden dat sommige vrouwen een dubbele discriminatie ervaren: omwille van hun handicap én omdat ze seropositief zijn/AIDS hebben.

Zowel in de planning, uitvoering als evaluatie van een project, moet men zich volgende vragen stellen:

- Bereikt het project vrouwen met een handicap en/of HIV/AIDS? Waarom wel? Waarom niet?
- Hoe kunnen we factoren die het bereiken van vrouwen met een handicap en/of HIV/AIDS positief beïnvloeden structureel inbouwen en negatieve invloeden vermijden?
- Zijn de doelgroep en de verschillende subdoelgroepen betrokken in elke fase van het project?
- Welke factoren zijn essentieel om de betrokkenheid van mensen met een handicap en HIV/AIDS te waarborgen of te verhogen? Hoe kunnen we deze structureel inbouwen en negatieve invloeden vermijden?
- Heeft het project hetzelfde effect op vrouwen met een handicap en/of HIV/AIDS als op vrouwen in het algemeen?
- Bestudeer de verschillen die worden vastgesteld. Zijn deze positief of negatief en waardoor worden ze veroorzaakt?
- Bij negatieve of ongewenste verschillen moet men de projectcyclus aanpassen om deze weg te werken?
- Hebben de aanpassingen aan de projectcyclus het gewenste resultaat? Waarom wel? Waarom niet?

Eens we mainstreaming op het niveau van de organisatie hebben bestudeerd, moeten we kijken naar de gemeenschap en hoe de samenleving al dan niet bewust de participatie van mensen met een handicap aan het gemeenschapsleven belemmert. Deze twee niveaus (organisatie en gemeenschap) moeten samengaan, wil inclusie gerealiseerd worden. Op gemeenschapsniveau moet de organisatie actief lobbyen naar mannen en vrouwen, jongeren en gemeenschapsleiders toe rond bewustmaking van HIV/AIDS en handicap. Alleen dan kan mainstreaming in de organisatie ook leiden tot mainstreaming op gemeenschapsniveau.

In hoofdstuk 4 gaan we meer in detail op dit proces van mainstreaming in ontwikkelingsactiviteiten in.

1.4. Organisationele mainstreaming van handicap en HIV/AIDS

Ook organisationele mainstreaming bevindt zich op het niveau van de organisatie maar gaat nog een stap verder. Hier vraag men zich af hoe factoren als handicap en HIV/AIDS het personeelsbeleid, de organisatiestructuur en het functioneren van de organisatie beïnvloeden.

Daarbij komen vragen aan bod als:

- Welke invloed hebben maatschappelijke factoren als handicap en HIV/AIDS op de organisatie?
- Houdt de organisatie momenteel voldoende rekening met deze factoren? Hoe? Waarom wel? Waarom niet?
- Indien de organisatie voldoende of anders rekening zou houden met deze factoren, zou ze dan haar doelstellingen beter kunnen bereiken?

- Doet de organisatie zelf wat ze predikt? Is de organisatie intern consistent met wat ze promoot in haar eigen activiteiten?
- Blijven mensen die een handicap verwerven of HIV oplopen in dienst en wordt hun privacy gerespecteerd?
- Hoe kunnen we de aandacht voor handicap en/of HIV/AIDS structureel inbouwen in de eigen organisatiestructuur en -cultuur?
- Ontwerpen we een personeelsbeleid, organisatiestructuur en procedures die rekening houden met handicap en/of HIV/AIDS of passen we het bestaande beleid aan?
- Gaat de organisatie nu beter dan voorheen om met handicap en/of HIV/AIDS? Waarom wel? Waarom niet?

In hoofdstuk 5 gaan we meer in detail in op organisationele mainstreaming.

2. Pro's en contra's van mainstream benaderingen

2.1. Waarom mainstreaming?

Omdat mainstreaming essentieel een veranderingsproces is roept het vele weerstanden en twijfels op. Om hierop te kunnen inspelen moet men de pluspunten en de risico's van het proces kennen en ze kunnen toelichten aan alle betrokken partijen.

We geven eerst twee minpunten van het klassieke ontwikkelingswerk aan die door mainstreaming verholpen kunnen worden en gaan daarna in op een voordeel van mainstreaming.

2.1.1. Het klassieke ontwikkelingswerk sluit huishoudens met handicap en/of HIV/AIDS uit.

Binnen het klassieke ontwikkelingswerk, kunnen we een onderscheid maken tussen:

- personen met een handicap: zij zijn niet ziek maar er kan in bepaalde gevallen extra werk zijn voor familieleden, hoewel dit niet steeds het geval is.
- Mensen met AIDS: zij hebben een ziekte die hun productiviteit reduceert en ze hebben nood aan dure behandelingen
- Mensen die seropositief zijn: ze zijn niet ziek maar zijn geïnfecteerd door een virus dat op een dag actief kan worden. Ze worden blootgesteld aan specifieke vormen van discriminatie omwille van de besmetting waarmee zij leven.

Hoewel de situatie van deze mensen erg verschillend is, ervaren ze gelijkaardige vormen van discriminatie. Dit is vooral zo voor mensen die al AIDS hebben en ook voor mensen met een handicap, zoals hieronder wordt aangetoond. Degenen die pas besmet zijn met HIV, worden aanvankelijk minder sterk gediscrimineerd, maar mettertijd neemt de discriminatie toe. De twee belangrijkste verklaringen hiervoor zijn: naarmate de tijd verstrijkt worden meer mensen uit hun omgeving zich ervan bewust dat de betrokkenen HIV+ zijn en het risico dat ze symptomen van AIDS gaan vertonen neemt toe.

Zowel personen met een handicap als mensen met AIDS behoren vaak tot de armsten ter wereld. Door hun handicap of ziekte zijn ze niet meer zo productief als voorheen of als mensen zonder deze beperkingen. Bovendien brengt hun handicap of ziekte extra kosten met zich mee waardoor het gedaalde gezinsinkomen nog meer wordt belast. Daarbij komt nog dat één van de gezinsleden niet of minder kan gaan werken omdat de betrokkene, meestal een vrouw, de zorg op zich neemt voor het zieke familielid of voor een familielid met een handicap. Beide factoren kunnen uiteraard ook samen voorkomen. Iemand met een handicap kan AIDS oplopen of de moeder van een kind met een handicap is soms niet meer in staat voor haar kind te zorgen als ze AIDS krijgt. Als een vrouw met een handicap besmet is met HIV, dan zal de discriminatie die zij in het dagelijkse leven ervaart toenemen. Mensen zullen haar in sterkere mate opsluiten omwille van verkeerde opvattingen (zoals de opvatting dat HIV kan verspreid worden via de mond) of negatieve houdingen (zij heeft hoe dan ook een handicap, we kunnen haar net zo goed in quarantaine plaatsen, dan betekent ze geen gevaar....) Zulke houdingen kunnen heel wat schade toebrengen aan de betrokkene zelf maar ook aan de gemeenschap. De samenleving blijft immers verstoken van de bijdrage van een persoon die zou kunnen participeren aan bepaalde activiteiten in de gemeenschap.

Op die manier zien we hoe HIV/AIDS en handicap en zeker de combinatie van beide factoren, armoede kunnen versterken. Maar de relatie geldt ook in de andere richting. Armoede ligt vaak aan de basis van handicap en/of AIDS. 40% van de visuele handicaps wordt veroorzaakt door vitamine A-tekort als gevolg van ondervoeding. Armoedige leef- en werkomstandigheden verhogen ook de kans op ongevallen op het werk en thuis. Bovendien leidt een door ondervoeding verzwakt lichaam tot

verminderde weerstand tegen ziekten als AIDS waardoor mensen die seropositief zijn, sneller ziek worden.

Als ontwikkelingswerk de uitdaging om de armoede wereldwijd te verminderen serieus neemt, moet men factoren als handicap en HIV/AIDS in rekening brengen. AIDS is daarom al opgenomen in de Millenniumdoelstellingen en voor handicap zou het zelfde moeten gebeuren. James Wolfensohn, voorzitter van de Wereldbank zei niet voor niets in zijn toespraak naar aanleiding van de VN-dag voor personen met een handicap op 3 december 2002:

“Als ontwikkeling draait rond het opnemen van uitgesloten groepen in de maatschappij, dan horen personen met een handicap te worden erkend als volwaardige burgers in de wet, in het arbeidsproces en op publieke plaatsen, zoals een school, bussen, theaters en overal elders waar personen met een handicap nu moeilijk kunnen komen. We moeten erkennen dat handicap een belangrijke factor is in elke economie, voor rijk en arm.”

Hoewel heel wat handicaps kunnen worden voorkomen, maakt handicap nog altijd deel uit van het dagelijks leven. Daarom is het van belang om eens een handicap optreedt bij een individu de betrokkene zo gezond en actief mogelijk te houden. Zo wordt gewaarborgd dat de persoon met de handicap volwaardig kan deelnemen aan het sociale, culturele en economische leven in zijn/haar eigen omgeving.

2.1.2. Ontwikkelingswerk kan de kwetsbaarheid voor handicap en/of HIV/AIDS verhogen

Zoals uit de vorige paragraaf bleek, is preventie van handicap van cruciaal belang. Ook binnen projecten opgezet door NGO's moet hier aandacht voor zijn. Werk- of leefomstandigheden binnen een project die handicaps bevorderen, moeten worden vermeden.

Zo heeft een project dat vrouwen buitenhuis laat werken een positief effect op de inkomenssituatie van het gezin. Wel moet het project er oog voor hebben dat kleine kinderen door hun buitenshuis werkende moeder niet alleen thuis gelaten worden. Ongelukken met spelende kinderen die in het vuur vallen, komen veel voor bij kinderen die lange tijd zonder toezicht van volwassenen zijn. Dit kan leiden tot zware verminking, wat uiteraard een ongewenst effect van een tewerkstellingsproject voor vrouwen is. Om dit te vermijden, kan men vrouwen uit de lokale gemeenschap ertoe aanzetten collectief toezicht te organiseren.

