

Gehandicapte vrouwen in Afrika: opmerkingen naar aanleiding van een ILO workshop

Dee Burck

Dit verslag bespreekt de voornaamste discussiepunten van een workshop over gehandicapte vrouwen in Zuidelijk en Oost-Afrika. Speciale aandacht wordt gewijd aan beleid en projecten van en voor deze vrouwen in relatie tot emancipatie van vrouwen in het algemeen.

In het begin van de jaren tachtig werkte ik als psycholoog in Zuidelijk Afrika voor het International Labour Office in een arbeids-revalidatieproject voor gehandicapte mensen.¹

In die tijd was er, waarschijnlijk mede onder invloed van het door de VN uitgeroepen decennium van vrouwen en het decennium van gehandicapten, een groot aantal donor-organisaties bereid om projecten voor gehandicapte vrouwen te ontwikkelen en te betalen. Men was ervan overtuigd dat op deze wijze met recht de armsten van de armen bereikt zouden worden. Omdat ik indertijd als enige vrouw in het project werkte, was het voor iedereen vanzelfsprekend dat ik me op dit 'gat in de markt' zou gaan richten. Er werd wat onderzoek en literatuurstudie verricht. Dit leidde niet tot opzienbarende conclusies of aanbevelingen. Daarom werd besloten om een workshop te organiseren "omtrent het ontwikkelen van beleid en projecten ten behoeve van gehandicapte vrouwen en meisjes".

Deze workshop werd in 1985 gehouden, in Harare, Zimbabwe. Beleidsmedewerkers op het gebied van de revalidatie uit een zevental landen in Zuidelijk en Oostelijk Afrika participeerden in de workshop alsmede vertegenwoordigers van de bevrijdingsbewegingen. Verder waren belangenorganisaties van gehandicapten vertegenwoordigd, helaas niet altijd door vrouwen. Het rapport van de workshop werd indertijd niet op grote schaal verspreid. De belangrijkste onderwerpen die in de discussies aan de orde kwamen, hebben hun actualiteit nog steeds niet verloren. In dit artikel ga ik kort in op de voornaamste punten die in de workshop besproken werden en op de raakvlakken die de problematiek van gehandicapte vrouwen, naar mijn mening, heeft met de emancipatiestrijd van vrouwen in het algemeen.

Aard en omvang van het probleem.

De landenpresentaties die tijdens de workshop in Harare door de beleidsmedewerkers gegeven werden, gaven, naast een overzicht van de beschikbare revalidatievoorzieningen voor vrouwen, enige kwantitatieve informatie over de diverse soorten handicaps en de frequentie waarmee vrouwen hierdoor getroffen werden.

Een waarschuwing omtrent de betrouwbaarheid van deze data lijkt op zijn plaats.² De gegevens zijn afkomstig uit onderzoek dat opgezet werd om het revalidatiebeleid te ondersteunen en daarin prioriteiten te stellen. De magische tien percent van de WHO diende daarbij vaak als leidraad.³ Vergeten werd echter dat die tien percent niet meer dan een schatting is, gebaseerd op extrapolaties van epidemiologische gegevens omtrent handicaps. Het is niet waarschijnlijk dat men door middel van een census tot vergelijkbare percentages komt. Niet alleen kan een groot aantal condities eenvoudigweg niet door een leek met het blote oog worden waargenomen, maar ook de randvoorwaarden om een betrouwbaar onderzoek op te zetten (kaarten, demografische gegevens et cetera) ontbreken vaak. Het statistisch materiaal dat in tabel 1 wordt gepresenteerd heeft derhalve slechts een beperkte waarde.

Er kwam weinig informatie beschikbaar omtrent de frequentie van bepaalde typen handicaps onder de bevolking en eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen. De cijfers uit verschillende landen konden onderling niet vergeleken worden, omdat de categorieën van handicaps in elk onderzoek verschillend gedefinieerd werden. Globaal genomen lijken er vooral in drie opzichten verschillen tussen mannen en vrouwen te bestaan ten aanzien van handicaps en oorzaken van handicaps:

1. Onder vrouwen en meisjes komen vrij veel handicaps voor ten gevolge van zwangerschap en bevalling. Door een aantal participanten werd gerefereerd aan onderzoek waarin dit als de voornaamste doodsoorzaak voor vrouwen in Afrika werd genoemd.⁴
2. Er bestaan verschillen ten aanzien van een groot aantal aan werk gerelateerde handicaps, bij vrouwen vooral heup- en ruggemergdislocaties ten gevolge van zwaar werk in de landbouw en mede gerelateerd aan ondervoeding, bij mannen in de regio veel chronische luchtwegaandoeningen als gevolg van het werk in de mijnen.
3. Handicaps veroorzaakt door het feit dat vrouwen medische voorzieningen over het algemeen minder gebruiken dan mannen. Daardoor krijgen aandoeningen die in principe te genezen zouden zijn geweest een chronisch karakter (Key 1987).

