

HIV in Botswana



Een interdisciplinair onderzoek naar het hoge aantal HIV besmettingen in Botswana

Cursus	Interdisciplinair onderzoek II (scriptie)
Cursuscode	LA3V11003
Scriptiebegeleidster	Ria van der Lecq
Opleiding	Liberal Arts and Sciences
Universiteit	Universiteit Utrecht
Datum	31-01-2014

Damstra, Josephine	3857417 (<i>politieke geschiedenis</i>)
Schoneveld, Jacqueline	3503968 (<i>ontwikkelingsgeografie</i>)
Vrijaldenhoven, van, Nard	3506762 (<i>religiewetenschappen</i>)

Vakreferenten	Raben, Remco (<i>politieke geschiedenis</i>)
	Nijenhuis, Gery (<i>ontwikkelingsgeografie</i>)
	Frederiks, Martha (<i>religiewetenschap</i>)

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
1. Contextualisering van het probleem	7
1.1. Botswana	7
1.2. Politieke situatie	9
1.3. Economische ontwikkelingen en uitdagingen.....	9
1.4. HIV en Aids.....	10
1.5. HIV en Aids in Botswana	11
2. Een historisch perspectief: De rol van de overheid in de bestrijding van HIV en Aids	13
2.1. Het succes van Botswana: het belang van een goed bestuur.....	13
2.1.1. <i>Politieke leiders en de elite</i>	13
2.1.2. <i>Een overblijfsel van het kolonialisme: de invloed van chiefs</i>	15
2.2. Nationale respons op de Aidsproblematiek in Botswana	15
2.2.1. <i>Westerse methodologie</i>	16
2.2.2. <i>Ontbreken van feedback</i>	16
2.2.3. <i>Ontbreken van politieke wil om te investeren</i>	17
2.3. Internationale hulp	18
2.3.1. <i>Nationale en internationale intensivering van de strijd tegen HIV en Aids</i>	18
2.3.2. <i>ARV therapie</i>	20
2.3.3. <i>Grote mate van bureaucratie</i>	20
2.3.4. <i>Ontbreken van een goede infrastructuur</i>	21
2.3.5. <i>Verantwoordelijkheid</i>	21
2.4. Evaluatie van de disciplinaire inzichten	22
3. Een geografisch perspectief: HIV in Botswana op lokaal niveau	24
3.1. Geografische verschillen in het aantal HIV besmettingen in Botswana	24
3.2. Factoren die het hoge HIV-percentages van Botswana mede kunnen verklaren	27
3.2.1. <i>Lage economische en sociale weerbaarheid tegen ziektes</i>	27
3.2.2. <i>Kwaliteit van de gezondheidszorg</i>	31
3.2.3. <i>Invloed van (werk)migranten en vrachtverkeer</i>	32
3.2.4. <i>Discours van de bevolking</i>	34
3.3. Evaluatie van de disciplinaire inzichten	37
4. Een religieus perspectief: De verspreiding van HIV onder culturen en religies in Botswana	39
4.1. Religie in Botswana	39
4.2. Machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen	40
4.2.1. <i>De invloed van het Christendom op de scheve machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen</i>	41
4.2.2. <i>Culturele factoren</i>	41
4.3. Alternatieve visies op Aids	43
4.3.1. <i>De breedst gedragen alternatieve visie op Aids</i>	43
4.3.2. <i>Overige mythen en denkbeelden over HIV/Aids en condooms</i>	43

4.3.3 De totstandkoming van een alternatieve visie op Aids.....	44
4.4 Opvallend contrast met ‘moslimlanden’	45
4.5 Evaluatie van de disciplinaire inzichten	45
5. Integratie	47
5.1. Gevonden inzichten	47
5.2. Overeenkomsten en verschillen	50
5.2.1. Kennis	50
5.2.2. De visie van de bevolking op HIV en Aids.....	50
5.2.3. Twee perspectieven	50
5.2.4. De HIV en Aids problematiek: economisch/politiek versus cultureel.....	51
5.3. Creatie van common ground met behulp van de organisatietechniek.....	51
5.3.1. De organisatie	52
5.4. Een meer omvattend inzicht.....	54
Conclusie en discussie.....	55
Bibliografie	56

Voorwoord

Voor u ligt het interdisciplinair sluitstuk van Jacqueline Schoneveld, Josephine Damstra en Nard van Vrijaldenhoven. Drie maanden geleden kwamen wij voor het eerst bijeen om te brainstormen over een onderwerp dat binnen onze drie uiteenlopende disciplines zou passen. Het uiteindelijk gekozen onderwerp, HIV, is een actueel onderwerp. Het raakt dagelijks miljoenen mensen en er gaat veel aandacht naar uit vanuit goede-doelenorganisaties als *Stop Aids Now!* en *Aidsfonds*. Echter, er is inhoudelijk vaak nog maar weinig over bekend bij Nederlanders, die nauwelijks persoonlijk in aanraking komen met het virus. Ook wij wisten tot drie maanden geleden weinig van HIV af. Dit maakte het schrijven van de scriptie een interessante uitdaging die we alle drie graag aan wilden gaan. Tijdens het schrijven van de scriptie hebben wij veel geleerd over HIV en de Aidsepidemie in Botswana, over elkaars disciplines en over het uitvoeren van een interdisciplinair onderzoek. Het was een uitermate leerzaam proces.

We willen graag een aantal personen bedanken die ons tijdens dit proces geholpen hebben. In eerste instantie willen we Ria van der Lecq, onze scriptiebegeleidster vanuit *Liberal Arts and Sciences*, bedanken voor haar waardevolle adviezen rondom de integratie van de disciplines en andere aspecten van het interdisciplinaire onderzoek. Daarnaast willen wij haar bedanken voor de kritische blik die zij heeft geworpen op onze inleiding en conceptversie. Ook willen wij ieder van onze vakreferenten hartelijk bedanken. Zonder de kritische vragen en tips voor brongebruik van Gery Nijenhuis, Remco Raben en Martha Frederiks, waren de disciplinaire hoofdstukken van deze scriptie niet geweest wat ze nu zijn. We hopen dat u als lezer deze interdisciplinaire scriptie met plezier zult lezen.

Samenvatting

Het percentage HIV besmettingen in Botswana ligt in vergelijking met andere landen relatief hoog. In 2012 was 23% van de bevolking in de leeftijd 15-49 geïnfecteerd met HIV. Hiermee staat Botswana in de top drie van landen met HIV besmettingen wereldwijd. Dit terwijl het politieke toneel van het land wordt opgemerkt als één van de meest stabiele in Afrika en het land zich in relatief korte tijd op economisch gebied sterk heeft kunnen ontwikkelen (Botswana wordt nu geclassificeerd als een 'upper middle income' land). Het doel van deze scriptie was daarom het in kaart brengen van de meespelende factoren die invloed hebben op het hoge HIV percentage in Botswana. De onderzoeksvraag die hierbij centraal stond luidt: *Welke factoren kunnen het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana verklaren?*

In deze scriptie is gebruikt gemaakt van een interdisciplinaire benadering. De onderzoeksvraag werd bestudeerd vanuit drie verschillende vakgebieden, te weten: politieke geschiedenis, ontwikkelingsgeografie en religiewetenschappen. Vanuit politiek-historisch perspectief is de rol van de overheid bestudeerd. De inzichten die hieruit zijn voortgekomen zijn dat Botswana een goed bestuur heeft, maar deze erg bureaucratisch te werk gaat. Door de veelheid aan betrokken actoren is niet duidelijk wie nu echt de verantwoordelijkheid heeft voor het oplossen van het HIV probleem. Ook blijkt dat beleidsimplementatie in Botswana gebaseerd is op Westerse ideeën, erg top down gericht is, en er geen feedback (van bevolking naar overheid) plaatsvindt. Vanuit ontwikkelingsgeografisch perspectief is HIV in Botswana op meer lokaal niveau bestudeerd. Eerst zijn de geografische verschillen in het aantal HIV besmettingen in het land in kaart gebracht. De inzichten die uit dit perspectief voortkwamen zijn dat de lage economische en sociale weerbaarheid invloed heeft op het hoge aantal HIV besmettingen. Ook het discours (gesprekken/conversaties van de bevolking over HIV en Aids) lijkt een belangrijke factor: stigmatisering en discriminatie lijkt indirect te leiden tot minder of onjuiste kennis bij de bevolking over HIV en Aids. Ook blijkt dat migranten, werkmigrant en vrachtwagenchauffeurs invloed hebben gehad op de verspreiding van HIV. De gezondheidszorg in Botswana is ook onderzocht, maar deze blijkt redelijk goed te zijn, en heeft dus juist een positieve invloed op het aantal HIV besmettingen. Vanuit religieus perspectief is de verspreiding van HIV onder religies en culturen in Botswana bestudeerd. Het bleek dat er veel sprake is van machtsongelijkheid (o.a. veroorzaakt door de komst van het Christendom, de rol van masculiniteit en het heersende beeld met betrekking tot vruchtbaarheid), wat voor minder veilige seks en minder condoomgebruik zorgt. Ook bleek dat er meerdere alternatieve visies op HIV en Aids kwamen (waarin de condoom juist als verspreider van het virus werd gezien) en dat de Aids campagnes op de radio en in het onderwijs cultureel ongepast waren.

Deze inzichten uit de drie verschillende vakgebieden zijn vervolgens geïntegreerd door middel van de creatie van *common ground*. Dit is gedaan met behulp van de interdisciplinaire organisatietechniek van Amerikaans interdisciplinair onderzoeker Allen F. Repko. Zo is tot een meer omvattend inzicht gekomen in de vorm van een antwoord op de onderzoeksvraag. De belangrijkste factor die het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana kan verklaren is de wisselwerking tussen de overheid en de bevolking, welke zich uit in een ineffectieve implementatie van hulpprogramma's door de overheid, die niet in lijn is met de cultuur van de bevolking.

Inleiding

Wereldwijd zijn 39 miljoen mensen besmet met het HIV virus. Veruit de meeste besmettingen komen voor in Sub-Sahara Afrika en Aids wordt hier gezien als de belangrijkste doodsoorzaak (Rijksoverheid, 2013). Aids is een syndroom dat kan ontstaan door het oplopen van HIV (humaan immunodeficiëntievirus), een virus dat het menselijk immuunsysteem aantast.

De percentages rondom HIV en Aids lopen in de verschillende Afrikaanse landen sterk uiteen. Het percentage HIV besmettingen in Botswana ligt in vergelijking met andere landen relatief hoog. Hoewel de cijfers in de afgelopen jaren wel degelijk gedaald zijn, blijft Botswana in 2012 met een geschat percentage geïnfecteerde personen in de leeftijd 15-49 van 23% in de top drie van de wereld staan (UNAIDS, 2013). Ondanks de maatregelen die worden getroffen tegen een verdere verspreiding van HIV, blijft de ziekte in Botswana een groot probleem (UNAIDS, 2013). Het doel van dit onderzoek is daarom het in kaart brengen van de meespelende factoren die invloed hebben op het hoge HIV percentage in Botswana. De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat luidt:

Welke factoren kunnen het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana verklaren?

Omdat bovengenoemd vraagstuk onder andere sociale, economische, politieke en religieuze aspecten bevat, hebben we te maken met een complex vraagstuk wat een interdisciplinaire benadering rechtvaardigt (Repko, 2012, p.33). Door het integreren van inzichten uit de vakgebieden politieke geschiedenis, ontwikkelingsgeografie en religiewetenschappen zullen wij een meer omvattend inzicht creëren met betrekking tot factoren die het hoge HIV percentage kunnen verklaren.

Vanuit het vakgebied politieke geschiedenis hebben wij onderzoek gedaan naar de reactie van de overheid op de verspreiding van het virus. Daarbij zijn campagnes die vanuit onder andere de Botswanaanse overheid, internationale organisaties en NGO's zijn opgestart geanalyseerd en is gekeken of deze maatregelen efficiënt zijn gebleken. In het vakgebied ontwikkelingsgeografie wordt nadruk gelegd op de lage economische en sociale weerbaarheid tegen ziektes, de kwaliteit van de gezondheidszorg, de invloed van (werk)migranten en handelsverkeer en het discours van de bevolking (stigmatisering, discriminatie en percepties) als mogelijke factoren voor het hoge aantal HIV besmettingen. Ten slotte biedt het vakgebied religiewetenschap inzicht in de manier waarop religie en cultuur zich door de jaren heen in Botswana hebben gemanifesteerd en in hoeverre dit invloed heeft gehad op de verspreiding en/of de instandhouding van HIV. In het bijzonder besteden wij hier aandacht aan de manier waarop religie de bestaande genderverhoudingen en de visie op Aids heeft beïnvloed.

Dit onderzoek is zowel maatschappelijk als wetenschappelijk relevant. De maatschappelijke relevantie komt naar voren in de actualiteit van het probleem. De problematiek omtrent HIV en Aids in Afrika wordt over de gehele wereld als een groot probleem erkend. Zo werd het aangaan van de strijd tegen ziektes als HIV, Aids en malaria in 2000 als millenniumdoel opgesteld door de Verenigde Naties. Onderdeel van dit voornemen is de doelstelling om in 2015 de verspreiding van HIV een halt toe te hebben geroepen en het aantal besmettingen terug te dringen (Verenigde Naties, 2000). Hoewel het bijna 2015 is, is het probleem in Botswana nog lang niet opgelost. De wetenschappelijke

relevantie is gebleken uit het literatuuronderzoek en zal in de hierna volgende hoofdstukken aan de orde komen.

Het onderzoek is een interdisciplinaire casestudy met Botswana als case. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een literatuuronderzoek. Inzichten vanuit de reeds genoemde vakgebieden worden geïntegreerd volgens een stappenplan uit het boek *Interdisciplinary Research* van A. Repko (2012).

Het eerste hoofdstuk van deze scriptie plaatst het probleem in zijn context door achtergrondinformatie te geven over het land Botswana en uit te weiden over HIV en Aids (hoofdstuk 1). Daarna volgen analyses van het probleem vanuit de drie verschillende vakgebieden (hoofdstuk 2, 3 en 4). Nadat de disciplinaire inzichten aan bod zijn gekomen, worden de inzichten geïntegreerd waarna een alomvattend antwoord op de onderzoeksvraag wordt geformuleerd (hoofdstuk 5). We sluiten de scriptie af met een conclusie en discussie, waarin het behaalde resultaat geëvalueerd wordt en suggesties voor vervolgonderzoek worden gedaan.

1. Contextualisering van het probleem

In dit hoofdstuk geven we achtergrondinformatie over het land Botswana en weiden we wat verder uit over HIV en Aids. Hiermee hopen we meer inzicht te kunnen bieden in de ernst van het HIV probleem in Botswana.

1.1. Botswana

Botswana is een door land ingesloten natie in het zuiden van Afrika (zie figuur 1.1). Het land wordt omringd door Zimbabwe, Zuid-Afrika, Namibië en (voor een klein gedeelte) Zambia (zie figuur 1.2). De hoofdstad van Botswana is Gaborone en het land telt 2.127.825 inwoners (CIA, 2013), welke naar zichzelf verwijzen als Batswana (enkelvoud Motswana). Er zijn verschillende etnische groepen te onderscheiden: 79% van de bevolking is Tswana (of Setswana), 11% Kalanga, 3% Basarwa, en tot slot is zo'n 7% een 'overige groep' van Kgalagadi en blanken (CIA, 2013).

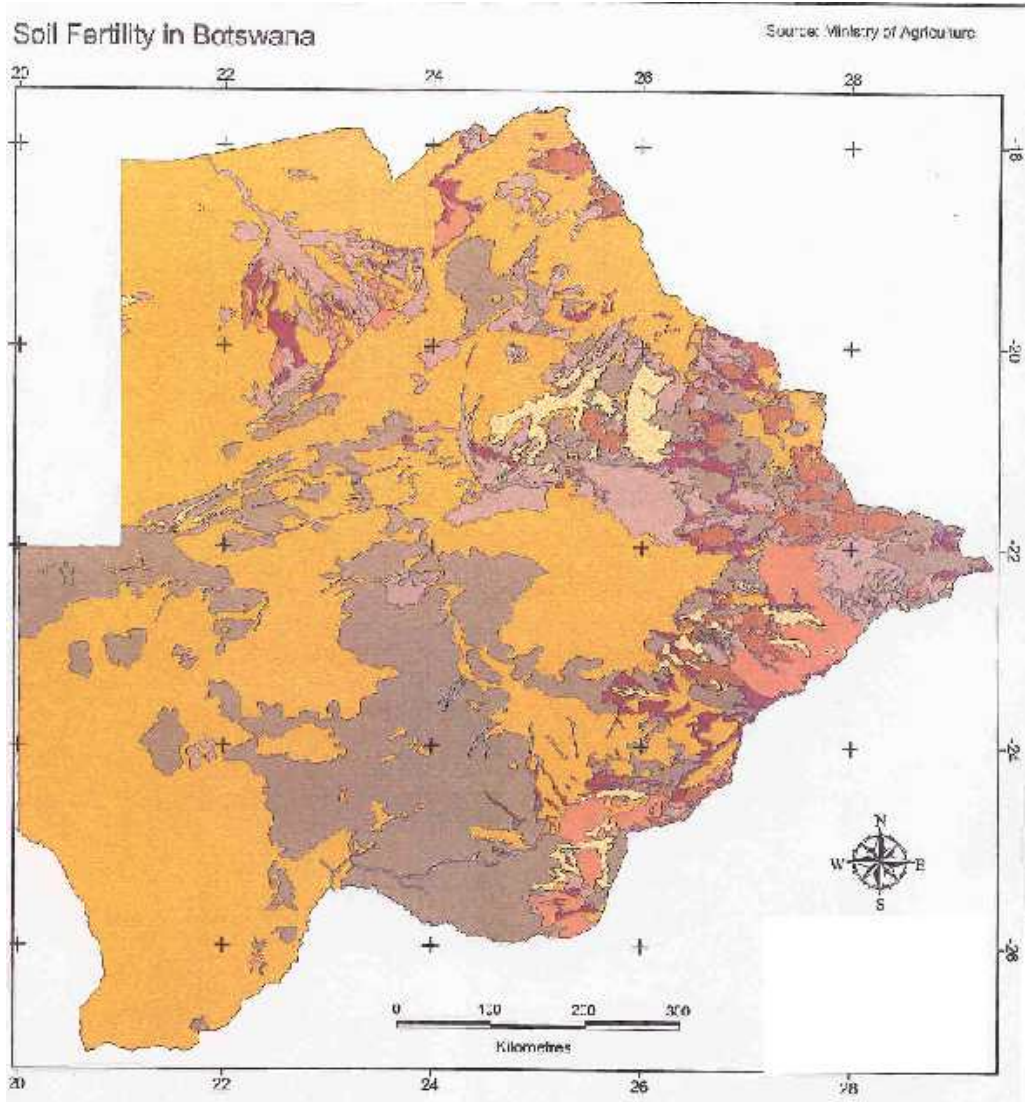


Figuur 1.1: Situering Botswana in Afrika



Figuur 1.2: Botswana en buurlanden

Botswana kent twee officiële talen: het Engels en Setswana. Hoewel Engels de officiële taal is, blijkt dat zo'n 78.2% van de bevolking in 2001 Setswana spreekt en dit is dan ook de meest gangbare taal (CIA, 2013). Botswana beslaat bijna 582.000 km² land en heeft een populatiedichtheid van gemiddeld 3,5 bewoners per km² (UNdata, 2011). Dit gemiddelde toont aan dat Botswana een vrij dunbevolkt land is. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de lage bodemvruchtbaarheid in een groot deel van het land. Zoals in figuur 1.3 te zien is, heeft bijna het gehele westelijke deel van Botswana een bodemvruchtbaarheid van 'low' of zelfs 'moderate to low'. Dit is wellicht te wijten aan de aanwezigheid van de halfwoestijn Kalahari die een deel van het zuidwesten van het land beslaat. Hoewel de Kalahari naast een zandwoestijn ook grote stukken grassige steppe en savanne bevat, woont de Botswanaanse bevolking geconcentreerd in het oosten van het land (CIA, 2013). Hier is de bodem dan ook vruchtbaarder (zie figuur 1.3).