Hetzelfde geldt voor HIV/AIDS. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat als het inkomen van gezinnen door ontwikkelingssamenwerking verhoogt, mannen meer prostituees bezoeken waardoor ze een verhoogde kans lopen op HIV. Ook hun wettelijke echtgenote loopt in dat geval een groter risico op besmetting. Daarom zou ieder inkomensverwervend project ook aandacht moeten hebben voor de invloed die het project kan hebben op de verhoudingen tussen mannen en vrouwen.

Specifiek voor vrouwen en kinderen met een handicap, stellen we een verhoogde kans op seksueel misbruik vast. Anderzijds is niet elke seksuele relatie die een vrouw met een handicap heeft, ongewenst. Vrouwen met een handicap hebben, net als iedereen, seksuele verlangens, hoewel daar in veel culturen nog een groot taboe rond bestaat. Nog gevoeliger ligt het feit dat sommige vrouwen met een handicap prostitutie als een welkome bron van inkomsten zien om aan de armoede te ontsnappen. Al deze factoren samen maken vrouwen met een handicap bijzonder kwetsbaar voor seksueel overdraagbare aandoeningen in het algemeen en HIV-infectie in het bijzonder.

2.1.3. Mainstreaming vraagt vaak slechts kleine veranderingen die een groot verschil maken

Een veel gehoord tegenargument dat wordt aangehaald als mainstreaming ter sprake komt is: "Wij hebben noch de expertise, noch de tijd en de middelen om ook nog eens rond handicap en/of HIV/AIDS te werken". Zoals we al eerder aangaven is de essentie van mainstreaming dat aandacht voor handicap en/of HIV/AIDS gaat deel uitmaken van ontwikkelingsactiviteiten zonder de hoofdactiviteit te verdringen. Voor het garanderen van de nodige expertise kan samengewerkt worden met andere organisaties die ook een deel van het extra werk op zich kunnen nemen. Bovendien is het zo dat veel van het werk dat moet gebeuren bij mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS in de eerste plaats preventief van aard is. Preventieve maatregelen kunnen gemakkelijker dan curatieve maatregelen geïntegreerd worden in bestaande activiteiten.

Inspanningen om het personeel van de betrokken organisatie te vormen rond integratie van personen met een handicap zijn zinvol. Een eenmalige inspanning kan een belangrijk verschil maken voor de organisatie die zich uiteindelijk gaat richten op extra kwetsbare mensen (waaronder degenen die leven met HIV/AIDS en/of personen met een handicap). Kleine veranderingen in de organisatie kunnen ook attitudeveranderingen in de samenleving uitlokken. Wanneer bijvoorbeeld een onderdeel rond handicap wordt toegevoegd aan een groepsbijeenkomst rond voeding, of gezondheidszorg, helpt dit de gemeenschap inzicht te verwerven in de echte oorzaken van handicap en in de manier waarop personen met een handicap kunnen deelnemen aan de gemeenschap en hun bijdrage leveren.

In de vorige paragraaf 2.1.2. haalden we al aan dat buitenshuis werkende moeders vaak genoodzaakt zijn hun kleine kinderen zonder toezicht thuis achter te laten. Dit is bijgevolg een belangrijke oorzaak van het ontstaan van handicaps in de kinderjaren tengevolge van ongelukken in de thuisomgeving. Men kan dit aanpakken door in de lokale gemeenschap een systeem van collectief toezicht op te zetten waarbij andere moeders of grootmoeders letten op de kinderen van buitenshuis werkende vrouwen. Dit vraagt voor een NGO weinig extra middelen en tijd omdat hierbij een beroep kan worden gedaan op de verantwoordelijkheidszin van de gemeenschap. Expertise rond handicap is slechts in zeer beperkte mate nodig. Ten eerste moet er bij de toezichthouders voldoende anticipatievermogen zijn om in te spelen op gevaarlijke situaties in het dagdagelijkse leven van kinderen die blijvend letsel kunnen veroorzaken. Ten tweede moet er voldoende openheid zijn t.a.v. kinderen met een handicap zodat de zorg voor hen kan worden overgenomen door anderen op het moment dat de moeder van het kind buitenhuis werkt. De kennis en vaardigheden hiervoor nodig zijn doorgaans al aanwezig in de leefgemeenschap. Men moet er enkel voor zorgen dat ze op informele maar toch systematische manier worden verspreid binnen de gemeenschap.

Ook als het gaat over mainstreaming van HIV/AIDS, kunnen kleine maatregelen vaak een groot verschil maken. De grootste hinderpaal voor mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS is dan ook vaak niet het gebrek aan kennis of financiële middelen maar vooroordelen en taboes. Eens de kwestie van sensibilisering rond HIV/AIDS bij personen met een handicap wordt aangepakt, is het van groot belang inclusie van personen die leven met AIDS of seropositief zijn, aan te pakken.

2.2. Belemmerende factoren

Ondanks de hierboven aangegeven argumenten die voor mainstreaming pleiten, worden vaak tegenargumenten aangehaald. We weerleggen hier de belangrijkste tegenwerpingen die steeds terugkeren.

2.2.1. Mainstreaming is een excuus om niets te doen

Zoals we al eerder zagen, vraagt mainstreaming soms maar kleine veranderingen die relatief makkelijk te realiseren zijn. Dit is uiteraard een enorm pluspunt maar het kan ook een nadeel zijn. Kleine ingrepen zijn van buitenaf niet zichtbaar waardoor een organisatie makkelijk kan zeggen dat ze aan mainstreaming van handicap en HIV/AIDS doet terwijl er in de praktijk weinig of niets gebeurt. Handicap en HIV/AIDS zijn fenomenen waar iedere organisatie die aan ontwikkelingswerk doet mee te maken krijgt. Beide maatschappelijke verschijnselen zijn immers wijd verspreid in landen van het Zuiden. Omdat het bovendien om sociaal achtergestelde groepen gaat, staat het goed te zeggen dat de organisatie iets voor hen doet. Mainstreaming moet daarbij wel meer zijn dan een intentieverklaring, het vraagt een concreet engagement.

2.2.2. Mainstreaming is niet nodig

Heel wat organisaties zijn ook van mening dat mainstreaming van handicap en HIV/AIDS niet nodig is. Het argument is dan dat ontwikkelingssamenwerking draait rond armoedebestrijding en daardoor sowieso ten goede komt aan de allerarmsten in het Zuiden, waar personen met een handicap en/of HIV/AIDS vanuit hun kwetsbare positie automatisch toe behoren.

Uit verschillende studies blijkt daarentegen dat dit niet klopt. De Wereldbank voerde een studie uit waarbij ze haar projectverantwoordelijken vroeg of ze dachten dat het nuttig zou zijn binnen hun project specifiek rekening te houden met mensen met een handicap. Van de 34 projectverantwoordelijken die hun medewerking verleenden, waren er 13 die erkenden dat bijzondere maatregelen om te garanderen dat personen met een handicap worden bereikt, wellicht nodig zijn. Maar niemand kon aantonen dat ook effectief aanpassingen waren aangebracht in de verschillende fasen van de projectcyclus om personen met een handicap te laten mee profiteren van het project. Nog veel erger is dat personen met een handicap vaak expliciet worden uitgesloten uit de doelgroep omdat ze niet productief zouden zijn. Zo worden mensen met een handicap doorgaans niet toegelaten tot systemen van microkrediet omdat men er vanuit gaat dat ze geen lening kunnen terugbetalen. Men gaat er immers vanuit de economische activiteiten die ze opzetten niet rendabel kunnen zijn omwille van hun handicap. Vanuit dezelfde logica worden sommige kinderen met een handicap geweerd uit scholen omdat leerkrachten en ouders menen dat een kind met een handicap in de klas een normaal leerproces verhindert. Als mensen bij voorbaat dreigen uitgesloten te worden van deelname aan een project, wordt discriminatie scherper. Een proces van mainstreaming op gang brengen, is dan de uitdaging.

Ook voor HIV/AIDS geldt dat de specifieke problemen van individuen die besmet of ziek zijn, en hun gezinnen niet automatisch naar boven komen. Op HIV/AIDS rust een groot taboe waardoor mensen hun ziekte en de ermee verbonden problemen zelf niet zullen melden aan ontwikkelingswerkers. Bovendien is AIDS sterk gelieerd met de persoonlijke en intieme levenssfeer. Het onderwerp ter sprake brengen vergt dan ook enig tact en deskundigheid waarover niet elke ontwikkelingswerker of lid van de lokale gemeenschap beschikt. Een ander aspect is dat men vaak vaststelt als men de behoeften van de gemeenschap op een participatieve manier probeert te meten, dat mensen geen behoefte lijken te hebben aan specifieke informatie rond HIV/AIDS. Ze zijn van mening dat ze een evenwichtig leven lijden en dat ze geen risico lopen de ziekte te ontwikkelen. Dergelijke opvattingen kunnen gevaarlijk zijn want niemand is beschermd tegen besmetting omdat hij/zij een voorbeeldig leven zou leiden. Specifieke informatie rond HIV/AIDS voor personeel van NGO's en voor mensen van de lokale gemeenschap zelf is dan ook aangewezen, zeker in streken waar de besmettingsgraad al hoog ligt.

2.2.3. Mainstreaming is geen prioriteit

Een veel gehoord tegenargument is dat mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS in landen of regio's waar armoede zo prominent aanwezig is, geen prioriteit is. Voldoen aan basisbehoeften als voedselvoorziening en sanitair zou veel belangrijker zijn. Zoals we al eerder zeiden is het geen kwestie van het één of het ander. Men kan maar een goed preventiebeleid voeren ten aanzien van HIV/AIDS of handicap als er voldoende middelen voor basiseducatie rond gezondheid en preventie voorhanden zijn. Zoniet wordt de verspreiding van ziektes die kunnen uitgroeien tot handicaps en van het HIV-virus alleen maar bevorderd.