Tabel 1: Handicaps onder mannen vrouwen en kinderen in zuidelijk Afrika, gerelateerd aan de totale omvang van de gehandicapte en totale bevolking ⁵						
<i>land</i>	<i>totale bevolking</i>	<i>aantal gehandicapten</i>	<i>%</i>	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>opm</i>
<i>Zimbabwe</i>	7,5 mj ('82)	276.300	3,7%	107.400	92.000	1
<i>Zambia</i>	5,6 mj ('80)	91.467	1,6%	46.379	45.088	
<i>Tanzania</i>	18,0 mj	1.800.000	10%	907.448	892.552	2
<i>Swaziland</i>	321.996 ('83)	6.634	2,6%	--	--	3
<i>Malawi</i>	6,3 mj ('82)	190.000	3,0%	126.666	63.333	4
<i>Lesotho</i>	--	11.500	--	--	--	5
<i>Botswana</i>	941.000 ('81)	8.360	8,9%	3.840	4.520	6

1. In het onderzoek werd niet van alle gehandicapten het geslacht genoteerd, vandaar het verschil tussen het totaal aantal gehandicapten en de som van de sub-totalen voor mannen en vrouwen.⁶

2. De opgave van het totaal aantal gehandicapten in Tanzania was gebaseerd op een schatting, de aantallen gehandicapte mannen en vrouwen zijn gebaseerd op extrapolatie van survey resultaten.

3. De beschikbare survey gegevens voor Swaziland gaven geen aparte verdeling tussen mannen en vrouwen.

4. Ten tijde van de workshop werden de cijfers van Malawi onder voorbehoud verstrekt als zijnde een schatting. Nadien werd de informatie echter grotendeels bevestigd door the Malawi Council for the Handicapped.

5. Indertijd waren voor Lesotho geen survey resultaten beschikbaar. Het genoemde aantal gehandicapten berust op een schatting.

6. Botswana is het enige land waar het percentage vrouwelijke gehandicapten het hoogst is. Ten gevolge van gastarbeid in Zuid-Afrika, bestaat in Botswana de bevolking ook uit aanzienlijk meer vrouwen dan mannen.

Afgezien van de medische problematiek, werd door vrijwel alle participanten in de workshop het feit dat de kansen voor gehandicapte vrouwen om een huwelijkspartner te vinden klein zijn, als een van de belangrijkste sociale problemen gezien. Vrouwen die na hun huwelijk gehandicapt raken, worden vaak door hun echtgenoot verlaten. Gehandicapte mannen ondervinden echter vergelijkbare problemen (Brand 1984).

Gedurende de workshop werd speciale aandacht gevraagd voor het lot van moeders van gehandicapte kinderen. Er werd gesteld dat het ter wereld brengen van een gehandicapt kind van de moeder zelf ook een gehandicapte maakt. Voor vrouwen die geen kinderen kunnen krijgen, geldt meestal hetzelfde. Er zijn enorme stigmata verbonden aan kinderloosheid en moederschap van een gehandicapt kind. Het gaat daarbij niet alleen om emotionele zaken, maar ook om sociale en economische aspecten. Naast alle zorgen en verdriet krijgt de vrouw een marginale positie binnen het gezin. Er wordt veelal zonder meer van uit gegaan dat de vrouw de oorzaak van de onvruchtbaarheid of de handicap van het kind is. Soms wordt de vrouw naar haar ouders terug gestuurd en vaak zoekt de man een tweede vrouw die

wel (gezonde) kinderen kan krijgen. Bovendien worden vrouwen in deze positie vaak geassocieerd met of beschuldigd van hekserij (cf. Burck 1989).

Concluderend kan gesteld worden dat uit de landenpresentaties tijdens de workshop bleek dat in de meeste landen in de regio het aantal gehandicapte vrouwen weliswaar iets lager ligt dan het aantal gehandicapte mannen, maar dat de problemen van gehandicapte vrouwen en meisjes wel speciale aandacht verdienen. Het feit dat bepaalde handicaps en oorzaken van handicaps onder vrouwen meer voorkomen, alsmede de constatering dat vrouwen en meisjes vaak minder profiteren van medische voorzieningen, die handicaps zouden kunnen voorkomen of althans tot een minimum zouden kunnen beperken, maakt het noodzakelijk hen als speciale aandachtsgroep te beschouwen.