Figuur 1.3: Bodemvruchtbaarheid in Botswana (Burgess, 2006)

1.2. Politieke situatie

Botswana is een parlementaire representatieve democratische republiek, waarbij de President zowel hoofd van de staat als hoofd van de overheid en een multi-partij systeem is. Sinds 2008 is Ian Khama president. Na de onafhankelijkheid in 1966 nam het voormalig Britse protectoraat 'Bechuanaland' de huidige naam Botswana aan. Sinds de onafhankelijkheid heeft de *Botswana Democratic Party (BDP)* het partijstelsel van Botswana gedomineerd. Het politieke toneel van Botswana wordt dan ook opgemerkt als één van de meest stabiele in Afrika. Vrije en eerlijke verkiezingen worden regelmatig gehouden en de grondwet voorziet in de fundamentele rechten en vrijheden (African Economic Outlook, 2013).

Het stabiele politieke leiderschap dat het land heeft gekend en nog steeds kent, is gepaard gegaan met een snelle modernisering en ontwikkeling van de kleine populatie. Daarnaast is zowel de primaire als secundaire educatie voor Afrikaanse begrippen goed ontwikkeld en heeft het land een tertiaire sector ontwikkeld. Ook heeft het land een groot aantal ziekenhuizen en klinieken. Op politiek niveau is het land erg aantrekkelijk voor de internationale gemeenschap, omdat daar vanuit veelal om een goed bestuur wordt gevraagd.

1.3. Economische ontwikkelingen en uitdagingen

Volgens een rapport van de Wereldbank dat het ondernemingsklimaat in 183 economieën over de hele wereld beoordeelt en rangschikt (het rapport *Doing Business 2013*), behoort het zakelijke klimaat van Botswana tot de beste ondernemingsklimaten in Afrika. In 2013 werd het land gerangschikt op de 59e plaats in de wereld.

Vlak na de onafhankelijkheid behoorde Botswana tot een van de armste landen van Afrika, met een GDP (bruto binnenlands product) per capita van ongeveer USD 70. Inmiddels is Botswana één van de succesverhalen van Afrika (African Economic Outlook, 2013). Van 1965 tot 1995 was Botswana het snelst groeiende land ter wereld. Gedurende deze 30 jaar was het gemiddelde groeicijfer 7.7% per jaar (Beaulier, 2003, p. 8-9). Instituties als privaat eigendom en een goede rechtstaat als gevolg van de Britse kolonisatie hebben een bijdrage geleverd aan dit economisch succes van Botswana. Het beleid dat in de periode na de onafhankelijkheid door de eerste president S. Khama werd gevoerd, heeft Botswana opengesteld voor de successen zoals deze hebben plaatsgevonden (Beaulier, 2003). Ook door de ontdekking van mineralen (met name diamant) en een effectief gebruik van de inkomsten hieruit heeft het land zich in een relatief korte tijd kunnen ontwikkelen tot een 'upper middle income' land. Vandaag de dag claimt Botswana met trots een plaats als 's werelds grootste diamantproducent. De diamantensector is verantwoordelijk voor ongeveer een derde van het GDP, meer dan 45% van de overheidsinkomsten en zo'n 70% van de exportopbrengsten. In 2011 produceerde Botswana 28% van de mondiale waarde in diamanten, met een omzet van USD 3,9 miljard (African Economic Outlook, 2013). Naast de diamantensector is ook de mijnbouwsector een grote bron van inkomsten.

Botswana is in sterke mate afhankelijk van de mijnbouw en deze over-afhankelijkheid wordt gezien als een uitdaging die overkomen moet worden. Andere uitdagingen die de overheid op economisch gebied te wachten staan, zijn het verlagen van het nationale werkloosheidspercentage van 15,7% en het armoedepercentage van boven de 20%, gecombineerd met het verkleinen van de hoge inkomensongelijkheid (African Economic Outlook, 2013).

Terwijl Botswana opmerkelijke vooruitgang heeft geboekt in de sociale en menselijke ontwikkeling, wat weerspiegeld wordt door indrukwekkende onderwijs- en gezondheidsindicatoren, blijft het niveau van armoede een grote zorg voor het 'upper middle income' land. Zo'n 20,7% van de bevolking wordt gecategoriseerd als 'extremely poor' (African Economic Outlook, 2013).

1.4. HIV en Aids

Ondanks de sterke economische groei en de stabiele politieke situatie van Botswana, kent het land grote problemen rondom HIV en Aids en de bijhorende levensverwachting. Maar wat houden HIV en Aids nu eigenlijk precies in?

Sinds het begin van de jaren '80 wordt actief onderzoek gedaan naar Aids. De tot dan toe onbekende ziekte kwam plotseling voor in Amerika en werd later ook in Europa ontdekt. Pas een aantal jaar later werd ontdekt waardoor de ziekte veroorzaakt werd: het HIV virus.

HIV is de afkorting van het Human Immunodeficiency Virus. Het is een menselijk virus dat het afweersysteem afbreekt, en kan leiden tot het Aids syndroom. HIV kan onder andere opgelopen worden door onveilig seksueel contact, het inspuiten van drugs met gebruikte naalden of spuiten, overdracht van moeder op kind en via bloedtransfusie (Aidsfonds, 2013).

Iemand die met HIV geïnfecteerd is, wordt ook wel HIV positief genoemd. Iemand die HIV positief is, heeft niet per definitie Aids. Enige tijd na de HIV infectie (soms pas na een aantal jaren) kunnen daadwerkelijke ziekteverschijnselen optreden. Het afweersysteem is dan al voor een groot gedeelte afgebroken door HIV en het lichaam kan zich niet meer beschermen tegen ziektes die mensen zonder HIV zelden of meestal zelfs helemaal niet krijgen. Pas op het moment dat het lichaam niet langer kan vechten tegen ziektes door de verzwakking van het immuunsysteem, wordt gesproken van Aids (Stopaidsnow!, 2013). Aids is de afkorting van Acquired Immune Deficiency Syndrome, oftewel een verkregen syndroom of ziektebeeld waarbij de afweer niet werkt (Aidsfonds, 2013).

Er bestaat tot nog toe geen medicijn om patiënten volledig te genezen van HIV. Wel bestaan er antiretrovirale (ARV) middelen; medicijnen die de vermenigvuldiging van HIV virussen remmen (Consumed, 2014). Door in een vroeg stadium te starten met een combinatie van deze HIV remmers, kan iemand langdurig leven met HIV, zonder daarbij ziekteverschijnselen te krijgen. Het ontstaan van Aids kan hierdoor worden voorkomen of langdurig worden uitgesteld (Stopaidsnow!, 2013).¹

Een toenemend ziekte- en sterftecijfer zorgt voor een kleiner aantal werknemers, zowel in totaal als binnen bepaalde beroepen. Zodra werknemers en ambtenaren massaal ziek worden en uiteindelijk sterven aan de gevolgen van Aids, kan dat de efficiëntie van productie of administratieve processen verminderen (Haacker, 2004, 41). Daarnaast kunnen gezinnen het verlies van een kostwinnaar zelden compenseren, wat kan leiden tot een toename van armoede en een daarmee samenhangende afname van de toegang tot educatie voor kinderen. Ook de grote uitgaven die nodig zijn voor de preventie en behandeling van HIV en Aids hebben invloed op investeringen en spaargelden (Haacker, 2004, 42). Dit zijn een aantal voorbeelden waarin een HIV/Aids epidemie de economie van landen kan beïnvloeden, en daardoor de groei en welvaart belemmert.

¹ ARV therapie kan echter ook een negatief effect op het HIV percentage van een land hebben: wanneer een HIV-positief persoon wordt behandeld tegen HIV, wordt zijn levensduur verlengd en is de kans dus ook groter dat hij/zij in zijn leven meer HIV-negatieve individuen besmet. Het virus kan hierdoor juist wijder verspreid raken. Bovendien telt hij als levende HIV patiënt wel mee voor het percentage, terwijl dat niet het geval was geweest wanneer hij eraan was overleden.

1.5. HIV en Aids in Botswana

In een rapport van UNAIDS (2013) over de epidemie komt de positie van Botswana naar voren. Hoewel uit het rapport blijkt dat de HIV percentages wel degelijk zijn gedaald in de periode 2001–2012, blijft Botswana met een geschat percentage HIV besmettingen (leeftijd 15–49) van 23% in 2012 in de top drie van de wereld staan (UNAIDS, 2013).

Dat het land een actief beleid voert tegen een verdere verspreiding en het behandelen van HIV en Aids blijkt uit cijfers van de uitgaven voor deze maatregelen. In 2011 gaf de overheid van Botswana 390.416.544 US Dollar uit aan de epidemie. Een totaalbedrag dat zowel uit binnenlandse bronnen als internationale hulp gelden is gehaald (UNAIDS, 2013). In vergelijking met andere landen uit Sub Sahara Afrika, komt Botswana met de hoogte van deze uitgaven op de tweede plek achter Kenia, dat een totale binnenlandse HIV en Aids uitgave van 745.551.808 US Dollar heeft.

Met betrekking tot HIV en Aids lijkt Botswana om twee redenen een interessante case te zijn voor dit onderzoek. Ten eerste laten bovenstaande cijfers een opmerkelijke paradox zien: Botswana staat zowel in de top-3 van de landen met de hoogste HIV percentages wereldwijd, als in de top-3 van Afrikaanse landen met de hoogste totale binnenlandse uitgaven om HIV en Aids te voorkomen en te behandelen. Ten tweede is Botswana een stabiel en relatief goed ontwikkeld land. Al aan het eind van de jaren '80 reageerde de Botswanaanse regering op de verspreiding van HIV. In die tijd riepen zij internationale organisaties op voor advies, wat resulteerde in diverse meerjarenplannen. De Botswanaanse regering reageerde daarmee zo'n tien jaar eerder op de HIV problematiek dan bijvoorbeeld hun buurland Zuid Afrika. In een artikel over het HIV/Aids beleid in Botswana geeft Heald (2006) aan dat wanneer er een land zou zijn waar de Westerse Aids beleidsprogramma's gewerkt zouden moeten hebben, dat dit Botswana had moeten zijn. Toch bleven de HIV besmettingen stijgen, en verdubbelde het aantal geïnfecteerde personen vanaf 1992 (Heald, 2006, p.5).

Tot slot is het belangrijk om te vermelden dat er ook andere opinies zijn. Zo is er een aantal wetenschappers dat beweert dat de situatie in Botswana helemaal niet zo slecht is. Zij stellen dat Botswana over het algemeen meer geld, een betere infrastructuur en betere materialen heeft om de bevolking te testen op HIV (Avert, 2013). Dit zou kunnen betekenen dat het besmettingspercentage feitelijk net zo hoog is als andere Afrikaanse naties, maar gerapporteerd wordt als hoger, simpelweg omdat er in Botswana ook meer mensen getest worden op HIV en de middelen in andere landen slechter zijn. Zo verscheen er in 2010 ook een boek met de titel *Saturday is for Funerals* (Friedman, 2010) waarin gesteld wordt dat Botswana haar bevolking gezond houdt en dat het land de trots van Afrika is op het gebied van AIDS. "De auteurs van het boek onthullen hoe een combinatie van pro-actieve overheidsinterventie, educatie, onderzoek en buitenlandse hulp het bijna onmogelijke bereikt hebben," zo wordt gesteld in een review van het boek. De auteur zelf zegt hierover dat hij zelfs als in Aids gespecialiseerde onderzoeker niet had kunnen voorspellen dat de situatie ooit zo goed zou zijn als hij nu is. Deze geluiden lijken erg tegenstrijdig met wat we hiervoor concludeerden uit de statistieken van UNAIDS, namelijk dat Botswana in de top-3 van de wereld staat met haar HIV/AIDS-besmettingen onder adolescenten van 23%. Maar ook de auteur van *Saturday for Funerals* stelt dat de missie nog niet helemaal geslaagd is. Er leven wel meer mensen langer met HIV en er is (gelimiteerd) succes in het voorkomen van nieuwe infecties, maar het virus komt nog steeds onacceptabel vaak voor: één op de vier inwoners in Botswana is HIV-positief (Friedman, 2010).

De situatie in Botswana is dus ook volgens deze bron toch niet erg positief. Daarnaast zijn er meer bronnen die, zoals UNAIDS, stellen dat HIV/Aids veel meer voorkomt in Botswana dan in andere landen. Daarom gaan we daar in deze scriptie vanuit, hoewel we de stelling die bijvoorbeeld in *Saturday is for Funerals* wordt ingenomen wel als kritische noot in het achterhoofd houden.

2. Een historisch perspectief: De rol van de overheid in de bestrijding van HIV en Aids

Vanuit de vakgebieden politieke geschiedenis en internationale betrekkingen wordt het brede terrein van politieke geschiedenis, geschiedenis van de internationale betrekkingen en conflict studies bestudeerd. Deze vakgebieden lenen zich goed voor onderzoek naar de rol van de Botswanaanse overheid in de strijd tegen de verspreiding en behandeling van HIV en Aids. Voor dit hoofdstuk is het overheidsbeleid van de afgelopen decennia onderzocht, en worden politieke en historische factoren besproken die het hoge HIV percentage zouden kunnen verklaren.

De nadruk van dit hoofdstuk ligt enerzijds op nationale hulpprogramma's en anderzijds op hulpprogramma's die vanuit de internationale gemeenschap zijn opgezet. Eerst wordt gekeken naar het politieke klimaat van Botswana en naar het belang van een goed bestuur (§2.1). Vervolgens komen hulpprogramma's op nationaal niveau aan bod, waarna verklaringen worden gegeven voor het falen van deze programma's (§2.2). Na de besproken nationale campagnes wordt een overgang gemaakt naar de internationale gemeenschap, die zich veelal inzet voor de strijd tegen HIV en Aids. In deze paragraaf (§2.3) komen naast internationale initiatieven ook factoren aan bod die de grootschalige internationale hulp ineffectief hebben gemaakt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een evaluatie van de disciplinaire inzichten (§2.4).

2.1. Het succes van Botswana: het belang van een goed bestuur

Voordat gekeken kan worden naar de nationale en internationale response op de verspreiding van HIV, zal gekeken worden naar de politieke situatie in Botswana. De stabiele politieke situatie heeft namelijk veel betekend voor de economische groei van het land en de wijze waarop met de epidemie is omgegaan. Er zal eerst gekeken worden naar de manier waarop politieke leiders en de elite na de onafhankelijkheid gezamenlijk hebben gewerkt aan een stabiele politiek (§2.1.1). Daarna wordt gekeken naar de invloed van leiders van afzonderlijke kiesdistricten, de zogeheten *chiefs*, op de Botswanaanse politiek en hulpprogramma's (§2.1.2).

2.1.1. Politieke leiders en de elite

In het boek *The White Man's Burden* verklaart ontwikkelingseconoom William Easterly (2006) de manier waarop Westerse hulp veel Afrikaanse landen heeft belemmerd in hun ontwikkeling en economische groei, of zelfs heeft geleid tot economische stagnatie. De economische en sociale problemen van Afrikaanse landen zijn in veel gevallen het gevolg van een slecht bestuur in combinatie met opbrengsten uit mineraalbronnen en hulp gelden. Easterly (2006) geeft aan dat corrupte leiders zich deze inkomsten zelf toe-eigenen en zich tegen democratie verzetten. Democratie zorgt immers voor een eerlijke verdeling van inkomsten, wat ten koste gaat van het eigenbelang van de leiders. Om die reden worden de hulp gelden en inkomsten uit bijvoorbeeld oliebronnen of diamantenwinning niet eerlijk verdeeld over de mensen die het geld het hardst nodig hebben (p.135).

Botswana is echter een uitzondering. Het land kent sinds de onafhankelijkheid in 1966 een goed bestuur dat in veel situaties sterk leiderschap heeft getoond. Vooral de eerste president Seretse Khama (1921–1980) en zijn democratische opvolger Quett Ketumile Masire (1925) worden in de literatuur veelal aangewezen als twee hoofdrolspelers in de ontwikkeling van Botswana. Een belangrijk voorbeeld van sterk leiderschap is de reactie van Khama op de diamantenvondst. In 1968 ontdekte het bedrijf De Beers een grote hoeveelheid diamanten in Botswana. Waar veel Afrikaanse landen mineraalbronnen veelal nationaliseerden, ging Khama in onderhandeling met het bedrijf en kwamen zij tot een partnerschap waarin De Beers verantwoordelijk bleef voor de diamantwinning en marketing (Easterly, 2006, p.360). De opbrengsten werden 50/50 verdeeld tussen De Beers en de overheid. Dit was een erg gunstige overeenkomst voor de overheid, omdat zij in werkelijkheid meer opbrengsten ontvingen door de belasting die De Beers moest betalen (Sebudubudu & Molutsi, 2011, p.36). De snelle economische groei die grotendeels door de diamantenwinning kwam, continueerde onder leiding van president Masire die van 1980 tot 1998 president was. Ook Masire's regering heeft sterk leiderschap getoond door bijvoorbeeld het decentraliseren van diverse overheidsfuncties naar lokale autoriteiten om de democratische verantwoording te vergroten (Easterly, 2006, p.135).

In de literatuur wordt vaak nadruk gelegd op beslissingen en de werkwijze van politieke leiders als Khama en Masire. Maar niet alleen zij spelen een belangrijke rol in het goede bestuur van Botswana. Ook de elite is van invloed op de stabiele politieke omgeving. Politicoloog David Sebudubudu gaat in het artikel *The Elite as a Critical Factor in National Development: The Case of Botswana*, in op de invloed van de elite op de ontwikkeling van Botswana. De oorsprong, aard en de politiek van leiders worden geanalyseerd, evenals de elite in het algemeen en de manier waarop zij hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het land. Daarnaast gaat het artikel in op de interactie tussen politieke leiders en de elite, en de manier waarop tussen deze partijen coalities werden gevormd (Sebudubudu & Molutsi, 2011, p.7). Sebudubudu geeft aan dat deze coalities ontstonden ondanks meningsverschillen of verschillende belangen. Zo werden er onder andere belangrijke coalities gevormd tussen politieke partijen, de private en publieke sector, tussen traditionele leiders en de moderne politieke elite en tussen werkgevers en werknemers. De achterliggende gedachte van de coalities was om nadruk te leggen op sociale harmonie en te laten zien dat er consensus bestond over de visie die de elite op de nationale ontwikkeling en stabiliteit had (p.5). De visie die de elite na de onafhankelijkheid nastreefde, was een bewuste poging om van Botswana een functionele democratische staat te maken. Er werd gehandeld naar dit streven door middel van overleg, consensus en zorgvuldig ontworpen strategieën om ontwikkelingsprojecten succesvol te maken (Sebudubudu & Molutsi, 2011, p.41).