Het belang van preventie ondergraaft ook de redenering dat een te kleine groep te maken krijgt met handicap en/of HIV om er systematisch aandacht aan te besteden. Volgens cijfers van de WHO leeft gemiddeld genomen in één op vijf gezinnen in het Zuiden minstens één iemand met een handicap en voor HIV-besmetting liggen deze cijfers in heel wat streken nog veel hoger. Het gaat dus om grote maatschappelijke groepen waarvan het aandeel zonder preventieve maatregelen alleen dreigt toe te nemen.

Een andere belangrijke tegenwerping die men hoort is dat de lokale overheden en gemeenschappen zelf handicap en/of HIV/AIDS geen prioriteit vinden. Dit is een gevaarlijke redenering omdat minderheden altijd in een zwakke positie staan en bovendien worden mogelijkheden om voor zichzelf op te komen door handicap of ziekte beperkt. Dit leidt tot allerlei vormen van discriminatie waarbij wel moet opgemerkt worden dat mensen minder discrimineren t.a.v. personen die dicht bij hen staan of waar ze mee vertrouwd zijn dan t.a.v. vreemden. Dit betekent niet dat mensen met een handicap en/of HIV/AIDS niet gediscrimineerd of zelfs verstoten worden door hun familie of hun directe omgeving. Wel is het zo dat het wereldwijd in de eerste plaats deze mensen zijn die het best geplaatst zijn om ondersteuning te geven en daartoe ook het meest bereid zijn. Vandaar dat het belangrijk is om bij het bevorderen van mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS gemeenschapsgericht en participatief te werken.

In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op de te hanteren strategie om te komen tot mainstreaming en op de basisprincipes die aan dit proces ten grondslag liggen.

3. Strategie en basisprincipes

Mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS veronderstelt dat een NGO alle aspecten van haar werking herbekijkt. Zoals in hoofdstuk 1 uiteengezet, gaat het hier niet enkel om een andere manier van omgaan met de doelgroep van mensen uit het Zuiden zelf, ook de eigen organisatiestructuur en -cultuur moeten voldoen aan een aantal voorwaarden en basisprincipes om de ambitieuze opdracht van mainstreaming te kunnen waarmaken.

De principes die we in dit hoofdstuk uiteenzetten, liggen aan de basis van elk proces van mainstreaming. Of het nu gaat om handicap, HIV/AIDS of nog een ander thema, de onderliggende basishouding blijft dezelfde. In onze voorbeelden doorheen dit hoofdstuk zullen we dit duidelijk maken door de parallellen en de links aan te geven tussen handicap enerzijds en HIV/AIDS anderzijds.

3.1. Proces bij personeel

Een mainstreamingsproces van handicap en/of HIV/AIDS kan niet slagen zonder dat de hele staf van de NGO erachter staat. Dit vraagt een mentaliteitswijziging die niet van vandaag op morgen gerealiseerd wordt.

Iemand met een sleutelpositie binnen de organisatie of een groep van sleutelpersonen introduceert best eerst het concept van mainstreaming rond handicap en/of HIV/AIDS in de organisatie. Dit individu of deze groep speelt een voortrekkersrol door het idee te lanceren, zich verder te bekwamen in de materie en anderen te inspireren tot interesse en om aan hun eigen houding te werken. In een tweede fase kan een informele werkgroep worden opgericht van mensen die zich willen engageren om de formele procedure vast te leggen voor de verdere stappen in het proces. zie ook hoofdstuk 4 en 5.

Daarbij kunnen verschillende strategieën worden gevolgd. Men kan het proces van mainstreaming verder gaan bepleiten bij het management, al dan niet bijgestaan door externe deskundigen met ervaring rond handicap en/of HIV/AIDS.

Een alternatieve strategie kan er in bestaan invloedrijke individuen te benaderen die wellicht openstaan voor mainstreaming van handicap en /of HIV/AIDS.

Om te weten wie best benaderd wordt, moet men de organisatie van binnenuit kennen en ook weten wat de gevoeligheden zijn van de verschillende verantwoordelijken. Welke tactiek men ook kiest, men moet volharden en zijn argumenten ondersteunen met feiten en voorstellen tot actie.

Het resultaat van deze interne lobbyactiviteiten moet zich laten voelen op drie vlakken:

3.1.1. Identificatie

De sleutelpersonen in de organisatie moeten het thema handicap en/of HIV/AIDS erkennen als belangrijk en verbonden met onderontwikkeling en armoede.

3.1.2. Geloof in relevantie

Vervolgens moeten ze het thema gaan beschouwen als hun thema d.w.z dat ze geloven dat het relevant is voor het werk in hun organisatie

3.1.3. Klaar om te handelen

De sleutelpersonen erkennen mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS als een effectieve manier om rond deze thema's te werken en zijn bereid om er echt voor te gaan.

Deze 3 elementen zijn essentieel om de betrokkenheid van de organisatieverantwoordelijken te garanderen. Pas als zij zich betrokken voelen, zullen voldoende middelen worden vrijgemaakt om het proces van mainstreaming in de praktijk te brengen.

Naast dit bewustwordingsproces zijn er nog twee categorieën van middelen die nodig zijn: financiële en materiële middelen enerzijds en betrokkenheid van het personeel anderzijds.

Financiële en materiële middelen

Deze moeten op zo'n manier verdeeld worden dat mainstreaming wordt bevorderd door bijvoorbeeld te voorzien in een vormingsbudget rond handicap en/of HIV/AIDS voor het volgen van trainingen buitenshuis of trainingen binnen de muren van de organisatie zelf.

Engagement van het personeel

Het persoonlijk engagement van personeelsleden is essentieel want het proces van mainstreaming kan niet slagen zonder dat iemand of een beperkt aantal personen het voortouw neemt. In grotere organisaties is het mogelijk iemand specifiek hiervoor aan te werven maar ook in kleinere organisaties moet men verschillende personen hebben die als aanspreekpunt kunnen fungeren. Zij dragen de eindverantwoordelijkheid voor het hele proces niet maar stimuleren en ondersteunen anderen. Deze aanspreekpunten moeten strategisch worden gekozen en formeel worden erkend en vastgelegd binnen de organisatie. De personen die als aanspreekpunt functioneren, moeten goed zicht hebben op hun eigen rol en op de middelen en tijd die zij daarvoor nodig hebben. Ze moeten ook de nodige persoonlijke motivatie en vaardigheden hebben om mainstreaming te promoten. Op managementniveau is het aan te raden dat één van de verantwoordelijken zich voor mainstreaming engageert.

3.2. Basisprincipes

We onderscheiden zeven basisprincipes die aandacht verdienen bij elk proces van mainstreaming:

3.2.1. Mainstreaming als een leerproces

Mainstreaming realiseer je niet van vandaag op morgen. Het vraagt experimenteren, reflectie en leren uit je fouten. Men moet ook de evolutie opvolgen van de thema's die men tracht te mainstreamen. Voor handicap en/of HIV/AIDS houdt dit in dat organisaties die rond de medische aspecten werken de medische ontwikkelingen opvolgen. Wie rond onderwijs, of inkomensverwerving werkt, volgt de evolutie in de maatschappelijke beeldvorming en houding rond handicap en/of HIV/AIDS en zorgt ervoor dat deze wordt weerspiegeld in het beleid van de organisatie.

3.2.2. Werknemers als actieve participanten betrekken

Dit is vooral belangrijk bij mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS binnen de eigen organisatiestructuren. Maar ook mainstreaming op activiteitsniveau kan maar slagen als het personeel er achter staat. Mensen engageren zich gemakkelijker voor iets als ze nauw betrokken zijn bij het plannen en doorvoeren van veranderingen dan wanneer deze van bovenaf worden opgelegd. Het is vooral belangrijk dat het personeel komt tot een gemeenschappelijke visie op wat mainstreaming is en wat men er wil mee bereiken.

3.2.3 Mensen met een handicap en/of HIV/AIDS betrekken

Participatie van de doelgroep in het proces van mainstreaming is nodig want mensen met een handicap en/of HIV/AIDS kennen hun situatie het best. Zij hebben vanuit hun ervaring zicht op wat het betekent om te leven met een handicap en/of HIV/AIDS. Bovendien is elk van hen een individu dat ook lid is van een huishouden en de lokale gemeenschap. Daarom moeten deze mensen betrokken worden in de planning, uitvoering en opvolging van veranderingen gericht op mainstreaming. Zij kunnen positieve en negatieve effecten van de genomen maatregelen veel sneller opmerken en signaleren omdat ze deze aan den lijve ondervinden. Bovendien wordt daarmee het sociaal stigma doorbroken dat rond handicap en/of HIV/AIDS hangt.

3.2.4. Constante aandacht voor de wisselwerking met gender

Vrouwen zijn zowel voor handicap als HIV/AIDS kwetsbaarder onder meer omdat ze nog harder getroffen worden door armoede. Zoals we al eerder zagen vergroot armoede de kans op handicap en/of HIV/AIDS. Bovendien ervaren vrouwen dubbele discriminatie eens ze een handicap en/of HIV/AIDS hebben. Het stigma is sterker dan bij mannen en ze hebben minder mogelijkheden om zich te laten behandelen of zich blijvend te integreren in de maatschappij. Met dit gendersaspect moet rekening worden gehouden doorheen heel de projectcyclus

3.2.5. Leren van en netwerken met anderen

Organisaties kunnen onder meer hun cijfergegevens, ervaringen en trainingsmethodes uitwisselen, zowel voor mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS in de eigen organisatiestructuur als op het niveau van de activiteiten. Zo kan men sneller leren en zelf de eigen ervaring doorgeven aan anderen. Ook het inroepen van externe experts kan een nuttige bijdrage leveren bijvoorbeeld om training te geven, de impact van toekomstige veranderingen te voorspellen of effecten te evalueren.