De beschikbaarheid van revalidatievoorzieningen voor vrouwen.

Zoals vrouwen minder gebruik van maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan mannen, ook als de voorzieningen in voldoende mate toegankelijk en aanwezig zijn (Key 1987), bleek tijdens de workshop dat ook het gebruik van revalidatievoorzieningen door gehandicapte vrouwen en meisjes beperkt is. Op papier, en zeker ook qua intentie, zijn revalidatievoorzieningen gelijkelijk toegankelijk voor mannen en vrouwen. In de praktijk pakt het vaak anders uit. In Zimbabwe bijvoorbeeld, een land met vrij geavanceerde revalidatievoorzieningen, is het aantal plaatsen in met name de beter geoutilleerde medische revalidatiecentra beperkt. Ongeveer tien percent van de gehandicapte bevolking kan op deze wijze bereikt worden. In de jaren tachtig waren die plaatsen voornamelijk gereserveerd voor oud-vrijheidssrijders en mensen die verzekerd waren via het zogeheten 'Workers' Compensation Scheme' (WCS). De reservering van een groot aantal plaatsen voor oorlogsslachtoffers is begrijpelijk gezien het feit dat het land pas enkele jaren tevoren, na een jarenlange strijd, onafhankelijk was geworden. Ongeveer 250 mannelijke en 50 vrouwelijke oud-strijders bezetten deze plaatsen in revalidatiecentra van de regering. Voor het overige werd in institutionele medische revalidatie voorzien door particuliere en semi-overheidsinstellingen die direct of indirect gefinancierd werden door WCS. In de Workers' Compensation Act staan geen discriminerende bepalingen voor vrouwen ten opzichte van mannen of voor zwarte ten opzichte van witte werknemers.⁷ In 1987 had in Zimbabwe nog geen tien percent van de beroepsbevolking een vaste betrekking. Alleen voor mensen met een vaste betrekking hoeft door de werkgever premie betaald te worden. Mannen, en vooral witte mannen, zijn oververtegenwoordigd in deze categorie, zwarte vrouwen zijn sterk ondervertegenwoordigd. Bovendien waren seizoenswerk en huishoudelijk werk, sectoren waarin van oudsher veel zwarte vrouwen werkzaam zijn, van verplichte deelname aan de verzekering uitgesloten. Het is derhalve vooralsnog een zeldzaamheid wanneer een zwarte gehandicapte vrouw van de verzekering gebruik kan maken voor revalidatie.

In veel landen in de regio zijn in revalidatiecentra geen plaatsen gereserveerd voor vrouwen. In landen waar dat wel het geval is, is de ratio ongeveer één plaats voor een vrouw op drie plaatsen voor een man. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het aantal aanvragen van vrouwen voor plaatsen in medische en vocationele revalidatiecentra beduidend lager ligt dan dat van mannen, hetgeen overeenkomt

met het eerder geschetste beeld van het gebruik door vrouwen van gezondheidszorgvoorzieningen in het algemeen. Bovendien lijkt hier sprake te zijn van een vicieuze cirkel, omdat de trainingsprogramma's die in centra voor arbeidsrevalidatie geboden worden voor vrouwen vaak niet relevant zijn. Uit gesprekken die ik tijdens en na de workshop had met hoofden van revalidatiecentra voor vrouwen bleek verder dat het drop-out percentage voor vrouwen erg hoog was, variërend van 50-75 percent (vier verschillende instellingen). De voornaamste reden om het centrum te verlaten was dat de vrouwen zwanger waren of huwelijkskansen hadden. Klaarblijkelijk was het voor veel (gehandicapte) vrouwen in Zimbabwe belangrijker om een echtgenoot en/of een gezin te hebben dan om een vak te leren. Gelet op de situatie op de arbeidsmarkt en de culturele en sociale status verbonden aan moederschap, lijkt dit ook niet verwonderlijk.