Ook Abdi Ismail Samatar, hoogleraar geografie, haalt de houding en de rol van de elite op de stabiele politiek aan. Hij geeft aan dat het leiderschap van de elite sociale omstandigheden creëerde die zowel de politieke stabiliteit als de economie van Botswana bevorderde. Het leiderschap werd gekenmerkt door eenheid en legitimiteit, en daarnaast het bewustzijn en de discipline ervan (Samatar, 1997, p.705). De bewuste houding en het handelen van de elite, die zoals uit de volgende paragraaf zal blijken nog veel respect en gezag geniet, creëerden een vooruitstrevend politiek klimaat waarin economische groei na de onafhankelijkheid mogelijk was.

De nadruk van dit hoofdstuk ligt op het verklaren van de ineffectieve actie tegen HIV en Aids vanuit de overheid. Om die reden zal niet verder ingegaan worden op de politieke omgeving van Botswana. Het is daarentegen voor dit hoofdstuk relevant om bewust te zijn van het goede bestuur

van het land, omdat het een grote rol heeft gespeeld bij het economische succes van Botswana. Daarbij staat sterk politiek leiderschap centraal, maar ook de houding die de elite na de onafhankelijkheid aannam. Rondom de Aidsepidemie heeft het goede bestuur een stimulerende omgeving gecreëerd voor de strijd tegen de ziekte (Department of HIV/Aids Prevention and Care, 2012). Daarnaast heeft het Botswana aantrekkelijk gemaakt voor hulp gelden en steun vanuit de internationale gemeenschap. Uit de literatuur over dit onderwerp komen twee belangrijke inzichten naar voren over het goede bestuur in combinatie met HIV en Aids. Aan de ene kant is dit de invloed van bureaucratie op de hulpprogramma's en aan de andere kant de rol van *chiefs*, de leiders van districten. De invloed van bureaucratie zal in paragraaf 2.2.1. en paragraaf 2.3.2. naar voren komen. De invloed van de *chiefs* op de verspreiding van HIV zal hieronder aangehaald worden.

2.1.2. Een overblijfsel van het kolonialisme: de invloed van chiefs

Tijdens het Britse kolonialisme werd Botswana opgedeeld in tien districten. Elk district had zijn eigen leider, een zogeheten *chief* ofwel een stamhoofd. De stamhoofden hadden in de koloniale tijd de macht en bestuurden de districten. Toen in 1966 Khama met zijn *Botswana Democratische Partij (BDP)* aan de macht kwam, was een van de eerste taken van de regering om de lokale overheid te herdefiniëren. De invloed die de stamhoofden in de nieuwe politiek zouden krijgen, was een vraag die daarbij centraal stond.

Voor de onafhankelijkheid waren de stamhoofden machtige individuen die controle hadden over hun land en de natuurlijke hulpbronnen, cultuur, traditie en de wet in hun district. Vanaf 1963 vonden onderhandelingen plaats over de onafhankelijkheid van Botswana. Tijdens deze onderhandelingen waren de stamhoofden vastbesloten hun macht te behouden (Sebudubudu & Molutsi, 2011, p.21). De nieuwe politieke elite vond de traditionele structuur van stamhoofden echter ondemocratisch, en zij wilden hun macht beperken. Dit deden zij door direct na de onafhankelijkheid democratische lokale overheidsinstellingen op te richten, die de macht van de stamhoofden afnamen en hen integreerden met het nieuwe democratische lokale besturingssysteem (Sebudubudu & Molutsi, 2011, p.14). De bevoegdheden van de stamhoofden werden op deze manier ingeperkt, maar op lokaal niveau bleven zij een grote rol spelen en bleven ze populair in de gebieden die zij voorzaten. De erkenning en integratie in de nieuwe staat zorgde niet alleen voor stabiliteit, maar hierdoor konden de stamhoofden ook een betekenisvolle rol blijven spelen in ontwikkelingsprogramma's (Sebudubudu & Molutsi, 2011, p.23). In het volgende hoofdstuk zal echter blijken dat de stamhoofden niet werden geïntegreerd met de hulpprogramma's die rondom HIV en Aids werden opgezet.

2.2. Nationale respons op de Aidsproblematiek in Botswana

Na een schets van het politieke klimaat, kan gekeken worden naar de response van de overheid op de Aidsepidemie. Dit is gedaan aan de hand van het eerste hulpprogramma: de ABC-campagne. Eerst zal de campagne toegelicht worden. Uit het literatuuronderzoek zijn vervolgens drie verklaringen te geven voor het falen van de ABC-campagne: de Westerse methodologie (§2.2.1), het ontbreken van een goed feedbacksysteem (§2.2.2) en het ontbreken van politieke wil (§2.2.3).

Aids, as easy as ABC

In de jaren '80 werden de eerste aidspatiënten in Botswana gediagnosticeerd. De overheid speelde direct in op de verspreiding van de ziekte door het opzetten van publieke campagnes. De

eerste campagne heette 'Aids, as easy as ABC' en werd vanaf 1987 massaal geïmplementeerd. De campagne richtte zich op publieke voorlichting (onderwijs), bewustwording en op de preventie van HIV en werd opgezet door het ministerie van gezondheid in samenwerking met de internationale Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Er werden publieke bijeenkomsten gehouden en pamfletten, T-shirts en stickers met slogans als 'Stick To One Partner', 'Stop AIDS' en 'Use Condoms' werden gedistribueerd. Ook hingen posters en billboards met soortgelijke slogans door verschillende steden. De Botswanaanse regering had ervaring met publieke gezondheidscampagnes, en dit type campagne werd dan ook vrij gemakkelijk en snel geïmplementeerd (Ingstad, 1990, p.29). Het probleem van de campagne was dat de inhoud ervan niet gedragen werd door de bevolking en daardoor niet aanspoorde tot gedragsverandering.

2.2.1. Westerse methodologie

Een eerste probleem van de 'Aids as easy as ABC' campagne, is dat het een weerspiegeling van de doelstellingen en methoden van het Westen was (Clarival, 2010, p.38). De ABC-methode (Abstinence, Be faithful and use Condoms) voor HIV preventie is afkomstig uit de Verenigde Staten. De VS hebben veel zeggenschap met betrekking tot de besteding van hulp gelden, omdat zij een groot aandeel leveren aan de hulp gelden van de WGO. De VS wilden een adoptie van het Amerikaanse concept door verschillende Afrikaanse landen, waaronder Botswana. De hierboven genoemde verspreide teksten waren daarom veelal in het Engels in plaats van in het Setswana, de taal die het meest gangbaar is in Botswana. Daarnaast waren de slogans voornamelijk gericht op *abstinence* (seksuele onthouding). Echter, seksuele onthouding heeft in Afrika maar een beperkt sociaal draagvlak (Bermejo, 2004, p.167). Een ander voorbeeld van de gebruikte Westerse methodologie is dat de berichten veelal gericht waren op condoomgebruik bij een populatie die recreatieve seks uitoefent (zoals de Westerse populatie). In Botswana wordt seks daarentegen voornamelijk gezien als een middel voor voortplanting (Heald, 2005, p.6). De inhoud van de ABC-campagne was dus sterk beïnvloed door de internationale gemeenschap (Poku, Whiteside & Sandkjaer, 2007, p.155), waardoor de middelen en prioriteiten van de campagne niet aansloten bij de werkwijze en het dagelijks leven van de Botswanaanse bevolking.

2.2.2. Ontbreken van feedback

Uit een onderzoek naar de voorlichtingscampagne van 1987 komt naar voren dat de implementatie van de ABC-campagne snel verliep. Uit het onderzoek blijkt dat de campagne wel degelijk een groot deel van de populatie had bereikt. Een probleem was echter dat een groot deel van de bevolking nog nooit fysiek met de ziekte te maken had gekregen. Het onderzoek toonde dan ook aan dat een vijfde van de bevolking die (via de campagne) van de ziekte had gehoord er eigenlijk niets van af wist. Zo deden verschillende verhalen over de herkomst van Aids en de manier waarop HIV zich zou verspreiden de ronde. Hoewel de campagne de mensen kennis liet maken met een voor hen tot dan toe onbekende ziekte, veranderde er weinig aan hun seksuele gedrag (Ingstad, 1990, p.29-30). Doordat de stamhoofden, traditionele dokters, priesters en de lokale gemeenschappen, in tegenstelling tot omliggende landen, niet werden opgenomen in het onderwijs, werd de campagne wel gezien, maar werd er niet naar geleefd. De campagne werd *top down* geïmplementeerd en was volledig in handen van officiële kanalen, waardoor de bevolking de campagne als 'extern' en 'blank' zag (Heald, 2005, p.6). Het ontbreken van feedback speelt hierbij een grote rol. Er bestond geen

feedbacksysteem en doordat de bevolking niet kon laten zien waar zij behoefte aan had, werd er ook niet ingespeeld op die behoeften. In de hoofdstukken 3 en 4 wordt verder ingegaan op de reactie van de bevolking ten opzichte van de voorlichtingscampagne, en het ontstaan van een alternatieve visie op HIV en Aids door het ontbreken van een goed feedbacksysteem.

Het ontbreken van een goed feedbacksysteem is niet alleen een probleem bij de ABC-campagne, maar vormde ook een probleem bij andere hulpprogramma's. De goedgeorganiseerde regering van Botswana die bovendien weinig corruptie kent, heeft namelijk gezorgd voor een grote mate van bureaucratie (Clarival, 2010, p.70). Ook de hulp gelden zijn bureaucratisch georganiseerd. Dit betekent dat het enerzijds erg lang duurt voordat hulp gelden zijn aangekomen bij de bestemming (zie ook verderop in §2.3.3), en anderzijds dat het lastig is om vanuit de bevolking initiatieven op te zetten of terugkoppeling te geven over hulpprogramma's. Ontwikkelingsantropoloog Tim Allen en antropoloog Suzette Heald (2004) laten de traagheid zien waarmee het bureaucratische systeem werkt. Zo kent elk dorp een aantal verkozen commissies, waaronder een commissie voor Aids. Deze moeten elke actie die zij ondernemen rapporteren aan verschillende overheidsorganisaties die hoger in hiërarchie staan. De snelheid waarmee gerapporteerd wordt ligt echter erg laag, mede doordat de commissies vergaderingen moeten bijwonen om vergoedingen te kunnen krijgen. Daarnaast kunnen leiders niet onafhankelijk van de structuur werken, net als dat de commissies niet onafhankelijk zonder goedkeuring van bovenaf kunnen werken (Allen & Heald, 2004, p.1147). Omdat het proces van rapporteren en goedkeuren een aantal jaar kan duren, komt het bijna niet voor dat een initiatief vanuit de bevolking, personen uit gezaghebbende organisaties zoals NGO's bereiken. Als deze al worden bereikt, krijgen zij vaak geen goedkeuring of geld om het initiatief op te zetten, of duurt het wederom een lange tijd voordat de goedkeuring terug bij het dorp is. Op deze manier wordt de rol van het maatschappelijk middenveld verminderd door de bureaucratie. Daarnaast geeft het de trage en inefficiënte communicatie tussen de bevolking, de overheid en hulporganisaties weer.

Na 1995 trokken enkele grote donoren zich terug uit Botswana omdat zij vonden dat de relatief grote welvaart het land in staat stelde eigen programma's te onderschrijven. Doordat de internationale organisaties hun middelen ergens anders gingen implementeren, moest de regering van Botswana een groot deel van de hulpprogramma's zelf financieren. Dit legde druk op de nationale gelden, en daardoor ook op de politieke wil om de plek van de internationale organisaties over te nemen (Heald, 2005, p.7). Dit levert een interessant inzicht op dat in de volgende paragraaf wordt besproken.

2.2.3. Ontbreken van politieke wil om te investeren

Een logisch effect van een hoog aantal HIV besmettingen op de economie is een verhoogd sterfte- en ziektecijfer. De economie blijft hierdoor achter met minder arbeiders, zowel in totaal als binnen verschillende beroepen en vaardigheid niveaus (Haacker, 2004, p.41). De economieën van bijna alle landen in Sub-Sahara Afrika zijn afhankelijk van landbouw, en verhoogde sterfte- en ziektecijfers hebben in die landen direct invloed op de nationale economie. Botswana is echter een uitzondering.

De economie van Botswana is voornamelijk gebaseerd op drie sectoren: de diamantwinning, veeteelt en toerisme. Deze drie sectoren worden draaiende gehouden door een relatief klein deel van de bevolking. Allen & Heald (2004) tonen aan dat de economie van Botswana blijft groeien zolang deze drie sectoren beschermd zijn en goed blijven draaien (p.1145). Dit betekent dat een

krimp van de bevolking (door bijvoorbeeld de Aidsepidemie), niet direct een ineenstorting van de economie hoeft te betekenen (Heald, 2005, p.7). Dit zou alleen gebeuren wanneer de bevolking die de economie draaiende houdt, krimpt. Om deze reden zijn de mensen die in één van de drie sectoren werken erg belangrijk voor de overheid, en de overheid investeert dan ook veel in de bescherming van de middelen en de mensen in deze sectoren (Allen & Heald, 2004, p.1145).

Een voorbeeld van de investering in bescherming is te zien in het midden van de jaren '90, toen een longziekte onder het vee uitbrak. Er werd zo'n 50 miljoen dollar vrijgemaakt en de overheid handelde snel en efficiënt om de ziekte uit te roeien. Het programma werd onder rechtstreeks gezag van de president geplaatst, en alle middelen werden ingezet om te zorgen dat de veeteelt sector kon blijven draaien. Ook de strijd tegen de verspreiding van HIV werd in de diamantensector serieus genomen door het invoeren van harde maatregelen. In 2000 werden verplichte testen van het personeelsbeleid geïntroduceerd, mocht niemand ontslagen worden en werden ARV behandelingen aan zowel werknemers als hun echtgenoten uitgedeeld (Allen & Heald, 2004, p.1145).

Er worden dus wel degelijk doeltreffende maatregelen genomen vanuit de overheid, maar de druk om de programma's binnen afzienbare tijd te laten slagen is maar aanwezig bij een beperkt deel van de bevolking. De mensen waaronder Aids grootschalig voorkomt, leven veelal in armoede en werken niet in één van de drie economische sectoren. Hoewel dit een erg interessant inzicht is, kunnen er ook vraagtekens bij de factor worden gezet. Op het eerste gezicht is de uitspraak namelijk tegenstrijdig met het feit dat Botswana in de top-3 staat van landen die het meeste geld uitgeven aan HIV. Hierom willen wij de factor nuanceren en aandringen op de behoefte van verder onderzoek door een econoom. Ook Allen & Heald (2004) nuanceren de factor enigszins, en geven aan dat de politieke wil om krachtig te handelen complex is. Ook blijft de enorme maatschappelijke weerstand voor de initiatieven ook een grote rol spelen in het falen van de programma's (p.1146). Om deze reden nemen wij deze factor (het ontbreken van politieke wil om te investeren) niet verder mee in deze scriptie bij de integratie.

2.3. Internationale hulp

Naast de nationale aandacht voor HIV en Aids, wordt vanuit de internationale gemeenschap ook veel aandacht geschonken aan de epidemie. In de loop van de jaren zijn diverse samenwerkingsverbanden en commissies opgericht om hulpprogramma's tegen de verspreiding van HIV en de behandeling van Aids in goede banen te leiden. Een aantal van deze initiatieven zullen in paragraaf 2.3.1. besproken worden. In paragraaf 2.3.2. zal toegespitst worden op het grootste behandelingsprogramma van Botswana: het ARV programma. De literatuur laat drie redenen zien voor de inefficiëntie van het programma, die in de daaropvolgende paragrafen naar voren zullen komen. Deze paragrafen gaan in op de grote mate van bureaucratie (§2.3.3), het ontbreken van een goede infrastructuur (§2.3.4) en verantwoordelijkheid (§2.3.5).

2.3.1. Nationale en internationale intensivering van de strijd tegen HIV en Aids

In december 2000 werd *The Global Strategy Framework on HIV/Aids* goedgekeurd door UNAIDS, een programma dat in 1996 vanuit de VN werd opgezet om de wereldwijde reactie op de Aidsepidemie te coördineren (UNAIDS, 2008). Het rapport bevatte lessen die uit de ontwikkelingshulp van de jaren daarvoor waren gedestilleerd, en vormden een raamwerk voor de toekomstige hulpprogramma's

(Piot & Coll Seck, 2001, p.1107). In 2001 werd de internationale politieke actie tegen de HIV en Aids pandemie geïntensiveerd. In juni publiceerde de algemene vergadering van de Verenigde Naties de *Verklaring van betrokkenheid bij HIV/Aids*. Hierin werden doelstellingen vastgelegd die de lidstaten van de VN wilden bereiken (Usdin, 2003, p.32). Ook werd het Global Fund to Fight Aids, TB and Malaria opgericht om Afrikaanse landen te ondersteunen in hun aanpak van de epidemie, deels door de verbetering van de toegang tot medicatie (Usdin, 2003, p.30). Verder werden in dat jaar nieuwe partnerschappen gesloten, actieprogramma's opgezet, grootschalige discussies gevoerd en werden de budgetten van donorlanden, waaronder dat van de Verenigde Staten, verhoogd.

Ook in Botswana werd de strijd tegen HIV en Aids, dat gebaseerd was op zorg, preventie en ondersteuning, geïntensiveerd. Een belangrijk gegeven voor de verandering in de strategie kwam door de presidentswisseling van president Masire naar president Festus Mogae in april 1997 (Heald, 2005, p.7). Vanaf 1999 ging Mogae op zoek naar overzeese partnerschappen, en maakte in 2000 de Aidsproblematiek een prioriteit voor de politieke agenda van het land. Vanaf dat moment zag de regering in dat zij de crisis niet alleen konden aanpakken en president Mogae sprak openlijk over de Aidsproblematiek: *"We are threatened with extinction (...) It is a crisis of first magnitude"*. De uitspraak van Mogae geeft duidelijk de ernst van de situatie aan, en de regering nam een overtuigende langetermijnvisie aan. In de visie was het streven geen nieuwe HIV besmettingen vanaf het jaar 2016 te hebben; het jaar waarin Botswana 50 jaar onafhankelijkheid zal vieren (de Korte, Mazonde, Darkoh, 2004, p.1). De behoefte aan buitenlandse steun en innovatieve ideeën resulteerde in diverse publiek-private samenwerkingen zoals de *African Comprehensive HIV/aids Partnerships (ACHAP)*. Dit is een samenwerking tussen de overheid van Botswana, de *Bill & Melinda Gates Foundation* en het farmaceutische bedrijf *Merck, Sharp & Dohme (MSD)*. De ACHAP werden opgericht ter ondersteuning van de coördinatie van nationale activiteiten waaronder de ontwikkeling en implementatie van de HIV en Aids strategie (de Korte, Mazonde, Darkoh, 2004, p.1).

Daarnaast werden nieuwe organisaties in het leven geroepen zoals de *National AIDS Coordinating Agency (NACA)* om de nieuwe visie van de overheid te helpen implementeren (Pinto, 2013, p.4). Een ander invloedrijk partnerschap is PEPFAR I en II. Het *President's Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR)* is een initiatief vanuit de Amerikaanse overheid om mensen met HIV en Aids te helpen. PEPFAR wordt gedreven door een gezamenlijke verantwoordelijkheid van donoren en naties om slimme investeringen te doen die levens kunnen redden. Botswana en de Verenigde Staten werken onder dit programma samen om kwaliteit en duurzaamheid van de nationale response te verbeteren. De regering van Botswana leidt de acties van het land en PEPFAR, onder leiding van de VS, ondersteunt het leiderschap dat de regering moet voeren door gaten in de dienstverlening op te vullen en technische steun te bieden (PEPFAR, z.j.).