3.2.6 Praktische en haalbare veranderingen

Veranderingen moeten haalbaar en praktisch zijn. Het hele interne en externe organisatiebeleid in één keer omgooien getuigt van weinig realiteitszin en is zelfs gevaarlijk. Het zal op grote weerstand stoten zowel binnen als buiten de organisatie. Mensen hebben tijd nodig om veranderingen tot de hunne te maken. Om te vermijden dat weerstanden de organisatie al te zeer destabiliseren, worden veranderingen best geleidelijk doorgevoerd. Begin met mainstreaming van AIDS en/of handicap in één project of met het aanwerven van één persoon met een handicap. Pas als men geleerd heeft uit de eerste ervaringen, kunnen meer structurele ingrepen worden gedaan, zoals het aanpassen van sollicitatieprocedures en terreinverkenkend onderzoek bij het identificeren van de doelgroep voor een nieuw project.

3.2.7. Actieve opvolging

Uiteraard moet de uitvoering van gemaakte beleidskeuzes en planning worden opgevolgd onder meer om weerstanden op te sporen en op te lossen, nood aan bijkomende vorming te detecteren en effecten te evalueren. Om vervolgens gemaakte keuzes op beleids- of activiteitsniveau te kunnen bijsturen, niet in een eenmalig maar continue proces. Instrumenten moeten worden ontwikkeld om de verandering op te volgen en te evalueren en na verloop van tijd te bespreken binnen de organisatie.

Als u aandacht besteedt aan elk van deze zeven aspecten, zijn de voorwaarden geschapen om mainstreaming binnen uw organisatie geleidelijk aan meer en meer tot een stimulerende uitdaging te maken in plaats van een zware opdracht die heel wat twijfels oproept.

In hoofdstuk 4 en 5 bespreken we respectievelijk mainstreaming op activiteitsniveau en op het niveau van de organisatie meer in detail.

4. Mainstreaming van handicap en HIV/AIDS op activiteitsniveau

Bij mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS in de activiteiten van ontwikkelingssamenwerking is het de bedoeling de activiteiten zo aan te passen dat zowel rekening wordt gehouden met de impact van beide factoren als met factoren die de kwetsbaarheid voor handicap en/of HIV/AIDS verhogen. Men moet met andere woorden inspelen op de wijzigingen in de maatschappelijke context die fenomenen als handicap en HIV teweegbrengen. De meeste van deze contextgegevens hebben we elders in deze publicatie besproken zoals de nauwe samenhang tussen armoede enerzijds en handicap en HIV/AIDS anderzijds, het belang van preventie, de kwetsbaarheid van personen met een handicap, en vooral vrouwen met een handicap, voor HIV/AIDS. Zoals besproken in hoofdstuk 2 zijn het deze contextgegevens die de belangrijkste argumentatie vormen voor het mainstreamen van handicap en/of HIV/AIDS op activiteitsniveau.

In dit hoofdstuk beschrijven we enkele essentiële fasen die telkens opnieuw doorlopen moeten worden. Mainstreaming op activiteitsniveau doorvoeren is immers een continu proces waarbij men de verschillende fasen van de zogenaamde projectcyclus doorloopt. Een concrete activiteit of project heeft een planningfase, een uitvoeringsfase, regelmatige evaluaties en bijstellingen. Na iedere activiteit of koerswijziging begint de cyclus opnieuw. Doorheen het hele proces moet men aandacht hebben voor de basisprincipes en de algemene strategie die we bespraken in hoofdstuk 3.

Hier gaan we meer in detail in op de verschillende aangewezen stappen om handicap en/of HIV/AIDS een plaats te geven binnen de organisatie. Het gaat meer bepaald om volgende fasen die ook bij het mainstreamen van andere diversiteitsfactoren van belang zijn:

- 4.1. Vorming en capaciteitsopbouw
- 4.2. Zicht op de lokale situatie krijgen
- 4.3. Projectontwerp met indirecte aandacht voor handicap en/of HIV/AIDS
- 4.4. Inpassen in de projectcirkel en procedures

4.1. Vorming en capaciteitsopbouw

Hoewel handicap en HIV/AIDS duidelijk zichtbaar zijn in leefgemeenschappen van het Zuiden, zijn weinig NGO-medewerkers ermee vertrouwd. Dikwijls zijn het alleen medisch geschoolden binnen de organisatie die enige kennis van handicap en HIV/AIDS hebben en zelfs hun kennis beperkt zich vaak tot de louter medische aspecten. In andere gevallen hebben medewerkers een goede kennis van sociale factoren maar ontbreekt de specifieke kennis om zich op handicap te richten.

Om de sociale impact van handicap en/of HIV/AIDS te kunnen inschatten, is het ook nodig dat men zicht heeft op de algemene invloed van handicap en/of HIV/AIDS op het persoonlijk, sociaal en economisch welzijn van personen met een handicap en/of HIV/AIDS. Men moet bijgevolg verstaan hoe handicap en/of HIV/AIDS de ontwikkelingskansen van een individu en het huishouden waar hij/zij deel van uitmaakt, beïnvloedt. Dit inzicht ontbreekt vaak bij zowel organisatieverantwoordelijken als mensen actief op het terrein in het Zuiden.

Het is daarom aan te raden dat iedere NGO-medewerker een basisvorming krijgt rond:

- factoren die de kwetsbaarheid verhogen voor handicap en/of HIV/AIDS.

- de versterkende rol van armoede zowel in het ontstaan als voor de gevolgen van handicap en/of HIV/AIDS.
- het verband tussen handicap en/of HIV/AIDS aan de ene kant en de genderfactor aan de andere kant.
- andere maatschappelijke invloeden die handicap en/of HIV/AIDS afremmen of bevorderen of die er het gevolg van zijn.
- wat mainstreaming op activiteitsniveau betekent en hoe het zich verhoudt tot specifiek rond handicap en/of HIV/AIDS werken (zie hoofdstuk 1)

Naast deze algemene basisvorming moet per activiteitendomein waar de NGO zich mee bezighoudt worden bekeken wat mainstreaming op dat domein concreet inhoudt en in welke stappen eraan gewerkt kan worden. In deze fase moet een gedifferentieerde training aangeboden worden aan de verschillende afdelingen van de organisatie naargelang het activiteitendomein waar ze actief in zijn. Mainstreamen van handicap en/of HIV/AIDS heeft immers andere consequenties in onderwijsprojecten dan in inkomensverwervende projecten. En mainstreamen op projectniveau verschilt op zijn beurt van mainstreamen in het eigen organisatiebeleid (zie hoofdstuk 5).

De verdere stappen die we in dit hoofdstuk bespreken zijn specifiek van toepassing op het mainstreamen van handicap en/of HIV/AIDS op projectniveau.

4.2. Zicht op lokale situatie krijgen

Als men handicap en HIV/AIDS wil mainstreamen in een concreet project, is zicht hebben op de lokale situatie een absolute voorwaarde. Om een goed beeld te krijgen van de plaatselijke situatie, kan men verschillende strategieën hanteren. Belangrijk is te weten wie de sleutelpersonen zijn in een lokale gemeenschap, niet alleen algemeen maar ook specifiek rond handicap en/of HIV/AIDS. Niet iedereen in een gemeenschap weet evenveel van deze onderwerpen af en staat open om mee te denken rond mainstreaming.

Personen met een handicap en/of HIV/AIDS zelf of hun familieleden kunnen goede aanspreekpunten zijn en moeten in elk geval al in deze exploratiefase betrokken worden. Wel kan het omwille van het taboe moeilijk zijn hen op te sporen. Een goede maar tijdsintensieve methode daartoe, is deur-aan-deur persoonlijk contact proberen te maken met de gezinnen om zo op een informele manier gegevens te verzamelen rond volgende aspecten:

- Attitudes tegenover mannen, vrouwen, kinderen en jongeren met een handicap en/of HIV/AIDS
- Het geschatte percentage huishoudens waarin handicap en/of HIV/AIDS voorkomen
- De effecten van handicap en/of HIV/AIDS in de verschillende huishoudvormen, op de individuele leden van het huishouden en op de voedselvoorziening
- De impact van handicap en/of HIV/AIDS op huishoudniveau en op het niveau van de gemeenschap
- Attitudeverandering van de hele gemeenschap tegenover mannen, vrouwen, kinderen met een handicap en/of HIV/AIDS

Men moet ook zicht krijgen op de ervaringen van mannen, vrouwen, kinderen met een handicap en/of HIV/AIDS:

- Hoe ervaren zij de evolutie van hun handicap en/of ziekte?
- Wat is volgens hen de impact van hun handicap en/of ziekte op henzelf en de verschillende leden van het huishouden?
- Wat zien zijzelf als oorzaak van hun handicap en/of HIV/AIDS?
- Wat zijn hun opvattingen over preventie van handicap en/of HIV/AIDS?

De antwoorden op dergelijke vragen krijgt men niet via een eenmalig huisbezoek. Hiervoor zijn groeps gesprekken via participatieve methodes het meest aangewezen. Voor de samenstelling van de verschillende gespreksgroepen kan men gebruik maken van bestaande informele groepen of verenigingen van mensen met een handicap of HIV/AIDS. Door het stigma en de praktische moeilijkheden die mensen met een handicap of ziekte ondervinden om zich te organiseren, zijn er doorgaans geen dergelijke groepen en moet men deze zelf samenstellen.

Omwille van de gevoeligheid van thema's als handicap of HIV/AIDS moet men oog hebben voor volgende aspecten:

- Zijn alle verschillende handicaps die in de gemeenschap voorkomen vertegenwoordigd in de discussiegroep? Zijn mensen met verschillende stadia van HIV/AIDS vertegenwoordigd?
- Is er een evenwicht wat betreft het aantal mannen en vrouwen, de leeftijdsverdeling en de sociale positie in de gemeenschap?
- Wie zijn de dominante figuren in de groep en hoe kan worden gegarandeerd dat ook de mening van de anderen aan bod komt?
- Het kan aangewezen zijn dat de gespreksleider de deelnemers vraagt wat ze graag zouden willen doen bij het begin van de discussie. Op het einde moet worden nagegaan of iedereen tevreden is. Een goede manier om dit te doen bestaat erin de volgende vraag te stellen: "Welk aspect dat voor u van belang is in relatie tot dit thema is niet aan bod gekomen?"