Een van de conclusies van de workshop was daarom dat revalidatie moest leiden tot optimale integratie van de gehandicapte vrouw in de samenleving en dat medische revalidatie en economische onafhankelijkheid zeker niet de enige kanalen zijn om dat te bereiken. Bij het revalidatieproces zou de gehele en vaak complexe werkelijkheid waar vrouwen in het dagelijks leven mee te maken krijgen als uitgangspunt moeten dienen. Gezien dit feit en mede gelet op de beperkte beschikbaarheid van plaatsen in institutionele revalidatievoorzieningen, achtten de workshopdeelnemers het van belang dat in het landelijk revalidatiebeleid meer plaats ingeruimd werd voor 'community based rehabilitation'. Binnen deze programma's zou volgens de participanten specifiek aandacht besteed kunnen worden aan de problemen van gehandicapte vrouwen en meisjes en aan de situatie van moeders van een gehandicapt kind.

Belangenorganisaties.

In de hele wereld is er een groeiend besef dat de belangen van gehandicapte mensen het best door henzelf behartigd kunnen worden. Er is echter altijd sprake geweest van een zekere machtsstrijd tussen de subsidiegevers en organisaties voor gehandicapten enerzijds en de organisaties van gehandicapten anderzijds. Daarnaast bestaan jammer genoeg ook tussen de belangenorganisaties onderling spanningen. Het zou hier te ver voeren om de ontwikkeling van de belangenorganisaties van gehandicapten door de loop ter tijd weer te geven, maar er zijn wel enkele hoofdlijnen aan te geven. In de meeste landen waren het vooral blinde mensen die zich het eerst organiseerden, hetgeen veelal geleid heeft tot een organisatorische structuur van belangenorganisaties gebaseerd op het type handicap. Men kan echter vraagtekens zetten bij het belang van afzonderlijke zelforganisaties voor de verschillende handicaps, gezien het belang van onderlinge solidariteit. Zo ook kan men zich afvragen of het zinvol is om een specifieke belangenorganisatie op te zetten voor gehandicapte vrouwen.

Na de workshop in Harare deed zich een situatie voor waarin, in één van de deelnemende landen, zes gehandicapte vrouwen bijeen kwamen om een organisatie van gehandicapte vrouwen te vormen. De voornaamste reden hiervoor was dat ze vonden dat hun belangen in de bestaande belangenorganisaties voor vrouwen en gehandicapten onvoldoende werden vertegenwoordigd. Van de zes vrouwen had-

den er twee de workshop bezocht, de anderen hadden er alleen maar over gehoord. Het had bijna twee maanden gekost om de vergadering te beleggen. Geen van de vrouwen had telefoon en slechts twee van hen konden lezen of schrijven. Van deze laatste twee had er een geen enkele ervaring met vergaderen of notuleren, terwijl de ander blind was en alleen in braille kon schrijven. Zonder fysieke, materiële en inhoudelijke ondersteuning van buitenaf hadden de vrouwen niet bijeen kunnen komen. Tijdens de eerste vergadering werd duidelijk dat de bestaande belangenorganisaties fel gekant waren tegen de vorming van een speciale organisatie van gehandicapte vrouwen, omdat men streefde naar concentratie en solidariteit en niet naar verdere versnippering. Een donor-organisatie die op dat moment vrij veel fondsen beschikbaar stelde voor de bestaande belangenorganisaties had aangegeven een deel van het beschikbare geld over te willen hevelen naar een op te richten organisatie van vrouwen. Financiering van het vrouweninitiatief zou echter onvermijdelijk ten koste gaan van financiering van andere, reeds opgerichte belangenorganisaties. In deze situatie werd uiteindelijk door de gehandicapte vrouwen besloten geen aparte organisatie voor gehandicapte vrouwen op te richten, maar de inbreng van vrouwen in de bestaande organisaties te vergroten door meer vrouwelijke leden te werven en door te eisen dat een groter aantal vrouwen in het bestuur van de belangenorganisaties opgenomen zou worden. Op deze wijze kon men een bredere basis creëren, zonder al te veel tijd te besteden aan het moeizaam ontwikkelen van een eigen organisatiestructuur. Door gebruik te maken van wat reeds door anderen was opgebouwd, zou het misschien op termijn mogelijk zijn een krachtiger pressiegroep te vormen, met meer overlevingskansen dan het eerste initiatief.⁸