Ook hebben verschillende nationale overheden en internationale gemeenschappen Botswana gesteund in de strijd tegen HIV en Aids. Naast de initiatieven die reeds zijn genoemd, zijn initiatieven vanuit de Europese Unie en vanuit de Japanse, Chinese, Thaise, Braziliaanse en Cubaanse regeringen van groot belang. De VN hebben veel bijgedragen aan technische bijstand bij de opzet en uitvoering van het beleid en de hulpprogramma's. Hieronder vallen onder andere UNAIDS, WGO en UNICEF. De regering van Botswana heeft deze initiatieven met open armen ontvangen toen vanaf 2000 duidelijk werd dat de omvang van de Aids-epidemie alleen kon worden aangepakt met uitgebreide middelen in samenwerking met andere naties en organisaties (Ministry of Health, 2012).

Er bestaan echter een aantal problemen met de veelheid aan internationale hulp. Dit is te illustreren met het grootschalige antiretrovirale programma (de zogeheten ARV therapieën) dat in 2001 werd opgestart.

2.3.2. ARV therapie

Botswana was het eerste Afrikaanse land dat de ARV medicijnen op nationale basis ging vergeven. Toen het ARV programma in 2001 werd opgestart, schiep het hoge verwachtingen. Het programma kreeg de optimistische naam 'Masa', de Setswaanse betekenis voor 'New Dawn' (vrij vertaald: 'nieuw morgenlicht'). De prioriteit van het programma lag op het redden en het verbeteren van de levens van mensen, maar ook op gedragsverandering. Op de lange termijn was het doel van het programma dat *behandeling* en *preventie* elkaar zouden versterken (de Korte, Mazonde, Darkoh, 2004, p.12). Er werd nadruk gelegd op het feit dat mensen zich moesten laten testen, waarna zij behandeld konden worden (Heald, 2005, p.7).

De doelstelling van het programma was om tegen het eind van 2002 zo'n 19.000 personen te hebben behandeld met de therapie. Het werd echter al snel duidelijk het dat ondanks de goed ontwikkelde gezondheidszorg, niet mogelijk was om de ARV therapie op zo'n grote schaal te implementeren. Hiervoor bestonden niet genoeg faciliteiten, was er onvoldoende personeel en was de infrastructuur onvoldoende onderhouden. Daarnaast was er veel onduidelijkheid over de kosten en de benodigde capaciteit. Doordat Botswana het eerste land was dat een soortgelijk programma wilde opzetten, bestonden er geen voorbeelden waarvan geleerd kon worden. Het programma moest vanaf het begin ontworpen en opgezet worden (Ramaiah & Reich, 2005, p.546). De ondervonden moeilijkheden zijn terug te zien in de cijfers. In april 2003 ontvingen minder dan 5.000 personen ARV behandeling. Aan het eind van datzelfde jaar waren dit 10.000 personen: een aantal dat lang niet aan de vooraf gestelde verwachtingen voldeed (Allen & Heald, 2004, p.1146). De moeizame start had ook te maken met het feit dat te weinig mensen zich destijds lieten testen waardoor nog steeds veel nieuwe mensen besmet raakten met HIV. Ernest Darkoh, operationeel manager van het ARV programma, sprak over dit probleem in een rapport over het programma: *"therapy is a waste of time if you are not stopping new infections. It's like trying to mop a floor without turning off the tap"* (Heald, 2005, p.11). Als reactie op dit probleem werd het beleid in 2004 aangepast en werd routinematig testen opgenomen in het programma (de Korte, Mazonde, Darkoh, 2004, p.11). De genoemde problemen werden vrij snel na de start van het programma zichtbaar, en ontstonden voornamelijk door het gebrek aan ervaring met zo'n massaal programma. Uit de literatuur blijkt daarnaast nog een drietal problemen die de implementatie tegenwerkten. Deze zullen in de volgende paragrafen besproken worden.

2.3.3. Grote mate van bureaucratie

In paragraaf 2.2.1 is gesteld dat het Botswanaanse bureaucratische systeem voor een vertraagde communicatie tussen de burgers, hulporganisaties en de overheid zorgt. Ook bij het ARV programma zorgt de bureaucratische structuur voor een inefficiënte implementatie. Op 19 februari 2007 verscheen in de Trouw een artikel over bureaucratie rondom Aidsremmers. Het artikel haalt de medicijnenproducent Aspen aan. Aspen is de grootste medicijnenproducent van Afrika die goedkope aidsremmers aan arme landen aanbiedt. Directielid Stavros Nicolao spreekt over de bureaucratie rondom de levering van de medicijnen, en geeft aan dat *"ons grootste probleem is dat het enorm*

lang duurt eer een medicijn in een nieuw land wordt toegestaan. We hebben goedkeuring nodig van de FDA, de Amerikaanse medicijnenwaakhond, de beste controleur ter wereld". Nicolao gaat door en geeft aan dat het bedrijf voor ruim vijftig landen in Afrika een aparte aanvraag moet doen om medicijnen te kunnen leveren, en dat deze aanvraag soms wel achttien maanden kan duren (Trouw, 2007).

In eerste instantie duurt het dus erg lang voordat medicijnen geleverd kunnen worden aan Afrikaanse landen. Daarnaast duurt het ook erg lang voordat de medicijnen vervolgens terecht komen bij de bevolking. Het ARV programma is opgezet vanuit de nationale overheid maar werd al snel overspoeld met invloeden van verschillende donoren. Het gevolg is dat Botswana een mozaïek werd van programma's en agentschappen, die allemaal door elkaar heen werkten (Heald, 2005, p.8). De *National Aids Coordinating Agency* werd in overeenstemming met de richtlijnen van de Wereldbank en UNAIDS opgericht als overkoepelende structuur. NACA kreeg de opdracht om de initiatieven te coördineren, maar de praktijk wees uit dat zij de initiatieven vaak repliceerden (Heald, 2005, p.8). James Putzel (2004), politicoloog en Professor in ontwikkelingsstudies, laat het effect zien van de aanwezigheid van de verschillende organisaties, ministeries en overheden. Hij geeft aan dat er een strijd ontstond tussen de verschillende instanties omdat zij allemaal dezelfde doelstelling nastreefden en aan dezelfde vraag wilden voldoen. Ditzelfde geldt voor nieuwe initiatieven die werden opgezet. Heald (2005) gaat hierop door en stelt dat Botswana een klein land is met beperkt opgeleid personeel dat in aantal niet groot genoeg is om aan de slag te gaan met de vele initiatieven.

2.3.4. Ontbreken van een goede infrastructuur

Een ander probleem dat zich voordoet bij de implementatie van de hulpprogramma's is de infrastructuur van Botswana. Onder infrastructuur vallen niet alleen wegen, maar ook distributienetwerken, laboratoria, de kosten van geneesmiddelen en de opleiding van mensen. Dit zijn allerlei componenten die ingezet moeten worden om de ARV medicijnen te kunnen verspreiden (Clarival, 2010, p.58). Stavros Nicolao, directielid van de NACA, spreekt in de Trouw over het ontbreken van deze componenten: *"Vaak zijn er geen artsen, apothekers of bereikbare klinieken. Terwijl je juist bij Aids patiënten moet begeleiden, omdat behandeling anders zinloos is, en de resistentiekans toeneemt"* (Trouw, 2007). Easterly (2006) onderbouwt deze uitspraak en verklaart dat patiënten gedurende de ARV behandeling begeleid moeten worden, en er regelmatig onderzoek moet worden gedaan naar de voortgang van de behandeling. De behandeling omvat dus meer dan alleen het uitgeven van medicijnen (p.250). Zoals reeds naar voren is gekomen bleek in Botswana al vrij snel dat er niet genoeg faciliteiten en hoog opgeleid personeel aanwezig was, waardoor de behandelingen niet optimaal uitgevoerd konden worden.

2.3.5. Verantwoordelijkheid

Een derde probleem heeft betrekking op grootschalige hulpprogramma's in het algemeen, en is het ontbreken van verantwoordelijkheid. Doordat er veel verschillende organisaties en overheden actief zijn bij het opzetten van hulpprogramma's, is geen enkele overheid of organisatie geheel verantwoordelijk voor het resultaat. Er kan dus niemand op het matje worden geroepen wanneer de programma's geen resultaat opleveren. Hierdoor ontbreekt in veel gevallen de prikkel om het probleem daadwerkelijk op te lossen. Easterly (2006) onderbouwt dit en geeft aan dat wanneer iedereen verantwoordelijk is voor een bepaald doel, niemand verantwoordelijk is voor de eigen

acties. Deze zijn namelijk niet te meten in het geheel (p.171-172). Ook door het ontbreken van feedback hoeven de afzonderlijke overheden en organisaties geen verantwoording af te leggen aan de bevolking van Botswana. Er vanuit gaande dat dit probleem ook voorkomt bij de ARV programma's in het bijzonder, geeft dit een verklaring voor het niet behalen van de eigenlijke doelstelling zoals deze in 2001 was opgesteld. Er is immers niet één organisatie verantwoordelijk voor de programma's, maar er zijn verschillende organisaties en overheden bezig met het implementeren van dezelfde soort programma's binnen het opgezette *Masa* programma.

Deze factor is enigszins te nuanceren. De Botswaanse overheid is, net als andere nationale overheden, verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in het land. Dat zij deze verantwoordelijkheid nemen is onder andere terug te zien in de financiering van het ARV programma, waarbij de overheid in de beginfase zo'n 70% van de kosten op zich nam en later nog meer ging betalen (Heald, 2005, p.11). De overheid wordt echter niet verantwoordelijk gesteld voor de vele initiatieven die zijn opgezet binnen het ARV programma. Het probleem is dat een aantal initiatieven onder NACA vallen, terwijl anderen onder nationale overheden of lokale gemeenschappen vallen. De verantwoordelijkheid van het laten slagen van de programma's gaat verder dan alleen de financiering van de programma's, en bevat bijvoorbeeld ook het verbeteren van de infrastructuur zoals in de voorgaande paragraaf is uitgelegd. De vraag is wie deze verantwoordelijkheid op zich gaat nemen.

2.4. Evaluatie van de disciplinaire inzichten

Het vakgebied politieke geschiedenis heeft inzicht geboden in de nationale en internationale programma's die zijn opgezet in de strijd tegen de Aidsepidemie. Het hoofdstuk geeft geen alomvattend antwoord op de vraag waarom hulpprogramma's hun doelstellingen niet hebben gehaald, en het geeft ook geen oplossingen voor de problemen. Het biedt daarentegen wel inzicht in factoren die te maken hebben met het feit dat de opgezette programma's het aantal HIV besmettingen niet hebben kunnen verminderen vanaf het moment dat zij werden opgestart.

In eerste instantie is gekeken naar de stabiele politiek van Botswana, dat door een goed bestuur aantrekkelijk is voor internationale hulporganisaties en al vanaf de jaren '80 heeft open gestaan voor samenwerkingsverbanden met andere landen en organisaties. Deze openheid heeft geleid tot een veelheid aan initiatieven. Dit heeft echter ook een keerzijde. Doordat er veel organisaties en (inter)nationale overheden betrokken zijn bij de hulpprogramma's tegen HIV en Aids is er een vorm van bureaucratie ontstaan. Dit vormt in meerdere situaties een probleem. Bij de grootschalige ARV behandelingen zorgt bureaucratie er enerzijds voor dat het erg lang duurt voordat de medicijnen worden goedgekeurd en zij het land en hun bevolking bereiken. Anderzijds is er concurrentie ontstaan tussen de verschillende hulporganisaties, en kan niemand verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet slagen van de behandelingen. Daarnaast heeft bureaucratie de communicatie tussen de bevolking en de overheid verslechterd. Dit heeft te maken met het ontbreken van een goed feedbacksysteem, waardoor de overheid geen rekening houdt met de behoeften van de bevolking en er een kloof ontstaat. Er is een tweede kloof op te merken wanneer het gaat over de inhoud van de programma's. De voorlichtingscampagne die vanaf eind jaren '80 werd geïmplementeerd, was beïnvloed door Westerse methoden en werd mede geïmplementeerd door Westerse organisaties. De campagnes sloten niet aan bij de leefwijze van de bevolking en werden daardoor niet gedragen door de bevolking.

Een ander probleem is het ontbreken van politieke wil om de hele bevolking op een effectieve manier te beschermen tegen ziektes. Dit is echter een meer diepgeworteld probleem, en de relatie tussen het ontbreken van een financiële prikkel en HIV en Aids zou door een econoom verder onderzocht moeten worden. De aangehaalde factoren zijn problemen die niet gemakkelijk zijn op te lossen. Het is echter wel nuttig om bewust te zijn van problemen en in deze context op zoek te gaan naar nieuwe oplossingen.

3. Een geografisch perspectief: HIV in Botswana op lokaal niveau

De ontwikkelingsgeografie houdt zich bezig met de analyse van de sociaalruimtelijke aspecten van de ontwikkeling van de samenleving van ontwikkelingsgebieden. Conform het actuele internationale debat staan hierbij de gevolgen van het voortschrijdende proces van mondialisering en het vraagstuk van duurzaamheid en goed bestuur ('governance') centraal. Omdat de rol van een goed bestuur en diverse institutionele actoren in het vorige hoofdstuk al uitvoerig besproken is, zal in dit hoofdstuk meer gefocust worden op het lokale niveau. Hierbij gaat de aandacht bijvoorbeeld uit naar de bestaanssituatie en -strategieën van urbane en rurale huishoudens. Vragen die op dit niveau kunnen spelen zijn bijvoorbeeld: Hoe kwetsbaar zijn de inwoners van Botswana voor ziektes? Kunnen zij gemakkelijk gebruik maken van de bestaande gezondheidszorg en zo ja, wat is de kwaliteit hiervan? Heeft migratie invloed op de verspreiding van HIV? Wat is de kijk van de bevolking op HIV en Aids?

Naar aanleiding van bovengenoemde vragen zullen een aantal factoren worden besproken die - vanuit het vakgebied ontwikkelingsgeografie- het hoge HIV percentage van Botswana kunnen verklaren. Maar eerst worden geografische verschillen in het aantal HIV besmettingen in Botswana besproken, om een beter inzicht te krijgen in de situatie van Botswana (§3.1). Daarna worden de mogelijke factoren behandeld (§3.2). Dit zijn achtereenvolgens: de lage economische en sociale weerbaarheid tegen ziektes, de kwaliteit van de gezondheidszorg, de invloed van (werk)migranten en vrachtverkeer, en het discours van de bevolking. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een evaluatie van de disciplinaire inzichten (§3.3).

3.1. Geografische verschillen in het aantal HIV besmettingen in Botswana

Voordat de factoren behandeld worden, zullen eerst een aantal geografische verschillen met betrekking tot het HIV percentage in Botswana besproken worden. Het aantal HIV besmettingen kan binnen een land namelijk sterk variëren. Zo kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een verschil in aantallen van HIV besmettingen tussen arme en rijke gezinnen. Hoewel Aids niet simpelweg een probleem voor de armen vormt, verhogen sommige dimensies van het leven in armoede het risico op en de kwetsbaarheid voor HIV wel (Masanjala, 2007). Ook verschillen de HIV percentages per locatie. Het aantal HIV besmettingen binnen Botswana varieert in termen van geografische scheidingen, zoals verschillen tussen districten en verschillen tussen urbane (stedelijke) en rurale (platteland) gebieden. Deze verschillen worden hier beide besproken. Daarnaast zijn er verschillen te ontdekken op meer demografische kenmerken zoals geslacht, baan en leeftijd. Ook deze worden in deze paragraaf kort behandeld.

Verschillen tussen urbane en rurale gebieden

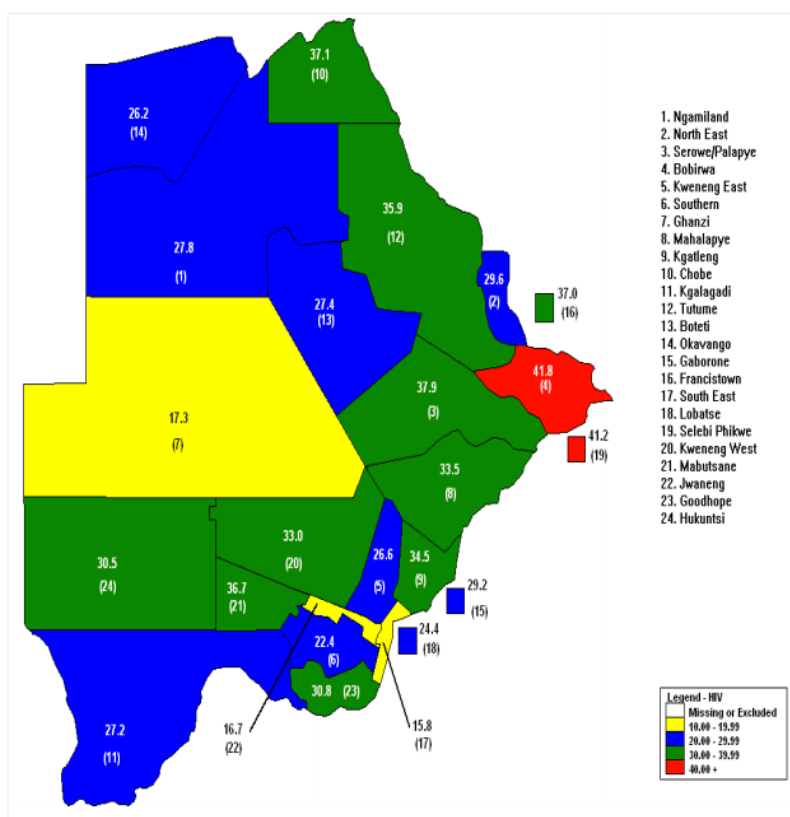
Uit de derde Botswana Aids Impact Survey (BAIS) bleek dat het HIV percentage in urbane gebieden 17,9% was, tegenover 17,1% in rurale gebieden (National Aids Coordinating Agency, 2012, p. 13). Deze verschillen zijn in dit geval dus niet heel groot, maar wel aantoonbaar. Een studie uit 2012 laat zien dat *"HIV prevalence [in Botswana] was higher in cities and towns (20.3%) than in urban villages*

and rural areas (16.6% and 16.9%, respectively)” (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012). Het verschil tussen steden en dorpen is dus wel redelijk groot.

Ruth Evans, docent sociale geografie aan een universiteit in het Verenigd Koninkrijk, geeft aan tegen wat voor soort urbaan-rurale verschillen zij is aangelopen tijdens haar onderzoek naar ‘child-headed households’ in Afrika. In gebieden waar veel HIV en Aids voorkomt, zijn veel huishoudens met een kind aan het hoofd van het gezin, omdat de ouders zijn overleden ten gevolge van Aids. Dit soort huishoudens komen meer voor in rurale dan in urbane gebieden: *“Child-headed households tend to be more common in rural areas because of the resources people have access to – inheriting farmland from their parents, for example – means that it is more viable for young people to sustain themselves in rural areas.”*, stelt Evans. Er leeft ook wel een aantal jonge mensen in urbane gebieden, maar zij hebben meestal huurbezit geërfd van hun ouders. Evans geeft ook aan dat er in urbane gebieden een veel grotere behoefte aan cash inkomen is, omdat men daar voedsel moet kopen en de rekeningen voor school en gezondheidszorg, transportkosten en de huur van een huis moet betalen (Evans, 2013). Er is hier dus vaak meer cash geld nodig. In rurale gebieden kan men het voedsel wellicht zelf verbouwen, in plaats van het met cash inkomen te hoeven kopen.