Het kan nuttig zijn de groeps gesprekken aan te vullen met individuele gesprekken om persoonlijke aspecten te bespreken die men niet wil delen met de groep. Wil men zowel rond handicap als rond AIDS werken, dan kan men het best werken met twee aparte groepen omdat er toch heel wat verschillen zijn tussen handicap en HIV/AIDS en mensen doorgaans meer open zijn in discussiegroepen waarin iedereen in een gelijkaardige situatie verkeert.

Daarnaast verdient het aanbeveling een aparte discussiegroep op te starten met sleutelpersonen uit de gemeenschap en anderen geïnteresseerden die niet direct betrokken zijn bij de thema's handicap en/of HIV/AIDS. Het gaat hier om mensen die zelf geen handicap en/of HIV/AIDS hebben of geen dichte familie zijn van zo iemand. Ook met hen kan men discussiëren over volgende onderwerpen:

- Hoe gaan zij om met personen met een handicap en/of HIV/AIDS binnen hun gemeenschap?
- Wat weten ze over preventie van handicap en/of HIV/AIDS en wat doen ze er concreet aan?
- Wat zien zijzelf als oorzaak van de verschillende handicaps en/of HIV/AIDS?
- Wat is volgens hen de impact van handicap en/of HIV/AIDS op de gemeenschap?

Zorg ook hier voor een evenwicht tussen mannen en vrouwen, tussen verschillende leeftijden en tussen mensen met een verschillende sociale positie. Eens men in grote trekken zicht heeft op de bestaande visies en houdingen rond handicap en/of HIV/AIDS zowel bij de direct betrokkenen als in de gemeenschap in haar geheel, kan men vervolgens beide groepen samenbrengen. In deze gemeenschappelijke discussiegroep komen dan volgende vragen aan bod:

- Wordt er in activiteiten of projecten opgezet in de gemeenschap al rekening gehouden met handicap/HIV/AIDS?
 - Zo ja, op welke manier? Wat loopt er daarbij goed? Wat loopt er fout? Hoe kunnen we verbeteringen aanbrengen?
 - Zo nee, maak dan een gemeenschappelijk stappenplan rond aandacht voor handicap en/of HIV/AIDS waar iedereen achter staat en spreek af wie welke verantwoordelijkheden op zich neemt.

Wil een project echt impact hebben op inclusie van personen met een handicap en/of HIV/AIDS, dan moet een project gericht zijn op de gemeenschap in ruime zin. Alleen dan kan het echt het verschil voor de doelgroep waar het zich mee bezighoudt.

Dit aspect werd uitgetest in Bangladesh waar Handicap International met zijn partner CDD (Center for Disability in Development) een project heeft opgezet om personen met een handicap zowel te integreren in ontwikkelingsprojecten als in de gemeenschap. Het concept van Community Approaches to Handicap in Development (CAHD) vertrekt van de idee dat personen met een handicap gevangen zitten in een vicieuze cirkel die handicap en armoede met elkaar verbindt waaraan ze niet kunnen ontsnappen. CDD en Handicap International hebben nagedacht over mainstreaming van handicap in projecten van ontwikkelingsorganisaties. In de context van Bangladesh waar meer dan 20.000 NGO's actief zijn rond onderwijs, inkomensverwerving en gezondheidszorg, leek het gepast deze ontwikkelingsorganisaties te overtuigen handicap te mainstreamen in hun activiteiten. Ook in de betrokken regio's in het land zelf, werd aan sensibilisering gedaan.

De achterliggende idee was dat mainstreaming van handicap in ontwikkelingsprojecten een noodzakelijke maar geen voldoende component was om inclusie van personen met een handicap te bevorderen. Daarom bevatte CAHD nog een andere component: die van belangenverdediging. Dit om niet enkel de betrokkenheid van NGO's te verzekeren maar ook van andere sleutelpersonen (leerkrachten, gezondheidswerkers, politieke en religieuze leiders) voor mainstreaming van handicap.

De activiteiten in het kader van CAHD gingen van start in 1997, toen CDD begon met het vormen van gezondheidswerkers, specialisten in sociale communicatie en ook managers van gemeenschapsgerichte NGO's. Eens gevormd zouden de NGO-medewerkers terugkeren naar het veld om te starten met mainstreaming van handicap, van op de achtergrond gesteund door CDD. In 2004 waren meer dan 200 organisaties getraind en ze hadden handicap vervolgens gemainstreamd in hun werk. Daarnaast waren ze bezig de lokale gemeenschap aan te moedigen personen met een handicap te integreren. Deze benadering heeft volgens de evaluatierapporten haar succes bewezen. Kinderen met een handicap zijn opgenomen in scholen, volwassenen met een handicap beginnen toegang te krijgen tot inkomensverwervende activiteiten en er is meer begrip voor handicap in de leefgemeenschappen waar de projecten zich situeren.

Eén van de lessen die werden getrokken uit de projecten op het terrein was dat mainstreaming in een project niet genoeg is. Er moeten daarnaast inspanningen worden gedaan om inclusie van personen met een handicap in de samenleving daadwerkelijk te realiseren. Opvolging en evaluatie van deze benadering is de sleutel om aan te tonen dat ze werkt en om te komen tot gelijkaardige projecten in andere landen

4.3. Projectontwerp met indirecte aandacht voor handicap en/of HIV/AIDS

Eens men via de gespreksgroepen een eerste zicht heeft gekregen op wat er zou moeten veranderen en wie binnen de gemeenschap daarin een rol zou kunnen spelen, moet men per activiteit of bestaand project in de gemeenschap bekijken hoe de algemene elementen uit het stappenplan kunnen gerealiseerd worden. Men kan dit doen binnen de gemeenschappelijke discussiegroep maar voor grootschalige en complexe activiteiten is het beter een projectgroep op te richten die met concrete voorstellen komt en deze terugkoppelt naar de discussiegroep.

Wat deze voorstellen concreet inhouden, hangt uiteraard samen met de aard van het project of de activiteit en met de inschatting van de lokale situatie, zoals besproken onder B. Toch kunnen we enkele algemene richtlijnen geven:

1. Men moet het project of de activiteit uittekenen met volgende vragen voor ogen:

- Hoe beïnvloeden handicap en/of HIV/AIDS de leefsituatie van degenen die ermee te maken krijgen?
- Hoe beïnvloedt het hun kansen om te ontkomen aan armoede?
- Hoe draagt het werk van de NGO bij tot preventie van handicap en/of HIV/AIDS?
- Hoe helpt het werk van de NGO de direct betrokkenen en de ruimere gemeenschap omgaan met handicap en/of HIV/AIDS?

2. Versterk het vangnet waarop huishoudens een beroep kunnen doen door:

- Een algemene verhoging van de gezinsinkomens na te streven
- Sparen en toename van financiële middelen en goederen waarover gezinnen beschikken, te stimuleren
- Te vermijden dat mensen productiegoederen zoals vee of machines verkopen of louter inzetten voor het eigen levensonderhoud

3. Vangnetten inbouwen of versterken op gemeenschapsniveau door:

- Families te ondersteunen bij de opvoeding van en de zorg voor kinderen
- Aan voedselvoorziening te doen of mensen te ondersteunen in hun zelfvoorzienend vermogen
- Andere basisgoederen ter beschikking te stellen zoals kleding en zeep

Concrete voorbeelden van maatregelen of aandachtspunten zijn:

- Binnen een landbouwproject: werktuigen en technieken aanpassen aan ouderen, personen met een handicap of ziekte door bijvoorbeeld ezels te gebruiken in plaats van mankracht om te ploegen.
- Bij projecten rond microkrediet voorwaarden voor leningen zo aanpassen dat personen die ziek zijn of een handicap hebben niet bij voorbaat worden uitgesloten. Ook verzorgers mogen niet uitgesloten worden van microkrediet omwille van hun verzorgende taken. Men moet tolerant zijn tegenover de afwezigheid van personen met een handicap en/of HIV/AIDS op bijeenkomsten zolang zij hun bijdrage leveren aan het microkredietsysteem opgezet door de lokale gemeenschap. Los daarvan is het voor personen met een handicap en/of HIV/AIDS ook belangrijk andere mensen te ontmoeten. Objectieve criteria vastleggen om microkrediet toe te kennen kan helpen om iedereen te integreren die in staat is een succesvolle inkomensverwervende activiteit op te zetten en de lening terug te betalen. Criteria die van belang zijn: eerdere ervaringen in het runnen van een zaak en een marktstudie die aantoont dat de zaak succesvol kan zijn. Criteria mogen echter niet discrimineren op basis van ziekte of iemands fysieke conditie.
- Op het gebied van gezondheidszorg moet er veel aandacht gaan naar preventie. Voldoende sanitaire voorzieningen en basishygiëne zijn hierbij essentieel. Sanitaire voorzieningen moeten aangepast zijn aan de noden van personen met een handicap. Ze moeten rolstoeltoegankelijk zijn en niet te veraf liggen. Personen met een zwakke gezondheid of die niet ver kunnen lopen moeten er heen kunnen zonder dat afstand of een te steile helling hen dit belet. Daarnaast is het essentieel dat gezondheidswerkers beseffen dat vele gezondheidskwesties waarmee personen met een handicap te maken krijgen dezelfde zijn als deze die gelden voor de rest van de bevolking. Bij campagnes rond basishygiëne of preventie van HIV/AIDS, moet men erop letten dat deze

informatie ook personen met verschillende soorten handicaps bereikt. Om beter in staat te zijn campagnemateriaal aan te maken dat toegankelijk is voor mensen met een visuele, auditieve of mentale handicap, is het raadzaam contact op te nemen met lokale organisaties die deze mensen vertegenwoordigen. Lokale gehandicaptenorganisaties zijn daarnaast goede kanalen om de boodschap te verspreiden naar personen met een handicap toe. Vele personen met een handicap, ook mensen met een fysieke handicap, worden immers niet bereikt via de traditionele kanalen. Maar ook vorming en informatie rond medicatie en therapieën die het leven van personen met een handicap aangenamer kunnen maken, is een belangrijke component van een inclusief ontwikkelingsproject. Voorzieningen rond gezondheidszorg moeten toegankelijk zijn voor iedereen, personen met een handicap inbegrepen. Wie besmet is met HIV/AIDS zou voldoende zelfvertrouwen moeten hebben om de evolutie van de ziekte te laten onderzoeken door gespecialiseerde diensten.