Zoals dat voor alle emanciperende groepen geldt, is het verkrijgen van gelijkwaardigheid een basaal recht. De erkenning van dit recht zou echter niet het einddoel mogen zijn. Het gaat er niet alleen om dat gehandicapte vrouwen een evenredig deel van de cake krijgen, maar dat zij zich ontwikkelen tot een autonome positie waarin zij zelf mee bepalen hoe de smaak en vorm van de cake zal zijn. Zeker in een situatie waarin het emancipatiestreven van verschillende groepen in een aantal opzichten parallel loopt maar er ook sprake is van tegengestelde belangen, gaat het er om de gender-kwestie in te brengen op een moment dat dat strategisch gunstig is. Het belang van solidariteit met andere zich emanciperende groepen dient zorgvuldig afgewogen te worden tegen het belang van de eigen profilering. Op theoretische gronden kan integratie van de belangen van 'minder(heids)-groepen' in het algemene ontwikkelingsproces afgewezen worden, omdat integratie binnen de bestaande institutionele kaders, gezien de 'mindere' positie van dit soort groepen, slechts tot verdere marginalisering van hun positie leidt (Pronk: 1990: 217). Toch kan integratie mijns inziens in de praktijk een eerste stap tot autonomie zijn, wanneer deze stap deel uitmaakt van een strategie, zoals in het hierboven aangehaalde voorbeeld.

Noten

Dee Burck is psycholoog en cultureel antropoloog. Zij heeft onderzoek gedaan naar gehandicapt zijn in Zimbabwe en is nu werkzaam bij het Koninklijk Instituut voor de Tropen in Amsterdam.

1. De termen handicap en revalidatie worden in de literatuur op uiteenlopende wijze gedefinieerd en gebruikt. De termen hebben in de Nederlandse en Engelse taal verschillende connotaties. Bovendien wordt binnen verschillende culturen aan verschillende classificatiesystemen gerefereerd (zie ook: Burck 1989: 29 e.v.). Men kan mijns inziens terecht vraagtekens plaatsen bij pogingen algemeen geldige definities voor deze begrippen te formuleren. Wanneer men toch een poging wil wagen, kan de WHO-definitie wellicht als leidraad dienen. Een handicap is dan een nadeel voor een specifiek individu, als gevolg van een 'disability' of een 'impairment'. Een 'impairment' is dan het verlies van of een afwijking van de normale psychologische, anatomische en/of fysische structuur of functie van het menselijk lichaam.
2. De in Tabel 1 gepresenteerde gegevens hebben betrekking op 'disabilities': de afwezigheid of de vermindering van het vermogen bepaalde activiteiten uit te voeren op een manier zoals dat voor mensen gebruikelijk is, als gevolg van een 'impairment' (zie noot 1).
3. Deskundigen van de WHO maakten in 1976 een schatting van het aantal gehandicapten in de wereld, gebaseerd op extrapolaties van epidemiologische gegevens. De uitkomst was tien procent (WHO, 1976).
4. Zie WHO 1981 en 1985, Pronk 1990: 226.
5. Bron: *Report of the Workshop on the Development of Policies and Programmes for Disabled Women and Female Children in the Southern African Region*, 16-27 September 1985, Harare, Zimbabwe: The African Rehabilitation Institute, Series A: Workshop and seminar reports no. 2. In deze publikatie is ook een verwijzing te vinden naar de oorspronkelijke bronnen, i.e. de survey-reports.
6. Uit de survey resultaten in Zimbabwe (1981) blijkt dat van het totaal van gehandicapten waarvoor het geslacht werd geregistreerd 54% man en 46% vrouw is. Het is opmerkelijk dat deze verhouding per leeftijdscategorie nogal verschilt. In de groep 0-4 jarigen zijn de percentages respectievelijk 61% en 39%, voor de groep 60-plussers zijn de percentages 50% en 50%. Een verklaring voor deze verschillen is niet direct voorhanden.
7. Statute of Rhodesia and Amendments, Workers Compensation Act, chapter 269, as amended with effect from 13-4-1984. *Statute Law of Southern Rhodesia*.
8. De ILO is in 1989, mede naar aanleiding en ter ondersteuning hiervan, een project ter verbetering van de levensomstandigheden van gehandicapte vrouwen in Zuidelijk en Oost Afrika gestart.

Literatuur

Brand, V.

1984 *Socio-economic factors associated with paraplegia*. Harare: School of Social Work.

Burck, D.

1989 *Kuoma rupandi (The parts are dry)*. Leiden: Afrika-Studiecentrum.

Key, P.

1987 Women, health and development, with special reference to Indian women. *Health Policy & Planning* 2 (1): 58-69.

Pronk, J.P.

1990 *Een wereld van verschil, nieuwe kaders voor ontwikkelingssamenwerking in de jaren 90*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

World Health Organization

- 1976 *Reports on specific technical matters, disability prevention and rehabilitation*. Geneva: WHO.
- 1981 *Women and Disability Kit*, part II, Junic Working Group. Geneva: WHO.
- 1985 *Les Femmes, la santé et le développement, Rapport du Directeur Général*. Geneva: WHO.