Verschillen tussen districten

Resultaten van een onderzoek uit 2011 geven de verschillen tussen de verspreiding van HIV in districten weer. De figuur hieronder presenteert de geografische distributie van de verspreiding van HIV in de districten (figuur 3.1).



Figuur 3.1: Geografische variatie tussen HIV-percentages in (de districten van) Botswana (Bron: 2011 Sentinel Surveillance Report, zie: National Aids Coordinating Agency, 2012, p. 13)

In de districten Bobirwa en Selibe Phikwe komt HIV het meeste voor, met percentages van respectievelijk 41,8% en 41,2%. Het laagste HIV percentage is in het district Southeast, te weten 15,8%.

Mogelijke verklaringen voor de hoge of lage percentages in bepaalde districten worden gegeven door Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi en Fako (2012). Zij zijn onderzoekers op het gebied van gezondheid, HIV, bevolking en ontwikkeling. De districten in het noorden en oosten van het land hebben relatief hoge HIV percentages. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat die districten in de nabijheid van landen zoals Zimbabwe (grenst aan het noordoosten van Botswana) en Zambia (grenst aan het noorden van Botswana) gesitueerd zijn. In deze landen was de HIV epidemie namelijk al eerder vastgesteld, voordat deze zich verspreidde naar Botswana. Het bestaan van belangrijke vrachtwagenroutes zoals Kazungula (een plaats in Zambia aan de Botswaanse grens) die toegang biedt tot zuidelijk en centraal Afrika draagt ook bij aan de hoge percentages (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012).

Daarnaast kan het feit dat een district een mijnbouwgebied is het hoge aantal HIV besmettingen ook verklaren. Er is bewijs van statistische samenhang tussen mijnbouw en het risico op HIV (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012). Selebi-Phikwe (het district met een van de hoogste percentages) is bijvoorbeeld een mijnbouwstad. Mijnbouwwerker is een risicovol beroep: mijnbouwwerkers riskeren in feite dagelijks hun leven om geld te verdienen. Daarom lijkt onbeschermd seks in hun ogen een veel minder belangrijk gevaar, zo wordt gesteld in een Brits nieuwstijdschrift (Stablum, 2007). In de mijnbouw worden mannen ook steeds meer in contact gebracht met meerdere sekspartners. Een groeiende seksindustrie wordt dan ook steeds normaler rondom de dichtbevolkte, rijkere mijnbouwsteden (Avert, 2013).

Ook het district Francistown heeft een relatief hoog HIV percentage (37.0%). Verscheidene factoren kunnen dit verklaren, waaronder het vele handelsverkeer dat hier de landsgrenzen over gaat. Daarnaast is er een groot aantal gedocumenteerde en ongedocumenteerde migranten (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012). Deze factoren dragen blijkbaar bij aan het aantal HIV besmettingen.

Verschillen tussen geslachten, banen en leeftijd

Het aantal HIV besmettingen in de districten van Botswana is onder vrouwen significant hoger (20.4%) dan onder mannen (14.3%). Evenzo is het aantal besmettingen hoger onder inwoners met administratieve baantjes in vergelijking met professionals. Daarnaast is er samenhang tussen leeftijd en HIV percentages te vinden. Deze samenhang is verschillend voor vrouwen en mannen. In beide gevallen was een soort omgekeerde U vorm te ontdekken. Het HIV percentage was het laagste onder degenen die 24 jaar of jonger waren. In de volgende leeftijdsgroep steeg het percentage: meer dan een derde van degenen met de leeftijd 25-35 waren besmet met HIV. Het HIV percentage was het hoogste onder de leeftijdsgroep van 36-49-jarigen en nam weer af met meer dan de helft bij de leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012).

Conclusie

Binnen Botswana lopen de aantallen HIV besmettingen dus sterk uiteen; de verschillen worden onder andere duidelijk door onderscheid te maken tussen urbane of rurale gebieden, tussen districten, tussen geslacht, tussen banen en tussen leeftijdsgroepen. Met name bij het onderscheid

tussen districten bleek de variatie in aantallen HIV besmettingen sterk uiteen te lopen. Sommige aspecten van een hoog of laag HIV percentage zijn (deels) te verklaren, bijvoorbeeld door bepaalde buurlanden, de aanwezigheid van mijnbouw, handelsverkeer en migranten.

Echter, de verschillen tussen de HIV percentages in de districten kan niet geheel verklaard worden door geslacht, baan of locatie (ruraal of urbaan): *“While being female and working in a relatively low status of employment were associated with increased likelihood of HIV infection, the analysis also revealed significant district specific net spatial effects of HIV that could not be explained by sex, employment status, or rural–urban location”*. Dit duidt erop dat de veronderstelde samenhang tussen het HIV risico en de verscheidene socio-economische indicatoren elk toch verschillende implicaties en oorzaken hebben (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012). Er is dus geen toverformule die het HIV percentage in een bepaald land of gebied kan verklaren, maar toch zullen een aantal factoren die het HIV percentage mogelijk mede kunnen verklaren nu belicht worden. Het is immers wel zinvol om meer inzicht te krijgen in de factoren die meespelen bij het hoge aantal HIV besmettingen in Botswana.

3.2. Factoren die het hoge HIV-percentage van Botswana mede kunnen verklaren

Uit het literatuuronderzoek vanuit ontwikkelingsgeografie kwamen onder andere deze vier factoren naar voren die het hoge HIV percentage van Botswana wellicht mede kunnen verklaren: de lage economische en sociale weerbaarheid tegen ziektes (§3.2.1), de kwaliteit van de gezondheidszorg (§3.2.2), de invloed van (werk)migrant en vrachtverkeer (§3.2.3) en het discours van de bevolking (§3.2.4). Deze worden hieronder nader toegelicht.

3.2.1. Lage economische en sociale weerbaarheid tegen ziektes

Een factor die het hoge HIV en Aids percentage in Botswana mede kan verklaren is de lage economische en sociale weerbaarheid of weerstand van de bevolking tegen ziektes. Hoe kwetsbaar zijn de *Batswana* voor ziektes zoals HIV en Aids? Bij een lage economische weerbaarheid is er geld noch middelen om de schade die een ziekte aanricht op te vangen (denk aan het kopen van medicijnen, langsgaan bij de dokter, vervanging vinden voor het werk/inkomend salaris van de zieke, etc.). Met sociale weerbaarheid worden hier de sociale middelen om ziekte in een familie op te vangen bedoeld. De sociale weerbaarheid kan bijvoorbeeld verhoogd worden door een sterke ‘community support’, waarbij de gemeenschap waarin een gezin leeft helpt om voor het gezin te zorgen als bijvoorbeeld een van de ouders is getroffen door Aids.

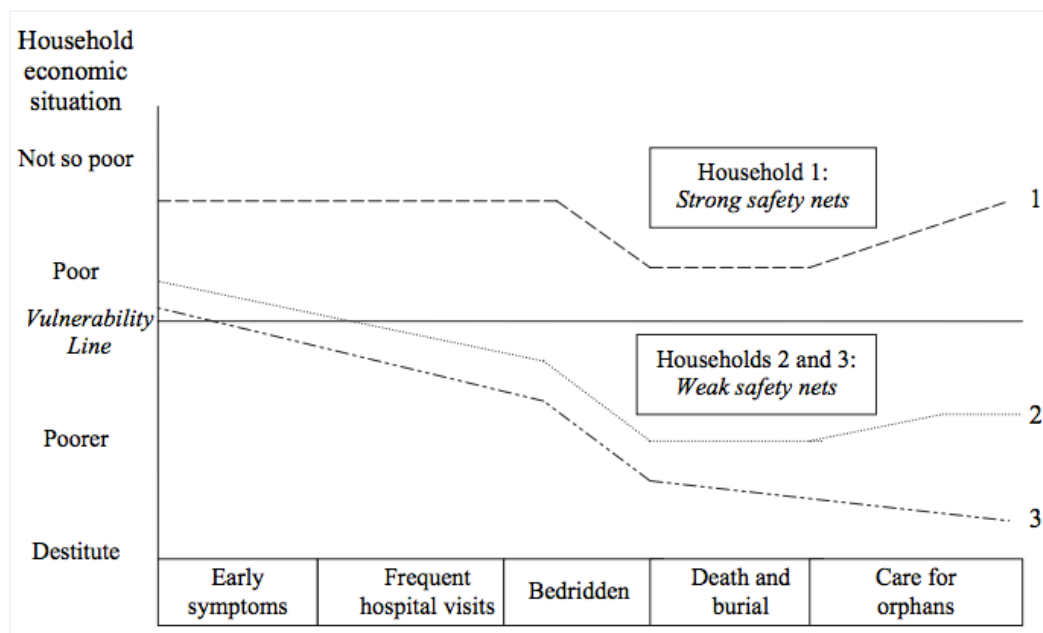
Er zijn veel elementen die de economische en sociale weerbaarheid van een individu bepalen. Voorbeelden hiervan blijken uit een studie naar het onvermogen of de onbekwaamheid om keuzes te maken. Bij een onderzoek hiernaar bij bevolking tussen 15-29 jaar in onder andere Botswana, stelden Andersson en Cockcroft (onderzoekers op het gebied van gezondheid(szorg) en biotechnologie) een verband tussen de indicatoren van het onvermogen om keuzes te maken en HIV infectie vast. Voor vrouwen werd bij de indicatoren *inkomensongelijkheid met de partner, het ondervinden van huiselijk geweld* en *laag opleidingsniveau* alle drie onafhankelijk een verband geconstateerd met een positieve HIV status. Voor mannen werden de indicatoren *armoede (gebrek aan voedsel)*, *inkomensongelijkheid met partner* en *het ondervinden van huiselijk geweld* in verband

gebracht met de HIV-status (Andersson & Cockcroft, 2012). Blijkbaar zijn dit factoren die de weerbaarheid tegen HIV en Aids beïnvloeden. Wellicht zijn dit ook de oorzaken die meespelen bij de hoge HIV infecties in Botswana.

Men kan ook denken aan ‘safety nets’, oftewel vangnetten. Dit zijn “mechanisms to mitigate the effects of poverty on vulnerable households during times of stress” (Foster, 2007, p.54). Overheden en non-gouvernementele organisaties (NGOs) voorzien in ‘formele’ vangnetten, zoals uitkeringen. Deze kunnen zorgen voor een verhoogde economische weerbaarheid. Maar de vangnetten van de overheidssectoren in ontwikkelingslanden bereiken de extreem armen vaak niet. De armen wenden zich daarom eerder naar hun ‘informele’ vangnet: naar elkaar. Ze voorzien elkaar van giften, leningen, kleding en voedsel en helpen bij werk wat gedaan moet worden (Foster, 2007). De sociale weerbaarheid speelt in Botswana dus wellicht ook een grote rol.

Consequenties van sterke of zwakke vangnetten

Figuur 3.2, gepubliceerd in het tijdschrift *AIDS Care* waarin psychologische en socio-medische aspecten van HIV en Aids besproken worden, illustreert hoe patronen van economische afname kunnen verlopen bij huishoudens waarbij de kostwinner is getroffen door HIV en Aids.



Figuur 3.2: De effecten van HIV en Aids gerelateerde inkomensschokken en vangnetten op huishoudelijke economieën (Foster, 2007, p.55)

Huishouden 1 heeft redelijk wat bezittingen en zijn financiële situatie daalt als de kostwinner sterft, maar is even later al snel weer hersteld naar hetzelfde niveau. De financiële situaties van huishouden 2 en 3 beginnen al af te nemen bij de eerste symptomen van HIV en Aids. Huishouden 2 was al arm voordat de kostwinner ziek werd, en is nog armer na zijn dood. Huishouden 3 heeft weinig bezittingen en ontvangt maar weinig steun van familie en de gemeenschap. Het lukt dit huishouden niet om haar economie te herstellen en zij wordt afhankelijk van donaties (Foster, 2007). Figuur 3.2 laat goed zien hoe een huishouden afhankelijk is van haar economie en vangnetten. Een ‘not so poor’ huishouden kan haar economie weer herstellen, maar dit lukt in de andere twee voorbeeldgevallen niet.

In ontwikkelingslanden zijn familienetwerken het eerste vangnet voor huishoudens die een inkomensschok krijgen. Familieleden zijn dan ook de belangrijkste bronnen van economische ondersteuning. Huishoudens die niet genoeg ondersteuning van familie krijgen kunnen ondersteuning krijgen van de gemeenschap. Huishoudens die afhankelijk worden van donaties (zoals huishouden 3 in figuur 3.2), hebben vaak het zwakste familievangnet (Foster, 2007).

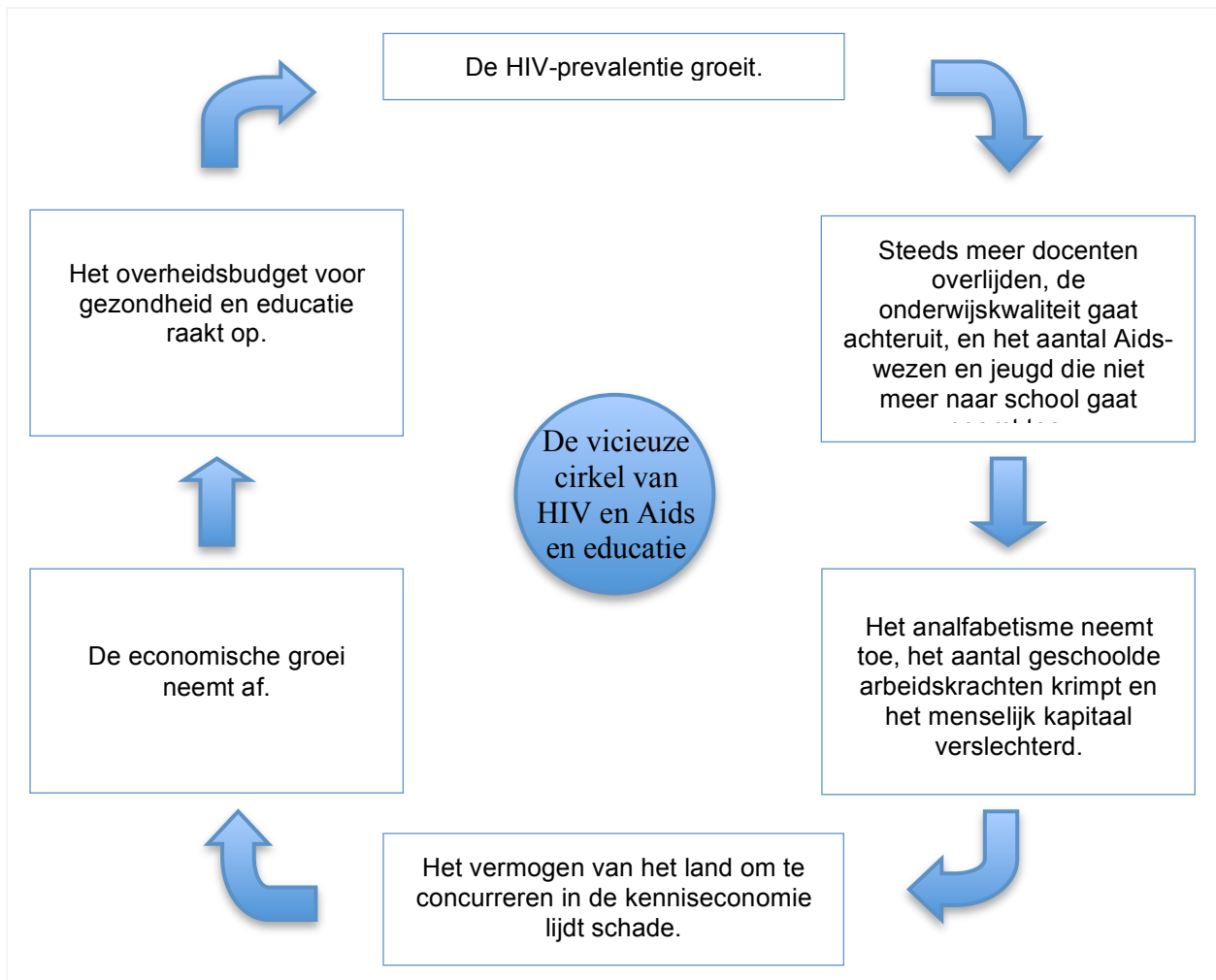
De informele vangnetten (familie en gemeenschap) lijken dus vrij goed gebruikt te worden in Sub-Sahara Afrika. De formele vangnetten in Sub-Sahara Afrika daarentegen, zijn minder effectief. Sommige Afrikaanse landen implementeren wel een begrijpelijk stelsel voor sociale zekerheid voor ouderen en kinderen, maar veel van degenen die ervoor in aanmerking komen, ontvangen niets. Zij krijgen geen uitkering omdat ze er niet genoeg kennis van hebben of moeilijk toegang krijgen tot de diensten. Slechts 16% van de in aanmerking komende huishoudens in het zuiden van Afrika die getroffen zijn door HIV en Aids ontvangt overheidssubsidie (Foster, 2007).

Gevolgen van HIV en Aids voor de economische en sociale weerbaarheid

De HIV- en Aidsepidemie hebben zelf ook invloed op de economische en sociale weerbaarheid van mensen. Het maakt de weerbaarheid vaak lager. Zo stellen de Waal en Whiteside (2003), gespecialiseerd in filosofie en *health economics*, dat de HIV en Aids epidemie de mensen kwetsbaarder heeft gemaakt voor externe schokken, zoals extreme droogte. De weerbaarheid tegen externe schokken is namelijk afgenomen, met name bij rurale gemeenschappen (de Waal & Whiteside, 2003).

Daarnaast blijkt dat het een immense invloed op de economie heeft als een land hard getroffen wordt door de Aidsepidemie. Aids tast niet alleen de levens van individuen, families en boerderijen aan, maar zorgt ook voor een vertraging van de economische groei en het verergert armoede (Masanjala, 2007). Ook in Botswana zal dit het geval geweest zijn, aangezien Botswana hard is getroffen door Aids.

Ook Round (2012), een Britse hoogleraar in sociale geografie, laat zien hoe HIV en Aids impact heeft op het onderwijs en de gehele economie. Hij doet dit door de zogeheten vicieuze cirkel van HIV en Aids en educatie weer te geven (zie figuur 3.3).



Figuur 3.3: De impact van HIV en Aids op het onderwijs en de gehele economie (Bron: Bundy, D. en Manorama, G. (2002) *Education and HIV en Aids: A window of hope*. Washington, D.C., World Bank, zie: Round, 2012, p.99)

In deze vicieuze cirkel zijn de mogelijke gevolgen van HIV en Aids op educatie en vice versa goed te zien. Het laat hiermee ook de gevolgen van HIV en Aids op de sociale weerbaarheid (hangt samen met bijvoorbeeld *educatie*) en economische weerbaarheid (*gehele economie*) zien.

HIV en Aids hebben ook grote gevolgen voor de levensverwachting van de inwoners van Botswana. Dit heeft op zijn beurt weer invloed op de sociale en economische weerbaarheid van een individu. Round beschrijft hoe tijdens de jaren '70 en '80 de gezondheidszorg toenam, waardoor minder mensen overleden aan gemakkelijk te verhelpen ziektes, wat leidde tot verhoogde levensverwachtingen. Zo steeg de levensverwachting in Botswana rond 1985 tot ongeveer 65 jaar. Er werd voorspeld dat dit zelfs zou groeien tot 69 jaar in 2011, als de HIV en Aids epidemie niet het land binnengedrongen was (Round, 2012, p.99). In plaats van een blijvende stijging, is de levensverwachting daardoor vandaag de dag gedaald tot ongeveer 56 jaar voor mannen en 53 jaar voor vrouwen (CIA, 2013).