- In projecten rond onderwijs en vorming kan men preventieaspecten van handicap en HIV/AIDS systematisch inwerken. Daarbij moet positieve beeldvorming rond beide thema's centraal staan. Ook moet men ervoor zorgen dat kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap en/of HIV/AIDS voldoende vormingskansen behouden omdat dit hun sociale positie versterkt.

Op al deze terreinen moet men niet enkel oog hebben voor de meest kwetsbare en meest getroffen individuen in het kader van handicap en/of HIV/AIDS maar ook voor de genderfactor, de leeftijdsfactor en andere diversiteitsfactoren die maken dat kwetsbaarheid voor en de impact van handicap en/of HIV/AIDS verschillen.

4.4. Inpassen in de projectcirkel en procedures

Hoe maatregelen die bijdragen aan mainstreaming van handicap en HIV/AIDS best structureel verankerd worden in de projectcirkel en in de procedures die de organisatie hanteert, is afhankelijk van de activiteitenssoort en van de lokale context.

Toch kunnen we enkele tips meegeven:

- Heb aandacht voor mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS in jobbeschrijvingen van personeel, evaluatiemechanismen, visie- en missieteksten van de organisatie
- Leg standaardprocedures vast rond non-discriminatie en eerlijke behandeling van personen met een handicap en/of HIV/AIDS
- Bepaal welke disciplinaire maatregelen genomen worden tegen medewerkers op verschillende niveaus die toch discrimineren door hun gedrag of houding
- Voorzie concrete actiepunten voor mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS in elke fase van de projectcirkel (Voorbeelden: zie paragraaf C)

Omdat mainstreaming een proces van lange adem is, moeten opvolging en bijsturing van de bestaande maatregelen en procedures waar nodig, gemakkelijk mogelijk zijn. Sanctioneren van overtredingen van gemaakte afspraken heeft zijn nut maar mag niet leiden tot een negatieve sfeer waarin mainstreaming wordt gezien als een keurslijf dat van bovenaf wordt opgelegd. Zoals eerder benadrukt kan een mainstreamingsproces op activiteitsniveau, ook en vooral rond handicap en/of HIV/AIDS, niet slagen zonder de actieve participatie van alle betrokkenen. In de eerste plaats zijn dit de personen met een handicap en/of HIV/AIDS zelf, hun familieleden en verzorgers, individuele geëngageerden, lokale leiders in de gemeenschap en uiteindelijk iedereen in de gemeenschap.

Het is natuurlijk een utopie te denken dat men iedereen binnen een gemeenschap zal kunnen overtuigen om een bijdrage te leveren aan mainstreaming van handicap en/of HIV/AIDS. Maar dit kan geen argument zijn om er niet aan te beginnen of niet door te zetten na de eerste kleine stappen. Zoals ook in de vorige hoofdstukken al

aangegeven, ligt de essentie van mainstreaming vaak in kleine aanpassingen en niet in grote structurele veranderingen.

Een ander punt dat een belangrijke bijdrage kan leveren, is het mainstreamen van handicap en/of HIV/AIDS in de organisatiestructuur en -cultuur van de NGO. Mainstreaming op organisatieniveau wordt behandeld in hoofdstuk 5. Deze vorm van mainstreaming staat uiteraard niet volledig los van mainstreaming op activiteitsniveau maar vergt toch andere aandachtspunten en methodieken die verbonden zijn met algemeen diversiteitsmanagement binnen een organisatie.

5. Mainstreaming van handicap en HIV/AIDS in het organisatiebeleid

5.1. Samenstellen van een voorbereidende werkgroep

Er wordt een werkgroep ingesteld. De taken van deze werkgroep kunnen zijn:

- Opstellen van een code ter bevordering van diversiteit.
- Procesbegeleiding: ontwikkelen, stimuleren, opvolgen, evalueren, bijsturen.

De werkgroep kan verschillende vormen aannemen:

- Tijdelijke werkgroep met aandacht voor de verschillende functieniveau's of afdelingen binnen de organisatie.
- Permanente werkgroep personeel, beleid, diversiteit, ...
- Denktank binnen Algemene Vergadering of teamvergadering.

Het is belangrijk om een aantal zaken af te lijnen en afspraken te maken over:

- Opdracht van de werkgroep.
- Bevoegdheden en beslissingsrecht van de werkgroep.
- Tijdsinvestering en looptijd van de werkgroep, ruimte op financieel vlak en eventuele vrijstellingen van andere taken.
- Mogelijkheden tot vorming en opleiding met betrekking tot het thema.

De kwaliteit van de werkgroep is heel belangrijk. De leden moeten over voldoende deskundigheid beschikken, en vooral gemotiveerd zijn. Bovendien moet de werkgroep voldoende flexibel en creatief zijn. Daarnaast is een duidelijk 'speelveld' heel belangrijk. Deadlines of richtdata kunnen voor de werkgroephandige tools zijn om zo efficiënt mogelijk te werken. Indien nodig kan er beroep gedaan worden op externe deskundigen.

5.2. Verzamelen interne en externe informatie

Eens de werkgroep geïnstalleerd is, moet hij ook van start gaan. Een eerste opdracht kan zijn om informatie te verzamelen. Belangrijk hierbij is dat in eerste instantie 'in de breedte' gezocht wordt:

- in kaart brengen van de wetgeving
- op zoek gaan naar voorbeelden van andere voorzieningen
- eventuele vroegere ervaringen met handicap en/of HIV/AIDS of andere vormen van diversiteit verzamelen
- opleiding en/of vorming volgen
- huidig arbeidsreglement en/of intern reglement onder de loep nemen
- interview met deskundigen: zowel juridische specialisten als ervaringsdeskundigen
- interview met kansengroepen
- verzamelen wetenschappelijk onderzoek en cijfermateriaal
- enquête in eigen organisatie
- ruime brainstorm; enz...

Belangrijk is dat iedere deelnemer van de werkgroep de opdracht krijgt om info te verzamelen, en dat er een aantal afspraken gemaakt worden rond wie waar zoekt. Dat er overlap zal zijn, spreekt voor zich, maar dat is op zich niet erg, integendeel zelfs. Dubbele informatie is vaak belangrijke informatie.

5.3. Argumenten voor het bevorderen van diversiteit in het personeelsbestand opsporen

Een belangrijke taak van de werkgroep is ook alle afdelingen en niveaus binnen de organisatie te wijzen op de voordelen van een algemeen diversiteitsbeleid binnen het eigen personeelsbestand. Deze voordelen zijn zowel van toepassing op profit als non-profit organisaties. Ze gelden voor verschillende diversiteitsfactoren waaronder handicap en HIV/AIDS.

A) Talenten en vaardigheden

1. Nieuwe talenten voor het personeelsbestand van de organisatie:

Diversiteit is een belangrijk kenmerk van elke samenleving want iedereen kent wel iemand met een handicap en of met HIV/AIDS. Dit kan een familielid zijn, een buur, een klasgenoot, een collega op het werk, enz. Cruciaal is dat mensen de ervaringen die ze hebben met diversiteit maar al te vaak vergeten omdat homogeniteit de norm is en niet diversiteit. Er is ook een meer positieve reden die maakt dat diversiteit altijd vergeten wordt. Wanneer je mensen zeer goed kent, worden ze voor jou zoals anderen en zie je ze niet langer als personen met een handicap en/of HIV/AIDS. Als dit het geval is, is het enkel nodig mensen hieraan te herinneren. Daarom biedt een maatschappij met meer systematische aandacht voor diversiteit mogelijkheden tot het ontdekken en verkennen van nieuwe talenten.

2. Verhogen van vaardigheden en creativiteit:

Diversiteitsmanagement met aandacht voor handicap en HIV/AIDS kan leiden tot meer diversiteit in kennis, ideeën, perspectieven en creativiteit. Dit is een pluspunt bij het ontwikkelen van werkprocessen, producten en het vinden van oplossingen. Het bevordert ook de relatie met klanten en het algemeen publiek.

B) Interne processen

1. Beter samenwerking tussen het personeel:

Diversiteitsmanagement leidt tot een beter begrip van verschillen en dus tot betere communicatie, meer samenwerking en een grotere mate van effectiviteit.

2. Betrokkenheid bij de organisatie onder het personeel:

De werkgever heeft belang bij het behouden van bekwaam en betrokken personeel. Een dergelijke betrokkenheid kan gevoed worden indien het werkklimaat het bestaan van verschillende ideeën, gewoonten en manieren van leven bevordert.

3. Verbetering van het arbeidsklimaat:

De ontwikkeling van onderlinge banden tussen werknemers is nuttig om vooroordelen te overwinnen en de toegevoegde waarde te ontdekken van verschillen in culturele ervaring, achtergrond, geloof, gewoonten, fysieke en mentale beperkingen en mogelijkheden.

C) Marketing en innovatie

1. Verbetering van de organisatieontwikkeling:

Diversiteit moedigt leerprocessen in de organisatie aan wat kansen biedt voor nieuwe ideeën en nieuwe activiteitsdomeinen.