HIV en Aids heeft een dramatische impact op de familiestructuren, wat soms ook leidt tot migratie. Familieleden die kunnen werken migreren vaak, als een strategie om opgewassen te zijn tegen de gevolgen van HIV en Aids (Young & Ansell, 2003). Hierdoor zal het gemigreerde familielid minder goed in staat zijn als sociaal vangnet te fungeren in de vorm van bijvoorbeeld het zorgen

voor een door Aids ziek geworden familielid. Wel biedt het kansen voor een grotere economische weerbaarheid, omdat de migrant elders wellicht betere baankansen heeft en geld op kan sturen naar de achtergebleven familieleden ('remittances'). Over migratie zal in paragraaf 3.2.3 verder uitgeweid worden.

Conclusie

De economische en sociale weerbaarheid van een individu kan onder andere beïnvloed worden door bijvoorbeeld inkomensongelijkheid met de partner, het ondervinden van huiselijk geweld, een lage opleidingsniveau en armoede. Het kan ook veel verschil maken of een huishouden sterke of zwakke vangnetten heeft om de klap van HIV en Aids op te vangen. Er vanuit gaande dat de situatie van Sub-Sahara Afrika ook zal gelden voor Botswana in het bijzonder, zullen informele vangnetten in Botswana waarschijnlijk goed worden gebruikt. De formele vangnetten daarentegen bereiken nog lang niet alle hulpbehoevenden.

De HIV- en Aidsepidemie heeft zelf ook invloed op de sociale en economische weerbaarheid. Het maakt mensen kwetsbaarder voor externe schokken, zorgt voor een significante vertraging van de economische groei en verergert armoede. Daarnaast heeft het invloed op het onderwijs en de gehele economie. Ook beïnvloedt het de levensverwachting van de inwoners. Tot slot heeft het een dramatische impact op de familiestructuren, wat soms ook leidt tot migratie.

3.2.2. Kwaliteit van de gezondheidszorg

Recent onderzoek wees uit dat als een HIV positieve partner de volledige behandeling ontvangt, de kans dat deze het virus overdraagt aan zijn of haar partner dan gereduceerd wordt tot 96% (BBC, 2011). HIV preventie is dan ook nodig voor alle mensen die risico lopen (Simbayi et al., 2007). Dit kan de verspreiding van HIV in Botswana immers sterk verminderen. Maar wat is nu eigenlijk de kwaliteit van de gezondheidszorg in Botswana? De antiretrovirale middelen moeten immers wel voor iedereen beschikbaar zijn, de inwoners van Botswana moeten toegang tot de middelen kunnen krijgen en zich het kunnen veroorloven. De HIV remmers zijn echter voor het armste deel van de bevolking vaak niet betaalbaar. Ook blijkt dat het in Botswana gemakkelijker is om in steden in behandelingen te voorzien dan in rurale gebieden (Avert, 2013), terwijl het idealiter door het hele land gemakkelijk zou moeten zijn.

Toch blijkt de gezondheidszorg in Botswana hoopgevend. De verkrijgbaarheid van HIV behandelingen in Botswana is geleidelijk aan het stijgen de afgelopen jaren. In 2012 is tweederde van alle mannen en vrouwen van 15-49 jaar in Botswana getest op HIV en ontving de resultaten ervan (Avert, 2012). Vandaag de dag is de verkrijgbaarheid van behandelingen extreem hoog: meer dan 95% van alle volwassenen en kinderen die behandeling nodig hebben, ontvangen het ook (WHO, 2013, p.16).

Richard Matlhare, Botswana's coördinator van NACA, gaf in 2010 aan dat het voorkómen van HIV (preventie) is geselecteerd als top-prioriteit in het nieuwe HIV beleid en de 'second national strategic framework' (Matlhare, 2010). Blijkbaar heeft het stellen van deze prioriteit goed gewerkt. Botswana heeft namelijk een van de beste Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) programma's van Afrika, waarbij 98% van de geboren baby's HIV-negatief zijn. Om HIV verder te bestrijden heeft de overheid ook een besnijdenisprogramma voor volwassen mannen gelanceerd in

2010, omdat besneden mannen 60% minder kans op HIV-infectie lijken te hebben (African Economic Outlook, 2012, p.12).

Het ARV (antiretrovirale) programma dat in 2001 gelanceerd werd in Botswana was het eerste en meest geavanceerde programma van Sub-Sahara Afrika (Ramiah & Reich, 2005). Daarnaast is het aanbieden van Voluntary Counselling and Testing (VCT) één van de strategieën van de overheid om de HIV en Aids epidemie aan te pakken. Deze introductie van VCT is gestoeld op de volgende aanname: wanneer een individu eenmaal is voorgelicht over HIV en getest is op HIV (en daardoor voorzien is van motivatie en het doel om risicovol seksueel gedrag te vermijden), zal een individu nadenken over het risico wat hij loopt om besmet te raken. Dit zal leiden tot een lager risico op HIV infectie en een vermeerdering van *veilig* seksueel gedrag. Routinematig testen op HIV wordt hierom in alle Botswanaanse gezondheidsfaciliteiten van de overheid aangeboden en hierbij zit VCT ook als een van de onderdelen inbegrepen (National Aids Coordinating Agency, 2012, p.31-32). VCT lijkt door de bevolking ook geaccepteerd te worden: het wordt benoemd als goedgekeurd en algemeen aanvaard (Creek et al., 2006).

Conclusie

Een goede gezondheidszorg is essentieel om de verspreiding van HIV te verminderen. In Botswana is de behandeling tegen HIV en Aids echter nog niet overal even gemakkelijk. Wel is de verkrijgbaarheid van behandelingen extreem hoog en heeft het land één van de beste PMTCT programma's van Afrika. Daarnaast worden door de overheid VCT en ARV programma's aangeboden.

3.2.3. Invloed van (werk)migranten en vrachtverkeer

Uit een onderzoek van MacDonald (1996) blijken drie factoren die de snelle verspreiding van HIV in Botswana kunnen verklaren: *de positie van vrouwen in de maatschappij (met name hun gebrek aan macht in het onderhandelen van seksuele relaties), culturele attitudes ten opzichte van vruchtbaarheid* en *patronen van migratie* (MacDonald, 1996; zie ook Scott, 2009). Door migratie wordt HIV namelijk ook naar geïsoleerde rurale gebieden verspreid, die het virus normaliter niet of nauwelijks zou bereiken (Scott, 2009). Zo'n 18 jaar geleden, ten tijde van MacDonald's onderzoek, werd migratie dus al gezien als één van de factoren die het hoge HIV-percentages kunnen verklaren. Ook vandaag de dag lijken (werk)migratie en vrachtverkeer nog steeds dit rijtje van factoren te staan. Zo worden "*the high cross-border traffic for trade and a high volume of both documented and undocumented migrants*" bijvoorbeeld als verklarende factoren voor het hoge HIV-percentages in het district Francistown genoemd (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012). Daarnaast legt Scott (2009) uit dat er in Botswana veel interne migratie plaatsvindt, wat de verspreiding van HIV en Aids beïnvloedt. Deze veelvuldigheid aan interne migratie is te wijten aan het feit dat veel huishoudens meerdere huizen bezitten, waartussen ze migreren (Scott, 2009).

Werkmigranten

Een onderzoek naar werkmigranten in Botswana wees uit dat migratie een significante invloed heeft op de volksgezondheid en de verspreiding van HIV. De frequentie van seksuele interactie van werkmigranten en hun terugkeerbezoeken naar huis intensiveren de verspreiding van HIV (Hope, 2000).

Met name de mijnbouwgebieden zijn aantrekkelijk voor werkmigranten: veel mijnbouwwerkers zijn migranten (Stablum, 2007). En Botswana heeft een grote mijnbouwsector; het is voor het land een grote bron van inkomsten (zie hoofdstuk 2). De diamantmijnbouw alleen al is verantwoordelijk voor meer dan een derde van het GDP, 70-80% van de exportopbrengst en een derde van de overheidsinkomsten van Botswana (CIA, 2013). Hoe mijnbouwgebieden migranten aantrekken wordt uitgelegd in een artikel door Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako (2012): *“Mining is a predominantly male occupation, and so it is likely to draw a lot of male labor from surrounding villages and other districts in the country, resulting in a separation of spouses, thus increasing the volume of migrants into the mining areas.”*. Tevens geven zij aan dat er bewijs is van een statistisch verband tussen mijnbouw en HIV risico. Uit een onderzoek naar een goudmijn-gemeenschap in Zuid-Afrika bleek dat onder mijnbouwwerkers een significant hoger HIV-percentage was dan onder de rest van de gemeenschap. Er was ook bewijs gevonden van verhoogde percentages van syfilis, gonorrhoe en chlamydia infecties en er was een laag condoomgebruik. Dit kan allemaal de verspreiding van HIV verergeren (Kandala, Campbell, Rakgoasi, Segwagwe-Madi & Fako, 2012). Wellicht is dit ook in Botswana het geval.

Vrachtverkeer

Een veel aangehaalde reden voor de komst van het HIV en Aids virus in Botswana en de geografische distributie ervan is het bestaan van de vrachtwagenroutes. Deze lopen van landen ten noorden van Botswana naar Zuid-Afrika en de mijnbouw-districten (Madi et al., 2011). Uit een in een Australisch medisch tijdschrift gepubliceerd onderzoek door Churi en Anjenaya (2010) blijkt dan ook dat vrachtwagenchauffeurs een hoge risicogroep vormen voor het oplopen van en de verspreiding van HIV en Aids en andere seksueel overdraagbare infecties. Chiuri en Anjenaya hebben een onderzoek naar Indische vrachtwagenchauffeurs uitgevoerd en stellen dat zij vaak meerdere seksuele partners hebben, omdat zij veel onderweg zijn (Churi & Anjenaya, 2010). Wellicht is dit in Botswana ook het geval. Onder de Indische vrachtwagenchauffeurs gaf 40.7% van de geïnterviewden aan seks te hebben met werknemers uit de commerciële seksindustrie (Churi & Anjenaya, 2010). Ook in Sub-Sahara Afrika blijkt de seksindustrie een belangrijke bijdrage leveren aan de verspreiding van HIV (Scorgie, Chersich, Ntaganira, Gerbase, Lule & Lo, 2012). Vrouwelijke werknemers in de seksindustrie hebben vaak gelimiteerde economische opties, veel afhankelijkheden, een uiteengevallen huwelijk en zijn laagopgeleid. *“Their vulnerability to HIV, heightened among young women, is inextricably linked to the occupational contexts of their work, characterized most commonly by poverty, endemic violence, criminalization, high mobility and hazardous alcohol use. These, in turn, predict behaviors such as low condom use, anal sex and co-infection with other sexually transmitted infections.”* (Scorgie, Chersich, Ntaganira, Gerbase, Lule & Lo, 2012). Vrachtwagenchauffeurs in Botswana die regelmatig seks hebben met vrouwen uit de seksindustrie kunnen op deze manier de verspreiding van HIV dus extra in de hand werken.

Conclusie

Migratie draagt bij aan de verspreiding van het HIV virus en in Botswana vindt veel interne migratie plaats. Ook de werkmigranten in Botswana dragen bij aan de verspreiding van HIV. Hieronder vallen onder andere mijnbouwwerkers, en van hen is ook bewezen dat ze een verhoogd risico op HIV hebben. Vrachtwagenchauffeurs lijken tevens bij te dragen aan de verspreiding van HIV. Omdat zij

veel onderweg zijn hebben de Botswanaanse vrachtwagenchauffeurs wellicht meer seksuele partners en maken zij wellicht gebruik van de diensten van de commerciële seksindustrie, welke ook een bijdrage levert aan de verspreiding van HIV.

3.2.4. Discours van de bevolking

Het discours van de bevolking met betrekking tot HIV en Aids is iets wat een belangrijke factor kan zijn bij het verklaren van het hoge HIV percentage in Botswana. Discours heeft betrekking op gesprekken/conversaties bij bepaalde (bevolkings)groepen: in dit geval de gesprekken over HIV en Aids bij de inwoners van Botswana. Er wordt dus gerefereerd naar de *kijk van de bevolking* op HIV en Aids. Als HIV onder bepaalde bevolkingsgroepen bijvoorbeeld een taboe is, kan dit de effectiviteit van overheidsbeleid beïnvloeden. Daarnaast blijkt bijvoorbeeld dat, zoals al eerder genoemd, mijnbouwwerkers HIV en Aids als een veel minder grote bedreiging zien dan inwoners met een ander beroep. Mijnwerkers gebruiken, zo zou men kunnen stellen, een ander discours om over HIV te praten. Ook de media heeft een bepalende rol in het beeld wat de bevolking van HIV en Aids heeft. Rond 1985 rapporteerde de media bijvoorbeeld over HIV en Aids, waarbij een sterk stereotype van HIV-positieven werd neergezet: niet-blanke etnische minderheden, injectiedrugsgebruikers en homofiele mannen. Dit leidde tot sociale en ruimtelijke buitensluiting van deze groepen (Hubbard, 2012, pp. 227-228). Met name de manier waarop de bevolking over HIV positieven praat kan invloed hebben, bijvoorbeeld op het verzwijgen dan wel er voor uit komen dat men met het HIV virus besmet is. In deze paragraaf wordt daarom eerst aandacht besteed aan stigmatisering en discriminatie. Ook wordt in deze paragraaf de HIV en Aids-perceptie van de bevolking nader bekeken.

Stigmatisering en discriminatie

Stigmatisering refereert hier naar het figuurlijk brandmerken of bestempelen van een persoon. HIV gerelateerde stigmatisering heeft betrekking op de negatieve overtuigingen, gevoelens en attitudes naar HIV positieven, bevolkingsgroepen waarvan verwacht wordt dat er HIV-infectie is, bevolkingsgroepen die geassocieerd worden met HIV (bijvoorbeeld omdat familieleden HIV-positief zijn), of andere bevolkingsgroepen die het risico lopen op HIV infecties (WHO/UNAids, 2011). Deze stigmatisering kan ook leiden tot HIV gerelateerde discriminatie. Dit heeft betrekking op de oneerlijke en onrechtvaardige behandeling van een individu, gebaseerd op zijn/haar echte of veronderstelde HIV status (WHO/UNAids, 2011).

HIV en Aids-gerelateerde stigmatisering en discriminatie creëren omstandigheden voor de verdere verspreiding van HIV en worden daarom ook gezien als één van de factoren die de verspreiding van HIV beïnvloeden. De angst om HIV positief te zijn weerhoudt mensen ervan om zich te laten testen, hun onveilige seksuele gedrag aan te passen of te gaan zorgen voor mensen die HIV positief zijn of Aids hebben (National Aids Coordinating Agency, 2012, p.19). De stigmatisering omtrent HIV is diep verankerd in de maatschappelijke structuren en de cultuur van Botswana, waarin het *niet* accepteren van HIV positieven gestimuleerd wordt (Nthomang et al., 2009). In een studie die uitgevoerd werd in vier landen in zuidelijk Afrika (Botswana, Mozambique, Lesotho, South-Africa en Swaziland) werd Botswana wel genoemd als het land met één van de meest zichtbare 'Positive Health Dignity and Prevention strategy 2010-2016', welke ook stigmatisering in de strategie heeft opgenomen (National Aids Coordinating Agency, 2012, p.19).

Sinds begin 2004 worden HIV tests in Botswana als een routine onderdeel van algemeen medisch onderzoek in publieke en private klinieken aangeboden, met onder andere de vermindering van stigmatisering als doel. De HIV test is nu onderdeel van de standaard routine. Botswana was het eerste Afrikaanse land dat een nationaal beleid hanteerde van het routinematig aanbieden van HIV tests in klinieken. Gezondheidsbeambten zijn namelijk van mening dat stigmatisering verminderd kan worden door de HIV test uit te voeren net als elke andere routinematige medische procedure (Avert, 2013). Ook Wolfe et al. (2008) kwamen tot een dergelijke conclusie. Wolfe et al. zijn werkzaam op het gebied van mensenrechten, verpleging, psychiatrie, medicijnen en gezondheidssystemen. Zij deden onderzoek naar de invloed van de beschikbaarheid van behandeling op HIV stigmatisering in Botswana, drie jaar na de introductie van een nationaal programma die universele toegang tot antiretrovirale therapie tot doel had. Hun bevindingen suggereerden dat de beschikbaarheid van antiretrovirale therapie een factor kan zijn in het verminderen van HIV stigma (Wolfe et al., 2008).

Ondanks het routinematig testen op HIV worden in Botswana nog steeds mensen van wie men weet dat ze HIV positief zijn sociaal gediscrimineerd in hun interactie met collega's, scholen en families (Letamo, 2004; zie ook Thupayagale-Tshweneagae, 2010, p.261). Vrienden, docenten en zelfs families mijden hen soms, alleen om die reden. Ondanks de hoge HIV-prevalentie in Botswana, is stigmatisering iets wat veel voorkomt (Thupayagale-Tshweneagae, 2010). Thupayagale-Tshweneagae is hoogleraar op het gebied van verpleging aan de universiteit van Botswana (Gaborone). Zij voerde vier discussies met adolescenten (jongeren van ca. 15-20 jaar) in Botswana te kunnen beschrijven wat hun percepties waren van het gedrag dat HIV positieve adolescenten vertonen om stigmatisering te kunnen voorkomen. De resultaten van het onderzoek zijn weergegeven in figuur 3.4.

<i>Protective behaviours</i>	<i>Statements used</i>
1. Adherence to antiretroviral therapies	1 I take the medications so that people would not know I am sick 2 I take my medications regularly. I do not want people to know I am sick. 3 Taking medications regularly helps people not to know. 4 You will be stupid not to take them because if you do not take them you get to be sick and people will immediately know you are sick.
2. Keep silent	1 I do not talk about it. 2 Only my family knows my status and my support group, otherwise, I do not tell anybody. 3 I pretend as if I have not tested. It helps me live a normal live.
3. Seek treatment earlier for common conditions	1 I go to visit the clinic every time I am sick. 2 I do not allow myself to get sick. I even get a flu injection every year.

Figuur 3.4: Samenvatting van de resultaten van het onderzoek door Thupayagale-Tshweneagae (Thupayagale-Tshweneagae, 2010, p.262)

Blijkbaar is stigmatisering zo een groot probleem in Botswana dat adolescenten het gevoel hebben dat ze hun gedrag er aan moeten aanpassen, bijvoorbeeld door het verzwijgen van het feit dat ze HIV of Aids hebben of door naar de dokter te gaan voor elk klein kwaaltje wat ze hebben.

HIV en Aids perceptie bevolking

Adolescenten zien HIV en Aids blijkbaar als iets waar je beter niet voor uit kunt komen, omdat je erdoor gediscrimineerd kan worden. Een ander onderzoek naar adolescenten wees uit dat leerlingen op verschillende vlakken angstig waren voor HIV en Aids. Ze waren vooral bang dat zij of hun naasten het virus zouden oplopen en dat zij wellicht familieleden zouden verliezen aan Aids (Onyewadume, 2008). Interessant is dat, hoewel het leeuwendeel van de adolescenten mensen met HIV en Aids stigmatiseert en discrimineert, veel van hen wel bereid zijn om voor een familielid te zorgen die HIV en Aids heeft (Letamo, 2004).