2. Bredere visie op handicap en HIV/AIDS:

Door werknemers te ondersteunen in hun verschillende kennis en denkwijzen, krijgen werkgevers een beter begrip van hoe ze kunnen voldoen aan de noden van de diverse maatschappelijke groepen. Dit is zeer belangrijk voor NGO's die zowel hier als in het Zuiden de verschillende maatschappelijke groepen waaronder mensen met een handicap en HIV/AIDS, moeten kunnen bereiken en ermee moeten kunnen omgaan op een participatieve manier.

3. Vergroten van het potentieel voor een beter doelgroepenbeleid:

De mogelijkheden tot het maken van producten, het verlenen van diensten en het bieden van oplossingen voor diverse doelgroepen waaronder personen met een handicap en HIV/AIDS nemen toe bij een divers personeelsbestand waarvan mensen met een handicap en/of HIV deel uitmaken. Dit wel op voorwaarde dat elk personeelslid wordt uitgenodigd met nieuwe ideeën te komen.

D) Het publieke imago

1. Verbetering van het publieke imago van de organisatie:

Een organisatie die bekend staat om haar succesvol diversiteitsmanagement is in staat een beter publiek imago te creëren.

E) Internationale perspectieven

1. Bredere visie op terrein rond handicap en HIV/AIDS:

Werknemers met een handicap en/of HIV hebben makkelijker toegang tot personen met een handicap en/of HIV/AIDS, hun omgeving en hun organisaties. Wanneer zij tot de staf behoren, is de organisatie als geheel bijgevolg beter in staat producten en diensten aan te bieden die voldoen aan de behoeften en wensen van personen met een handicap en/of HIV/AIDS in landen waar de NGO actief is.

2. Verbetering van internationale communicatie:

Organisaties kunnen profiteren van diversiteitsmanagement wanneer ze te maken krijgen met moeilijk bereikbare doelgroepen in andere culturen in een steeds mondiale wereld.

3. Ontwikkelen van een wereldwijde wervingscapaciteit:

Een organisatie die bekend staat voor haar 'diversiteitscultuur met aandacht voor handicap en HIV/AIDS', bevindt zich in een betere positie om specialisten rond handicap en HIV/AIDS van overal ter wereld aan te trekken en hen op te nemen in de staf of met hen samen te werken.

5.4.. Het proces van organisationele mainstreaming

De invoering van diversiteitsmanagement kent geen vaste stappen die gevolgd kunnen worden. De toepassing ervan dient te voldoen aan de specifieke vereisten van elke organisatie. Tegelijkertijd moeten er een aantal minimumcomponenten aanwezig zijn. In deze paragraaf willen we een blauwdruk schetsen voor het invoeren van diversiteitsmanagement binnen non-profit organisaties en dus ook NGO's. We hebben de stappen specifiek toegespitst op het opnemen van handicap en HIV/AIDS binnen een diversiteitsbeleid.

1. Betrokkenheid van het management

Het is uiterst belangrijk dat de top van de organisatie een positieve benadering van het diversiteitsbeleid uitstraalt en, bovendien, het initiatief neemt handicap en HIV/AIDS daarin een plaats toe te kennen. Op die manier bepalen de hogere niveaus binnen een organisatie het kader waarbinnen alle leidinggevenden in de organisatie dienen te blijven. Tevens zorgt het voor een positieve boodschap richting werknemers.

2. Analyse van de huidige situatie en definiëren van de doelstelling

Het toepassen van diversiteitsmanagement brengt consequenties met zich mee voor iedereen. Een *diversiteitsscan* kan duidelijk maken welke aanpassingen binnen de cultuur van een specifieke organisatie noodzakelijk zijn om handicap en HIV/AIDS te integreren. De essentiële punten van een dergelijke analyse zijn:

- Werken er nu al mensen met een handicap en/of HIV/AIDS binnen de organisatie? Let daarbij niet alleen op de zichtbare handicaps maar ook op de verborgen of minder uitgesproken handicaps.
- Blijven mensen die een handicap verwerven of HIV oplopen in dienst en wordt hun privacy gerespecteerd?
- Ervaren deze mensen ongelijkheden die specifiek te maken hebben met hun handicap of ziekte?
- Zijn deze ongelijkheden van invloed op het werkproces?
- Wat kan er gedaan worden om de bestaande problemen op te lossen?

De noodzakelijke stappen en nagestreefde doelstellingen dienen op een meetbare en kwantificeerbare wijze geformuleerd te worden. Na het analyseren van de plaats van handicap en HIV/AIDS binnen de organisatie en de verschillen die dit met zich meebrengt, zijn er talloze strategieën waaruit gekozen kan worden om met deze verschillen om te gaan teneinde het totale potentieel van de organisatie te versterken.

3. Aandacht voor handicap en HIV, maar niet overdreven

Wanneer personen met een handicap en/of HIV veel extra aandacht krijgen, zou dit tot frictie met de andere werknemers kunnen leiden. Dit moet men absoluut vermijden want het werkt enkel stigmatisering in de hand. Om die reden is het dan ook belangrijk om voeling met alle werknemers te blijven houden en aandacht aan ervaringen en gevoelens te schenken.

4. Invoeren van vormen van samenwerking op de werkvloer met het oog op de nagestreefde diversiteitscultuur binnen de organisatie.

Het verdient aanbeveling om een werkgroep op te richten bestaande uit vertegenwoordigers van meerdere niveaus binnen de organisatie onder leiding van de verantwoordelijke. De bevordering van kennis en vaardigheden rond handicap en HIV/AIDS onder de leden van de werkgroep vormt een prioriteit. Voorbeelden hiervan zijn onder meer:

- Hoe maak ik mijn organisatie toegankelijk voor personen met een handicap?
- Hoe ga ik om met functioneringsbeperkingen bij personen met een handicap en/of HIV?
- Praktisch maar ook qua attitude leren omgaan met gevoelens van weerstand bij personen met een handicap en/of HIV zelf en hun collega's

5. Gerichte informatieverstrekking voor management en werknemers

Het kan nuttig zijn om werknemers van de betrokken afdeling samen te brengen bij aanwerving van iemand met een handicap en/of HIV om te bespreken welke ondersteuning en aanpassingen de betrokkene nodig heeft om optimaal te functioneren. Deze procedure kan ook worden toegepast telkens iemand die al in dienst is, een handicap en/of HIV oploopt.

Het belangrijkste doel is: Iedereen moet zich op zijn gemak voelen, zowel de persoon met de handicap en/of HIV zelf als zijn /haar collega's. Om het ijs te breken, kunnen concrete anekdotes rond handicap of ziekte worden verteld in een informele sfeer. Bij dit soort gesprekken moet men er wel over waken dat het respect voor de privacy van alle betrokkenen behouden blijft. Openheid wil dus niet zeggen dat men alles moet vertellen aan iedereen.

In bepaalde gevallen kan meer formele informatieverstrekking rond bepaalde handicaps aangewezen zijn bvb informatie over hoe men vormingspakketten kan aanpassen aan mensen met een visuele handicap of gehoorstoornis. Werknemers met een handicap kunnen deze basisinformatie ook zelf geven maar zij kunnen vaak enkel spreken vanuit hun eigen situatie en handicap. Dit maakt dat het nuttig kan zijn om training te volgen rond handicaps waar de organisatie nog niet eerder mee te maken kreeg. Dergelijke trainingen verhogen de bewustwording van mogelijke uitglijders en valkuilen.

6. Mentoren voor (nieuwe) werknemers met een handicap en/of HIV

Een mentor kan de nieuwe werknemer begeleiden, en in dat geval moet er sprake zijn van regelmatig contact. Met het oog op een vertrouwensrelatie (met alle werknemers in de directe omgeving) moeten problemen te allen tijde serieus genomen worden. Een dergelijke mentor moet voor deze taak getraind worden en één en dezelfde persoon wordt het best getraind om met verschillende factoren van diversiteit om te gaan. Enkel dan is deze persoon in staat de gelijkenissen en verschillen bij het omgaan met diverse factoren te zien. Niet alleen moet worden nagegaan op welke punten de aanpak van handicap gelijkloopt of verschilt, van die van mensen met HIV, ook moet de impact worden bekeken van de combinatie van verschillende diversiteitsfactoren. De situatie van vrouwen met een handicap is anders dan die van vrouwen met HIV of mannen met HIV.

De diversiteitsmentor zou ook klachten kunnen afhandelen, zowel van de kant van mensen met een handicap en /of HIV als van de kant van de andere werknemers. Niet iedere persoon met een handicap en/of HIV heeft nood aan een dergelijke mentor; dit dient individueel te worden bekeken. Personen met een handicap en/of HIV kunnen ook zelf als mentor optreden voor anderen.

7. Carrièreplanning voor personen met een handicap en/of HIV

Vanaf het allereerste begin moeten werknemers met een handicap en/of HIV in het bestaande scholingsbeleid van de organisatie ingebed worden. Na de aanwerving en zodra de werknemer zijn draai heeft gevonden, dient er een plan voor verdere ontwikkeling en opleiding opgesteld te worden. Dit werkt motiverend en vermindert het risico op een problematische relatie met de werknemer. Het voldoet ook aan de Europese principes van levenslang leren die in Lissabon in 2000 geformuleerd werden. Het verdient aanbeveling om personen met een handicap via hun organisaties speciale uitnodigingen te sturen wanneer nieuwe banen worden geadverteerd, met de vermelding dat personen met een handicap worden aangemoedigd te solliciteren, vooropgesteld dat ze voldoende gekwalificeerd zijn.

8. Een aantal concrete aanpassingen voor werknemers met een handicap en/of HIV

Opvallend is dat de meeste van deze aanbevelingen ten goede komen aan elke werknemer. Hieronder sommen we er enkele op maar deze lijst is uiteraard niet limitatief:

- Opleiding in specifieke taken verbonden met de functie.
- Trainingscursussen in assertiviteit en 'Voor jezelf opkomen' voor elke werknemer die dit wenst. Zorg dat alle belangrijke informatie bereikbaar en raadpleegbaar is voor iedereen. Wat dit voor personen met een handicap betekent, is afhankelijk van de handicap. Voor blinden betekent dit dat de informatie elektronisch of in Braille beschikbaar is, voor rolstoelgebruikers dat belangrijke informatie niet hoog boven in een kast wordt opgeborgen.
- Vergaderingen en/of informele gesprekken rond de situatie van personen met een handicap en/of HIV binnen de organisatie, hun behoeften en rechten, en mogelijke maatregelen om beter in te spelen op diversiteit.
- Maatregelen ter bevordering van vaardigheden: bijvoorbeeld training op de werkvloer voor personen zonder formele opleiding.
- Controleren en verbeteren van de toegang tot opleiding en training voor iedereen.
- Ziekteverlof toestaan voor medische controles die verband houden met handicap of langdurige ziekte.
- Mogelijkheid tot het nemen van langere vakanties of onbetaald verlof wanneer bepaalde prestaties, zoals buitenlandse reizen, langere recuperatie omwille van de handicap of andere beperking, zoals bijvoorbeeld ouderdom, noodzakelijk maken.

9. Evaluatie van het invoeringsproces

Om het succes van de ingevoerde maatregelen jaarlijks adequaat te beoordelen is een gestructureerde manier van evalueren noodzakelijk. Dit leidt waarschijnlijk tot een hernieuwde formulering van doelstellingen en stappen.

Conclusie: Mainstreaming als positieve uitdaging

Deze brochure heeft niet als bedoeling:

Mainstreaming voor te stellen als de enige mogelijke oplossing. Specifiek werken rond handicap en/of HIV/AIDS heeft zijn waarde en moet naast mainstreaming blijven bestaan.

Mainstreaming op te leggen als alweer een bijkomende vereiste waaraan uw organisatie moet voldoen. Mainstreaming kan immers niet van buitenaf gedicteerd worden maar moet groeien binnen uw organisatie. Het is een geleidelijk proces waarin men bovenal moet leren van de eigen positieve ervaringen en fouten.

Handicap en /of HIV/AIDS naar voren te schuiven als enige thema's om rond te mainstreamen ten koste van andere thema's. Wel willen we erop wijzen dat mainstreaming toepasbaar is op elke diversiteitsfactor die men aantreft binnen een organisatie. In deze brochure kwam mainstreaming van handicap en AIDS aan bod maar men kan ook bijvoorbeeld gender of leeftijd mainstreamen. Het is belangrijk deze verschillende deelgebieden niet als elkaars concurrenten te zien maar als terreinen die elkaar aanvullen in een zo breed mogelijk opgevat diversiteitsbeleid.

Diversiteit in een organisatie is een eerste stap op weg naar diversiteit in activiteiten en programma's. Om echter een grotere impact te hebben en het verschil te maken in het dagelijks leven van personen met een handicap, moet actie worden ondernomen in de hele gemeenschap om inclusie van personen met een handicap te bevorderen.

Deze brochure wil wel:

U op weg helpen om na te denken over mainstreaming van handicap en HIV/AIDS in uw eigen organisatie. De tips en verschillende stappen die worden aangereikt zijn geen rigide schema's maar oriënterende richtlijnen waarmee uzelf creatief aan de slag kunt gaan.

Benadrukken dat iedere organisatie de capaciteit heeft om te mainstreamen. Mainstreamen vraagt niet noodzakelijk extra financiële middelen of personeel. Het vraagt vooral een mentaliteitswijziging en engagement.

U stimuleren uit te gaan van de sterktes van uw organisatie. Vertrek van de positieve ervaringen die u reeds hebt met het thema dat u wil mainstreamen. U hebt vast enkele mensen met een handicap of HIV/AIDS in de doelgroep van één van uw projecten zitten. Alleen weet u het vaak niet, want goed geïntegreerde personen met een handicap of HIV/AIDS vallen niet op.

PHOS als uw partner bij mainstreaming van handicap

PHOS pleit voor mainstreaming van handicap binnen de Belgische ontwikkelingssamenwerking. Met deze brochure willen we een opstap aanreiken aan Belgische NGO's die handicap willen mainstreamen in hun activiteiten en/of personeelsbeleid. We hebben telkens de parallel getrokken met mainstreaming van HIV/AIDS om te laten zien dat mainstreaming van handicap als proces gelijkloopt met mainstreaming van andere factoren. Mainstreaming van handicap vormt echter onze core business.

Wil u na het lezen van deze brochure verder nadenken over mainstreaming van handicap in uw organisatie? Hebt u daarbij ondersteuning nodig omdat handicap voor u een nog onbekend terrein is?

Neem dan vrijblijvend contact op met het PHOS-secretariaat:

PHOS,

Tivolistraat 45 bus 3

1020 Laken

BELGIE

tel: 32 2 421 24 33

fax: 32 2 421 24 35

e-mail: anja.de.greve@phos.be

Deze brochure kwam tot stand in samenwerking met:

Handicap International France

14 Avenue Berthelot

69361 Lyon Cedex 07

FRANCE

Tel: +33 4 78 69 79 79

Fax: +33 4 78 69 79 90

Nora Groce, Ph.D.

Associate Professor Yale School of Public Health

[Division of Global Health](#)

Yale University

60 College Street

P.O. Box 208034

New Haven

USA

Tel: (203) 785-2866

Fax: (203) 785-6193

E-mail: nora.groce@yale.edu

Bibliografie

AIDSNET. Synergising HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health and Rights: A Manual for NGOs .Kopenhagen: Aidsnet, 2005.

<http://www.aidsnet.dk/Default.asp?ID=1493>

CADRE. *Making HIV/AIDS our Problem: Young People and the Development Challenge in South Africa*. London: Save the Children, 2002.

http://www.savethechildren.org.uk/temp/scuk/cache/cmsattach/1115_MakingAIDSourProblem.pdf

Dudzik P. & McLeod D. Including the Most Vulnerable: Social Funds and People with Disabilities. Washington: Social Protection Unit of the World Bank, september 2002.

[http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/0/d4aa91b91969a3c285256966005a0a21/\\$FILE/0023.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/0/d4aa91b91969a3c285256966005a0a21/$FILE/0023.pdf)

GROCE, N. *Adolescents and Youth with Disability Issues and Challenges*. New Haven: Yale University, 2003.

<http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj204/adolescent.pdf>

GROCE N. HIV/AIDS and Persons with Disability: Overlooked and at Grave Risk. *The Lancet* 2003;361:April 26:1401-1402

GROCE, N. HIV/AIDS and People With Disability In: *GMHC Treatment Issues*, Volume 17, Number 6, June 2003. Reprinted from the Lancet.

<http://www.thebody.com/gmhc/issues/jun03/disability.html>

GROCE, N. *HIV/AIDS and disability: Capturing Hidden Voices*. New Haven: Yale University, 2004.

<http://cira.med.yale.edu/globalsurvey/Capturing%20hidden%20voices-1.pdf>

GROCE, N.& TRASI, R. Rape of Individuals with Disability: AIDS and the Folk Belief of Virgin Cleansing. In: *The Lancet*, Vol 363, No 9422, 2004, pp 1663-1664.

<http://cira.med.yale.edu/research/virginrape.pdf>

HOLDEN, SUE. *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*. Oxford: Oxfam, 2004.

INSTITUTE OF CHILD HEALTH. *A Double Burden: A Situation Analysis of HIV/AIDS and Young people with Disabilities in Uganda and Rwanda*. London: Save the Children, 2004.

http://www.savethechildren.org.uk/temp/scuk/cache/cmsattach/1600_DoubleBurden.pdf

INTERNATIONALE WERKGROEP ARBEIDSMARKT. *Diversiteit wint. Diversiteit onder het personeel: Uitdagingen en toegevoegde waarde ten behoeve van het management in bedrijven en instellingen*. Zeist: Ithaka, 2004.

KREFTING, D. *Understanding Community Approaches to Handicap in Development (CAHD)*. Lyon: Handicap International France, 2001.

http://www.handicap-international.org.uk/pdfs/Understanding_CAHD.pdf

LAMBORAY, J. & LEGASTELOIS J. *Sida, la bataille peut-être gagnée*. Ed L'atelier, 2004.

MUNTHALI, A., MVULA, P. & ALI, S. *Effective HIV/AIDS and Reproductive Health Information to People with Disabilities: A Final Report*. Zomba: University of Malawi, oktober 2004.

<http://www.dpi.org/en/resources/documents/FinalReportforFedomaStudyOctober2004.doc>

NATIONAL FEDERATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN NAMIBIA. *HIV & AIDS and Disability*. Pretoria:VSO-RAISA, 2003.

STIENSTRA, D., FRICKE, Y., D'AUBIN, A. & RESEARCH TEAM. *Baseline Assessment Inclusion And Disability In World Bank Activities*. Washington DC: World Bank, juni 2002.
http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Overview/Baseline_Assessment_Inclusion_and_Disability_in_World_Bank_Activities.pdf

VANNESTE, G. *The Impact of HIV/AIDS and Disability in Africa*. Dar Es Salaam: Council on Community Based Rehabilitation Training, 2002.
<http://www.rehab-international.org/publications/Vanneste.htm>

VAN OYEN, E. *Aids-preventie bij personen met een handicap in ontwikkelingslanden*. Ongepubliceerde masterproef, september 2005.

VLAAMS INSTITUUT VOOR VORMING EN OPLEIDING IN DE SOCIAL PROFIT (VIVO) - Steunpunt Diversiteit Social Profit. *Handleiding non-discriminatiecode*. Brussel: VIVO.

WARTHUNG, D. & LÓPEZ, S. *Me HIV+... What Do? A Guide for Deaf People Living with HIV Disease*. Austin: AIDS Service, 1997.
<http://cira.med.yale.edu/globalsurvey/women.html#deaf>

WORLD BANK. *Disability and HIV/AIDS: at a Glance*. Washington DC: World Bank, november 2004.
<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/4fb28f8537d87c2a85256f56005b8a4c?OpenDocument>