In een samenleving worden vaak namen of labels bedacht voor verschijnselen die de mensen meemaken in de loop van hun leven. Het verschijnsel van de HIV en Aids epidemie vormt hier geen uitzondering op. In Botswana zijn de meeste van deze labels in Setswana of Engels. Mathangwane (2011) (hoogleraar taalkunde en linguïstiek) onderzocht deze verschillende labels of namen die in Botswana gebruikt zijn om naar HIV en Aids te verwijzen, om inzicht te verschaffen in de perceptie van HIV en Aids door de lokale gemeenschappen. Mathangwane liet met haar studie zien hoe, door verschillende labels, de lokale gemeenschappen in een fase van ontkenning afstand begonnen te nemen van de ziekte en hoe zij in sommige gevallen Aids associeerden met bij hen reeds bekende ziektes, culturele praktijken en taboes. Sommige labels demonstreerden verder de negatieve attitude, die wellicht de inmiddels aanwezige HIV gerelateerde stigmatisering in het land heeft hebben aangewakkerd (Mathangwane, 2011). Ook blijkt dat *Botswana* geen vertaling voor Aids in het Setswana hebben (Scott, 2009). Ze gebruiken alleen het Engelse woord. Dit zegt ook iets over de Westerse manier waarop de Aids campagnes geïmplementeerd zijn (zie hoofdstuk 2).

Educatie speelt een belangrijke rol als het gaat om HIV en Aids en het discours van de bevolking. Het is immers belangrijk dat de bevolking de juiste kennis heeft over HIV en Aids wanneer zij er met elkaar over praten. Deze kennis kan er voor zorgen dat minder mensen besmet raken met HIV. Ook is educatie van belang omdat verkeerde opvattingen over de overdracht van HIV vaak stigmatisering en discriminatie tot gevolg hebben (Letamo, 2004). Seksuele voorlichting wordt in Botswana primair via scholen gegeven. Jonge mensen hebben maar weinig kennis over HIV, hoewel dit de laatste jaren wel is gestegen (Avert, 2013). Uit een studie naar hoe jonge kinderen in Botswana zich een beeld vormen over HIV, Aids en condooms, bleek dat de meeste kinderen zich wel een voorstelling hadden gevormd bij Aids (80.0%) en bij condooms (78.7%), maar slechts 45.3% had zich een idee gevormd bij HIV. Veel kinderen hadden een negatieve opvatting over condooms, en associeerden het met angst en de overtuiging dat een condoom ziektes en Aids veroorzaakt. Op het gebied van educatie door ouders, HIV preventie educatie en professionals in de gezondheidszorg die ARV behandelingen aan kinderen geven, valt in Botswana dus ook nog veel te behalen (Plattner, 2013).

Hoe komt het nu dat de bevolking, en met name kinderen, zo weinig kennis hebben van HIV en Aids? Gedeeltelijk heeft dit te maken met de onwilligheid in de cultuur om in het openbaar over seks te praten. Familiestructuren en tradities daarbinnen hebben de communicatie tussen generaties beperkt (Allen & Heald, 2004). Ook hebben de gezondheidspromotiecampagnes die in

Botswana gehouden zijn een rol gespeeld. Campagnes met betrekking tot seksuele voorlichting zijn altijd lastig en controversieel. Ze moeten geloofwaardig zijn en ze moeten ingaan op de bepaalde gevoeligheden die bij de doelgroep liggen omtrent het onderwerp. In Botswana was hier allebei geen sprake van. Het falen van campagnes lijkt een verklaring te zijn voor het feit dat mensen niet genoeg kennis van HIV en Aids hebben (Allen & Heald, 2004). Hierover wordt in hoofdstuk 4 verder uitgeweid.

Conclusie

In Botswana vindt veel stigmatisering en discriminatie plaats. Mensen uitten negatieve gevoelens naar mensen die met HIV en Aids leven, ondanks het positieve beleid van de overheid. Adolescenten en kinderen geven aan angst te hebben voor HIV en Aids. Taaltechnisch gezien hebben de *Botswana* Aids ook labels gegeven, wat negatieve attitudes in de hand werkt. Op het gebied van educatie en kan nog veel verbeterd worden. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de overheidscampagnes en andere cultuur- en traditiegerelateerde factoren, welke in hoofdstuk 4 nader aan de orde zullen komen.

3.3. Evaluatie van de disciplinaire inzichten

Allereerst bood het vakgebied ontwikkelingsgeografie inzicht in de interne variaties van de HIV percentages in Botswana. Sommige aspecten van een hoog of laag HIV percentage waren te verklaren, bijvoorbeeld door de invloed van bepaalde buurlanden, de aanwezigheid van mijnbouw, handelsverkeer of migranten. Maar de veronderstelde samenhang tussen het risico om HIV op te lopen en de verschillende socio-economische indicatoren hebben elk toch verschillende implicaties en oorzaken hebben, dus er is geen toverformule die de HIV percentages in Botswana of de gebieden van Botswana kan verklaren. Men moet altijd contextspecifiek naar een gebied kijken. Toch zijn in dit hoofdstuk vier mogelijke factoren die het hoge HIV percentage in Botswana kunnen verklaren belicht.

Uit onderzoek naar de factor 'lage economische en sociale weerbaarheid tegen ziektes' bleek dat informele vangnetten in Afrika een grote rol spelen. Ook bleek dat er hier een soort wisselwerking gaande is: de vangnetten bepalen mede de invloed die HIV en Aids op een huishouden heeft, maar HIV en Aids heeft ook op zijn beurt weer invloed op de vangnetten en daarmee op de economische en sociale weerbaarheid. Botswana wordt echter gekarakteriseerd als een 'upper middle income land' (zie hoofdstuk 1), waardoor men zou verwachten dat de economische weerbaarheid vrij groot is. Hier zijn echter geen tekenen van gevonden in de literatuur.

Het onderzoek naar 'kwaliteit gezondheidszorg' als factor wees uit dat de gezondheidszorg in Botswana een redelijk verassend goede kwaliteit heeft. De beschikbaarheid van behandelingen is extreem hoog en er worden bijna geen HIV positieve baby's meer geboren als gevolg van Mother-to-Child overdracht. Ook worden in Botswana veelvuldig Voluntary Counselling and Testing en antiretrovirale programma's aangeboden door de overheid. Deze factor lijkt de verspreiding van HIV en Aids dus juist alleen maar te verminderen of tegen te gaan, en wordt niet als verklarende factor voor het hoge HIV percentage in Botswana aangemerkt.

Migratie draagt bij aan de verspreiding van HIV en in Botswana vindt veel interne migratie plaats. In Botswana is de mijnbouwsector een grote bron van inkomsten, het land is er in sterke mate afhankelijk van (zie hoofdstuk 2). Er is statistisch bewijs gevonden van een verhoogd risico op HIV voor mijnbouwwerkers. Daarnaast dragen vrachtwagenchauffeurs bij aan de verspreiding van

HIV, mede doordat zij naar verwachting veel seksuele partners uit de commerciële seksindustrie zullen hebben. Daarom lijkt de factor 'reizigers: (werk)migranten en vrachtverkeer' ook zeker een rol te spelen in de verklaring voor het hoge HIV percentage in Botswana.

De factor 'discours van de bevolking' heeft ook zeker invloed op het behandelen van HIV en Aids en daarmee ook op het hoge HIV percentage in Botswana. Er is in het land namelijk veel sprake van stigmatisering en discriminatie. Hierdoor kan angst en aanpassing van het gedrag ontstaan onder de bevolking. Dit bevordert het praten over HIV en Aids niet en hierdoor is het wellicht minder gemakkelijk om beleid ter voorkoming en behandeling van de HIV en Aids-epidemie te implementeren. Het is daarmee een mogelijk verklaring voor het hoge HIV percentage in Botswana. Ook blijkt bijvoorbeeld dat jonge kinderen over condooms praten als iets waarvan men ziek wordt en Aids krijgt. Er kan dus nog veel gedaan worden in Botswana op bijvoorbeeld het gebied van educatie om het discours van de bevolking aan te passen. Als zij de juiste kennis over HIV en Aids bezitten, zal stigmatisering en discriminatie allicht een minder groot probleem worden en kan de verspreiding van HIV gemakkelijker een halt toegeroepen worden.

4. Een religieus perspectief: De verspreiding van HIV onder culturen en religies in Botswana

Religiewetenschap omvat de interdisciplinaire bestudering van het fenomeen religie. Zo wordt er binnen deze discipline bij het beantwoorden van een onderzoeksvraag onder andere gebruik gemaakt van inzichten uit de sociale wetenschappen en de geschiedenis. De aandacht is hierbij vooral gericht op de manier waarop religie zich in een samenleving manifesteert en op welke manier het de cultuur en zaken als moraliteit beïnvloedt. De discipline is uitermate geschikt om te onderzoeken op welke manier religie en cultuur in Botswana de seksuele moraal en de uitvoering van maatregelen tegen de verspreiding van HIV beïnvloeden.

In dit hoofdstuk wordt allereerst religie in Botswana geanalyseerd (§4.1). Vervolgens wordt aandacht besteed aan de machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen (§4.2) en wordt de alternatieve visie op Aids behandeld die in Botswana ontstaan is (§4.3). Daarna wordt een opvallend contrast met ‘moslimlanden’ besproken (§4.4). Tot slot wordt afgesloten met een evaluatie van de disciplinaire inzichten (§4.5).

4.1. Religie in Botswana

Wanneer de invloed van religie op de verspreiding van HIV en Aids in Afrika ter sprake komt, wordt over het algemeen al snel met de beschuldigende vinger naar de paus en het katholicisme gewezen. Zo werd in 2009 uit de mond van toenmalig paus Benedictus XVI bijvoorbeeld opgetekend dat condooms geen oplossing zouden bieden aan de Aids epidemie en dat ze deze bovendien zelfs zouden verergeren (NOS). Het was een uitspraak waar van vele kanten fel op werd gereageerd.

Wanneer men echter de ernstige situatie in Botswana voor wat betreft het hoge percentage HIV-besmettingen probeert te verklaren vanuit een religiewetenschappelijke benadering, komt naar voren dat deze factor zeker geen hoofdoorzaak van het probleem genoemd kan worden. Dit heeft te maken met de verdeling van mensen over religieuze groepen in het land. Om zinnige uitspraken te kunnen doen over de factoren die mogelijk een rol van betekenis spelen, is het daarom van belang om eerst deze verdeling in kaart te brengen.

De meest recente en gedetailleerde data die de verdeling van mensen over die religieuze groepen in Botswana aangaan, betreffen cijfers van de Afrobarometer uit 2012. Het is op zijn minst een interessant gegeven dat uit dit onderzoek blijkt dat een kleine tachtig procent van de bevolking religie als een ‘heel belangrijk’ onderdeel van het eigen leven waardeert, terwijl nog eens een dikke tien procent het beoordeelt als zijnde ‘enigszins belangrijk’ (Afrobarometer, 2012). Deze informatie impliceert in ieder geval dat religie een belangrijk onderdeel uitmaakt van het dagelijks leven in Botswana. Daarmee is de kans dat het op een of andere manier invloed heeft op de seksuele moraal en het seksuele gedrag van haar inwoners vrij groot.

De verdeling van religieuze groepen over het land

Uit de cijfers blijkt dat het grootste deel van de bevolking, namelijk driekwart, gerekend kan worden tot één van de Christelijke kerken. De grootste van deze Christelijke groepen wordt volgens die gegevens gevormd door mensen die zichzelf beschrijven als zijnde Christelijk en verder niet ingaan

op het soort kerk waartoe zij behoren. Zij zien zichzelf voor een groot deel in eerste instantie als Christen, maar gaan vaak wel naar een specifieke Christelijke kerk. De omvang van deze groep bedraagt een kwart van de totale bevolking. Daarnaast kwalificeert 19 procent van de mensen zich in eerste instantie als lid van een Independent Church, oftewel een African Initiated Church. Dit zijn kerken die niet door buitenlandse missionarissen, maar door Afrikanen zelf in het leven zijn geroepen. Tussen de verschillende AIC's bestaan grote verschillen, maar zij hebben gemeen dat zij proberen Afrikaanse culturele normen verwerken in hun manieren van aanbidding en theologie. Niettemin verschilt de mate waarin zij dit doen (Patheos, 2013).

Verder is er nog een groep van tien procent die aangesloten is bij een pinkstergemeente kerk en geeft vier procent van de mensen aan Rooms Katholiek te zijn. Er rest dan nog een groep van vijftientig procent die bestaat uit mensen die bij een van de overige Christelijke kerken is aangesloten, maar waarvan de kerk aanhang geen grotere omvang heeft dan twee procent van de totale bevolking. Tot slot geeft een vijfde deel van de bevolking aan geen specifieke religie aan te hangen, terwijl nog slechts twee procent een traditionele/etnische religie aanhangt. Het aantal moslims in het land is met één procent verwaarloosbaar (Afrobarometer, 2012).

Rooms Katholicisme speelt geen rol van betekenis

Onafhankelijk van de vraag of er sprake is van een daadwerkelijke invloed van de paus en het Rooms Katholicisme op de verspreiding van HIV in Afrika, kan vastgesteld worden dat deze in Botswana geen significante rol van betekenis speelt. Het aantal Rooms Katholieken in het land is immers zeer klein, zeker wanneer het afgezet wordt tegenover het aantal HIV-besmettingen. Doordat het Christendom duidelijk de grootste aanwezige religie in Botswana vormt, zal in het volgende deel, waarin de onderlinge machtsrelaties tussen mannen en vrouwen aan bod komen, ook aandacht besteed worden aan de rol van deze religie daarin.

4.2. Machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen

De belangrijkste manieren om besmetting met HIV te voorkomen zijn onthouding van seks, wederzijdse trouw in een relatie en het gebruik van een condoom. Het probleem van deze maatregelen is, volgens de medisch specialisten Phaladze en Tlou, dat de vrouw er niet in haar eentje controle over heeft. Dit betekent dat de vrouw een kwetsbare positie inneemt (2006, p.27).

Het gebruik van condooms bij seksuele interactie is waarschijnlijk de bekendste van de maatregelen om de verspreiding van HIV-besmettingen te voorkomen. Niettemin lijkt er op dit gebied in Botswana nog een hoop vooruitgang geboekt te kunnen worden wanneer gekeken wordt naar de resultaten van een onderzoek van T.T. Langen, werkzaam bij het departement van bevolkingswetenschappen van de 'University of Botswana'. De conclusie van dit onderzoek luidt dat een belangrijke oorzaak voor het niet gebruiken van condooms bij geslachtsgemeenschap ligt bij een heersende machtsongelijkheid in de relatie tussen mannen en vrouwen (Langen, 2007, p.188).

Machtsongelijkheid op seksueel gebied

Deze machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen vertaalt zich in een machtsongelijkheid op seksueel gebied. Dit maakt het voor vrouwen ongepast het gebruik van een condoom voor te stellen aan seksuele partners en dit durven zij dan ook minder snel te doen. Bovendien vertaalt deze machtsongelijkheid zich er ook in dat mannen eerder geneigd zijn het voorstel voor het gebruik van

een condoom af te wijzen. Dit zorgt ervoor dat het aantal onveilige seksuele ontmoetingen toeneemt en dat is op zijn beurt weer een factor die ervoor zorgt dat HIV zich makkelijk kan blijven verspreiden (Langen, 2007, p.188).

Een interessant gegeven is hierbij dat de machtsongelijkheid op seksueel gebied zich voornamelijk voor blijkt te doen in gevallen waarin de man minimaal tien jaar ouder is dan zijn seksuele partner of in gevallen waarbij de vrouw financieel afhankelijk is van de man (Langen, 2007, p. 188). Het lijkt daarbij geen toeval te zijn dat uit onderzoek van medisch antropologe Benedicte Ingstad blijkt dat in de Tswana cultuur het idee heerst dat het onderhouden van seksuele relaties met jongere vrouwen het verouderingsproces tegengaan en dat deze een genezende werking hebben (Ingstad, 1997, p.357-372). Heersende culturele opvattingen lijken hierbij dus indirect invloed te hebben in de mate waarin voorbehoedsmiddelen gebruikt worden bij seksuele interactie.

4.2.1. De invloed van het Christendom op de scheve machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen

Omdat de ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen in het algemeen er uiteindelijk in resulteren dat de ziekte zich makkelijker kan verspreiden is het nuttig om te kijken waar deze vandaan komen. Religie blijkt hier een belangrijke rol in gespeeld te hebben. De religiewetenschapper Dube ziet in de komst van het Christendom naar Botswana een belangrijke oorzaak voor de scheve machtsverhoudingen. Het Christendom dat onderdeel was van de door de Britten meegenomen koloniale cultuur, kan, naast urbanisatie en de rol van moderne media, gezien worden als een van de drie belangrijkste oorzaken voor het veranderen van mannelijke en vrouwelijke identiteiten in Botswana. Met de komst van de Britten veranderden de bestaande flexibele genderrelaties. Dit had ermee te maken dat de Britten een cultuur meebrachten die om de man draaide. Daarbij namen zij met het Christendom een religie mee die de voorheen gender-neutrale spirituele ruimte in Botswana vermannelijkte. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de mannelijkheid van Jezus en God en de mannelijkheid van de priesters in de kerk. Die vermannelijking van de spirituele ruimte droeg bij aan de verantwoording van de mannelijke macht in de hemel en op aarde. Dit zorgde voor een versterking van de overheersing van het mannelijke geslacht in Botswana (Dube, 2012, p.336).

In bredere zin wordt ook wel gesteld dat de verkerstening van Afrikaanse landen een beweging betekende naar samenlevingen die meer op mannen gericht waren. De inheemse traditionele mannelijke en vrouwelijke identiteiten verdwenen hierbij, terwijl die juist gekenmerkt werden door hun flexibiliteit voor wat betreft onderlinge relaties. Die vermannelijking van de Afrikaanse spirituele ruimte door het Christendom heeft geleid tot een zwakkere machtspositie van de vrouw. Deze positie heeft vrouwen kwetsbaarder gemaakt voor aan gender gerelateerd geweld en infecties met HIV (Dube, 2012, p.347).

4.2.2. Culturele factoren

Uiteraard is die zwakke machtspositie van de vrouw niet alleen te wijten aan de komst van het Christendom. Zo zijn er nog een hoop andere culturele factoren die hebben bijgedragen aan een context waarin het percentage HIV-besmettingen in Botswana zo hoog kon oplopen.

Masculiniteit

Één van die factoren wordt gevormd door heersende ideeën over wat masculiniteit is, ofwel de rol van de man in de samenleving. In de theorie van de religiewetenschapper Gabaitse, is het beeld dat in Botswana van masculiniteit bestaat, gebaseerd op het idee dat mannen de materiële en economische kostwinnaars zijn. De vrouw is daarbij economisch afhankelijk van de man en dit leidt tot een ondergeschikte positie van de vrouw (Gabaitse, 2012, p.305-321).

Bovendien wordt degene die zijn vrouw onder controle weet te houden gezien als een echte man. Het gaat hierbij om controle over haar bewegingen, seksualiteit en lichaam. Dit sociaal-culturele construct resulteert erin dat vrouwen in intieme relaties vaak systematisch worden misbruikt. Wanneer mannen in Botswana vrouwen mishandelen en verkrachten doen zij dit om ze op hun plaats te zetten. Het zijn voor hen middelen om vrouwen ondergeschikt te houden en de eigen dominantie en controle te handhaven. Het past in het patriarchale systeem waarin mannen de weldoeners en de bevoorrechte zijn en vrouwen het tegenovergestelde. Deze zaken verklaren voor een deel dan ook het massale plaatsvinden van 'passion killings' in het land, dit zijn moorden op vrouwen door redenen zoals jaloezie, die de afgelopen decennia plaatsvonden (Gabaitse, 2012, p.305-321).

Wanneer de focus ligt op de manier waarop het beeld van masculiniteit de verspreiding van HIV in Botswana beïnvloedt, springt de hiertoe behorende eigenschap 'dapperheid' al gauw in het oog. Wanneer mannen die niet inzien dat onveilige seks tot HIV-besmetting kan leiden, zich proberen te gedragen naar het beeld van de roekeloze, onbevreesde man, is de kans groot dat dit leidt tot besmettingen. Deze mannen zien het hebben van onveilige seksuele interactie met een besmet persoon, of terwijl ze zelf besmet zijn, als een bewijs dat zij 'echte, sterke' mannen zijn. Bovendien is een echte man in dit beeld ook een veroveraar, wat promiscuïteit sociaal geaccepteerder maakt. Ook dit vergroot de kans op besmetting (Gabaitse, 2012, p.305-321).

Vruchtbaarheid

Een andere belangrijke factor in dit verband is de culturele houding die in Botswana ingenomen wordt tegenover vruchtbaarheid. Het gaat hierbij vooral om de, volgens de cultureel antropologe Scott, heersende overtuiging dat vrouwen moeten kunnen bewijzen dat zij niet onrein zijn. Dit kunnen zij doen door een kind te krijgen en daarmee hun baarmoeder 'te zuiveren' (Scott, 2009, p.89). Als een getrouwde vrouw er bewust voor kiest om geen kinderen te nemen kan dit grote consequenties hebben voor haar sociale status. Zo kan het betekenen dat zij geminacht zal worden door familie en vrienden en soms zelfs verbannen. Ook misbruikt worden door haar echtgenoot is vaak een reële consequentie, terwijl zij er in sommige gevallen zelfs akkoord mee zal moeten gaan dat haar man kinderen verwekt bij een andere vrouw (Phaladze, 2006, p.28). Het belang van een vrouw om kinderen te krijgen is dus groot. Dit werkt als vanzelfsprekend het aantal onveilige seksuele ontmoetingen, en daarmee het aantal HIV-besmettingen, in de hand.

Leviraatshuwelijken en sexual cleansing

Ook over de invloed van culturele gewoonten die betrekking hebben tot weduwen bestaat nog geen duidelijkheid in sociaal wetenschappelijke kringen. Onder bepaalde delen van de bevolking is het gewoonte dat weduwen om hun economische en sociale status te behouden, in het huwelijk treden

met de broer van de overledene, het zogenaamde leviraatshuwelijk. Omdat de kans vaak aanwezig is dat de echtgenoot van een jonge weduwe is overleden aan de gevolgen van Aids, scheidt deze situatie de juiste omstandigheden waarin het virus zich verder kan verspreiden (Sovran, 2013, p.35). In andere situaties is het voor de weduwe gebruikelijk om seksueel contact te hebben met een 'sexual cleanser'. Deze 'sexual cleanser' zou er door middel van penetratie dan voor zorgen dat de geest van de overledene uit het lichaam weggejaagd wordt. Hiermee zou ongeluk onder de levenden voorkomen worden. Deze sexual cleanser is in sommige gevallen echter ingehuurd en voert deze klus meerdere malen uit (Sovran, 2013, p.35). Ook dit zijn omstandigheden waarin het virus zich makkelijk kan verspreiden. Niettemin zijn de bestaande data nog niet toereikend om deze theorieën ook daadwerkelijk te kunnen ondersteunen met bewijs (Sovran, 2013, p.36).

4.3. Alternatieve visies op Aids

Er zijn een aantal alternatieve visies op Aids onder de bevolking ontstaan. De breedst gedragen alternatieve visie wordt hier besproken, waarna ook uitgeweid wordt over overige mythen en denkbeelden. Ook wordt uitgelegd hoe de alternatieve visie tot stand is gekomen in Botswana.

4.3.1. De breedst gedragen alternatieve visie op Aids

Ook de manier waarop in Botswana door de bevolking naar HIV/Aids werd aangekeken, heeft een rol gespeeld in de manier waarop er met het virus om is gegaan. Volgens de theorie van cultureel antropologe Suzette Heald wordt het virus door veel mensen niet gezien als een nieuw ziekte syndroom, maar als een 'oude' (2002, p.2). De manier waarop traditionele geneesheren en de profeten van pinkstergemeente kerken de opkomst van het virus hierbij geïnterpreteerd hebben, speelde hierbij een grote rol (Heald, 2006, p.5). Zij zagen de ziekte als een manifestatie van oude 'Tswana' ziekten, waarvan de kwaadaardigheid aan een nieuwe opleving onderhevig was. Er was in de filosofieën van deze alternatieve stroming sprake van twee mogelijke oorzaken voor die hernieuwde opleving. De ziekte als straf voor de toenemende oneerbiedige houding van de bevolking ten opzichte van de mores van de oude traditionele cultuur vormde hierbij de eerste mogelijke oorzaak. Daarnaast werd het ook wel gezien als een resultaat van oude ziekten die muteren op het moment dat zij met elkaar vermengen. Deze overtuigingen vormden de basis voor een alternatieve visie op het HIV/Aids. Hierbij werd het probleem niet erkend als een wereldwijd fenomeen, maar ontwikkelde zich het idee van een lokaal probleem (Heald, 2002, p.2).

In de kern van die alternatieve visie was Aids niet per se een ziekte, maar een vergiftiging die volgt op de overtreding van een voorschrift dat de voortplanting aangaat. Wanneer men zich aan die regels houdt is de waarde van seks niet beperkt tot de voortplanting, maar betekent het daarnaast het aangaan van een bloedlijn met een rechtmatige seksuele partner. Dit zou op zichzelf bevorderend zijn voor de gezondheid. In deze context ontwikkelde zich het idee dat condooms de infectie niet tegen gaan, maar juist een middel zijn in de oorsprong en verspreiding van het virus. Dit omdat zij het vloeien van bloedlijnen tussen rechtmatige partners juist tegen zouden houden (Heald, 2006, p.5-6).

4.3.2. Overige mythen en denkbeelden over HIV/Aids en condooms.

Uiteraard is de hiervoor beschreven alternatieve visie niet per se het enige alternatieve denkbeeld dat over HIV/Aids circuleerde. Er waren ook andere mythen en door cultuur ingegeven

overtuigingen die de ronde deden. Zo bestond het idee dat HIV en seks helemaal niet aan elkaar gerelateerd zouden zijn. Daarnaast bestond onder sommigen de overtuiging dat diegene die geïnfecteerd waren met AIDS de ziekte expres zouden verspreiden om te voorkomen dat zij alleen zouden sterven. Anderen leefden in de stellige overtuiging dat het onmogelijk zou zijn dat de ziekte in de eigen familie voorkwam (Scott, 2009, p.90).

Ook over condoms en condoomgebruik heersten nog andere alternatieve ideeën dan de hiervoor beschreven overtuiging van de condoom als verspreider van de ziekte. Zo zouden er gaten in gestoken zijn waardoor ze niet veilig zouden zijn. Condoms afkomstig van de overheid zouden bovendien van slechte kwaliteit zijn. Een ander gevaarlijke gedachte die de ronde deed was dat mensen die reeds besmet waren met HIV zichzelf niet meer hoefden te beschermen door veilige seks te hebben (Scott, 2009, p.90).

4.3.3 De totstandkoming van een alternatieve visie op Aids

Toch is de vraag hoe het zover heeft kunnen komen dat een alternatieve lokale visie op de ziekte daadwerkelijk voet aan de grond kreeg in Botswana. Voor een belangrijk deel is dit te verklaren vanuit de Westers georiënteerde manier waarop de eerste campagnes vorm werden gegeven. De 'Aids, easy as ABC' campagne is hiervan het duidelijkste voorbeeld (Heald, 2002, p.3). Zo ging het hierbij om een Engelstalige boodschap in een land dat daarnaast ook Setswana als officiële taal heeft. Het Setswana heeft dan ook geen eigen woord voor 'Aids' (Scott, 2009, p.90). Daarnaast was ook voor wat betreft de inhoud van de boodschap te weinig rekening gehouden met specifieke typerende aspecten voor de samenleving van Botswana. Het seksuele karakter van de ziekte zorgde ervoor dat er op het bespreken van de ziekte in zekere mate een taboe bleef liggen. De campagne hield echter weinig rekening met dit taboe en brak hierbij de omgangsregels die voor dergelijke onderwerpen in de samenleving normaal gesproken golden (Heald, 2002, p.3). Dit werkte uiteraard niet voordelig in het overbrengen van de juiste boodschap.

Daarnaast werd het aspect van de campagne dat pleitte voor het gebruik van voorbehoedsmiddelen door veel kerk gemeenschappen en andere burgers geïnterpreteerd als het toejuichen van het aangaan van meerdere seksuele relaties. De campagnes zouden daarmee volgens hen aanzetten tot immoreel gedrag en kregen op die manier een negatieve was om zich heen. Ze zouden op die manier gaan fungeren als symbolen van Westerse moraliteit en cultuur (Heald, 2002, p.3).

Daar kwam nog eens bij dat er al sinds de eerste berichten die over de ziekte naar buiten kwamen een zeker ongeloof onder de bevolking heerste over de ware aard van het virus. Dit had er mee te maken dat in Botswana relatief snel na de eerste gevallen van besmetting, al campagnes werden gevoerd om de bevolking in te lichten. Die campagnes stonden op dat moment nog in scherp contrast met de werkelijke situatie. Het grootste deel van de bevolking werd in de eigen omgeving nog maar zeer zelden geconfronteerd met mensen die aan de ziekte leden of er aan stierven. Mensen werden daardoor alleen via de radio geconfronteerd met de ziekte, wat tot gevolg had dat de ziekte onder de bevolking de 'radio disease' genoemd zou gaan worden (Heald, 2006, p.5).

De campagnes in het onderwijs waren eveneens cultureel ongepast. Bovendien waren zij niet berekend op de grote verschillen die bestonden op het gebied van rijkdom, kansen en onderwijs. De armste huishoudens waren over het algemeen die waaraan de ouderen aan het hoofd

stonden. Deze mensen hadden nooit toegang gehad tot modern onderwijs en merkten dat hun eigen aannames en waarden voortdurend genegeerd werden door de nieuwe stroming. Hierdoor bleven deze oude opvattingen bestaan en werden zij wellicht zelfs heftiger van aard. Bovendien werden traditionele geneesheren, lokale gemeenschappen en geestelijken, in tegenstelling tot omliggende landen, totaal niet betrokken bij de invulling van het onderwijs. Op die manier kreeg het onderwijs van de officiële kanalen het imago onder delen van de bevolking 'extern' en 'blank' te zijn. Er bestonden in de jaren '90 op die manier twee verschillende discoursen die totaal los stonden van elkaar en die niet met elkaar in gesprek kwamen (Heald, 2006, p.6).

De combinatie van deze factoren vormde de juiste omstandigheden voor het ontstaan van een alternatieve visie op de ziekte waarin condoms als oorzaak en verspreider van het virus aangewezen konden worden.

4.4 Opvallend contrast met 'moslimlanden'

Het is tot slot een opvallende statistiek dat in veel landen in Afrika het percentage moslims dat er woont omgekeerd evenredig is met het percentage HIV-besmettingen (Gray, 2004, p.1). Het feit dat de groep moslims in Botswana met een omvang van slechts één procent amper noemenswaardig is, terwijl het percentage HIV-besmettingen zeer hoog ligt past dan ook in dit plaatje. De vraag is in hoeverre deze zaken met elkaar te maken hebben. Zonder voorbij te willen gaan aan alle andere factoren die de verschillen kunnen verklaren is het op zijn minst een interessant gegeven te noemen. Het doen van nader onderzoek naar de oorzaken van deze verschillen lijkt dan ook geen verspilling van tijd te zijn.

De aandacht zou in dit verband gelegd kunnen worden op de manier waarop seksualiteit wordt beïnvloed door de aanwezigheid van de Islam in die landen. Er bestaan bovendien vooraanstaande medisch specialisten die in de mannelijke besnijdenis een goede maatregel zien om de verspreiding van HIV in sub Sahara Afrika, en dus ook in Botswana, te beperken (Avert, 2005, p.1-11). De besnijdenis van mannen is voor Moslims verplicht. Niettemin bestaat over dit onderwerp nog veel discussie en is er nog geen sluitend bewijs over de mate waarin deze maatregel, afgezien van de mogelijke bijeffecten, daadwerkelijk het gewenste resultaat zou bieden.

4.5 Evaluatie van de disciplinaire inzichten

De manier waarop religie en cultuur zich in Botswana hebben gemanifesteerd heeft dus een zekere invloed gehad op de verspreiding van HIV en daarmee op het hoge percentage besmettingen. Uiteraard is er niet over elke mogelijke oorzaak een definitieve uitspraak te doen. Zo is er bijvoorbeeld meer onderzoek nodig naar de invloed van een eventuele maatregel als de mannelijke besnijdenis en de culturele praktijken met weduwen op de verspreiding van HIV, om hier een zinnige uitspraak over te kunnen doen. Niettemin kan er, gelet op de invloed van religieuze en culturele aspecten van de samenleving, grofweg een onderscheid gemaakt worden in twee manieren waarop deze invloed zich heeft gemanifesteerd. Het gaat hierbij om de ongelijke genderverhoudingen en alternatieve visies op HIV/Aids.

De meest omvangrijke oorzaak voor het plaatsvinden van onveilige seks kan worden teruggevonden in de ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen. Dit vertaalt zich vervolgens in ongelijke seksuele machtsverhoudingen. De combinatie van verschillende culturele factoren zoals het beeld van masculiniteit en vruchtbaarheid en de komst van het Christendom zijn

verantwoordelijk geweest voor de ongelijke machtsverhoudingen. Deze factoren schiepen een context waarin vrouwen geen of weinig controle bezaten over het gebruik van maatregelen om HIV-besmetting te voorkomen.

Daarnaast was er sprake van alternatieve visies op Aids. Doordat het overheidsbeleid en campagnes op dit gebied niet voldoende af waren gestemd op de heersende cultuur en normen en waarden, kon zich een alternatieve visie op de ziekte ontwikkelen. Dit zorgde ervoor dat het virus zich makkelijker kon verspreiden waardoor het percentage HIV-besmettingen hoger kwam te liggen.

5. Integratie

In dit hoofdstuk worden de inzichten die zijn voortgekomen uit de drie disciplinaire literatuuronderzoeken geïntegreerd. Dit gebeurt in een aantal stappen, naar het idee van Alan Repko (2012). Repko definieert interdisciplinaire integratie als het cognitieve proces van kritische evaluatie van disciplinaire inzichten en het creëren van een 'common ground' daartussen, om een meer omvattend inzicht/begrip te construeren. Het nieuwe uiteindelijke inzicht is het resultaat van het integratieve proces (p.263).

Om de inzichten van de drie vakgebieden te kunnen integreren, is het van belang de gevonden inzichten op een rij te zetten. In de voorgaande drie hoofdstukken zijn een aantal factoren naar voren gekomen, die mogelijk het hoge aantal HIV besmettingen in Botswana kunnen verklaren. Deze gevonden inzichten zijn verkort gepresenteerd in een tabel (§5.1). Hierna worden overeenkomsten en verschillen tussen de inzichten geïdentificeerd. Ook eventuele conflicten worden geïnventariseerd en, waar mogelijk, worden hiervoor oplossingen gegeven (§5.2). Op basis van deze overeenkomsten en verschillen zullen wij 'common ground' creëren door de geproduceerde inzichten te reorganiseren met behulp van de organisatietechniek van Repko (§5.3). Tot slot presenteren we een meer omvattend inzicht (§5.4).

5.1. Gevonden inzichten

De gevonden factoren die het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana mogelijk kunnen verklaren zijn terug te zien in tabel 5.1 op de volgende pagina. De factoren in de tabel staan op volgorde van de hoofdstukken. Dit betekent dat factor 1 tot en met 3 de gevonden factoren vanuit de politieke geschiedenis zijn, factor 4 tot en met 7 onder ontwikkelingsgeografie vallen, en factor 8 en 9 uit de religiewetenschappen komen.

Mogelijke factor	Geproduceerd inzicht bij factor	Concepten
1. Grote mate van bureaucratie	<ul style="list-style-type: none"> - Slechte communicatie tussen burgers en overheid (ontbreken van een feedbacksysteem) - Lange wachttijden en concurrentie door de hoeveelheid organisaties 	Goed bestuur, internationale hulp gelden, hervormingen, feedback, bevolking, initiatieven, top down
2. Wijze van implementeren	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik van Westerse methodologie als basis voor de programma's - Ontbreken van een goede infrastructuur waardoor implementatie lastig is 	Preventie, behandeling, internationale gemeenschap, NACA, top down
3. Er is geen enkele organisatie of nationale overheid die verantwoordelijk gesteld wordt voor het resultaat van de hulpprogramma's	<ul style="list-style-type: none"> - Door de hoeveelheid betrokkenen zijn individuele acties niet te meten - Organisaties en overheden hoeven geen verantwoording af te leggen aan burgers 	Verantwoordelijkheid, internationale gemeenschap, doelstellingen, hulpprogramma's
4. Lage economische/sociale weerbaarheid tegen ziektes	<ul style="list-style-type: none"> - Het kan veel verschil maken of een huishouden sterke of zwakke vangnetten heeft om de klap van HIV en Aids op te vangen - De HIV en aids epidemie heeft zelf ook invloed op de economische en sociale weerbaarheid van individuen 	Informeel vangnetten, formele vangnetten, indicatoren, kwetsbaarheid, vicieuze cirkel van HIV en aids en educatie, bevolkingspiramide
5. Kwaliteit gezondheidszorg	Toegang tot behandelingen lijkt erg goed, met name PMTCT (dit is dus een factor die het hoge aantal HIV besmettingen niet verklaard, maar waarschijnlijk juist zorgt voor een lager aantal HIV besmettingen)	PMTCT, VCT

6. Invloed migranten, werkmigranten (mijnbouwwerkers) en vrachtverkeer	<ul style="list-style-type: none"> - Migratie draagt bij aan de verspreiding van HIV en in Botswana vindt veel interne migratie plaats. - Mijnbouwwerkers (vaak migranten) en vrachtwagenchauffeurs hebben waarschijnlijk bijgedragen aan de verspreiding van HIV 	Migratie, HIV risico, commerciële seksindustrie
7. Discours bevolking	<ul style="list-style-type: none"> - Er is veel sprake van stigmatisering en discriminatie - De bevolking heeft niet altijd genoeg kennis over HIV en Aids en condoomgebruik 	Discours, stigmatisering, discriminatie, implementatie beleid, angst, educatie, kennis, condoomgebruik
8. Machtsbalans man/vrouw	<ul style="list-style-type: none"> - Er is sprake van machtsongelijkheid. Scheve machtsverhoudingen zorgen voor minder veilige seks. - Ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen en hun verschil in leeftijd zorgen ervoor dat condooms minder snel gebruikt worden. - De machtsongelijkheid wordt OA veroorzaakt door de komst van het Christendom, de rol van masculiniteit en het heersende beeld van vruchtbaarheid 	Machtsongelijkheid, veilige seks, leeftijdsverschil, condoomgebruik, Christendom
9. Alternatieve visies op Aids	<ul style="list-style-type: none"> - Er kwamen meerdere alternatieve visies op HIV en Aids. In de belangrijkste hiervan werden condooms juist als verspreider van het virus gezien. - Aids campagnes op de radio en in het onderwijs waren cultureel ongepast, hielden geen rekening met tradities, zij hadden dus een averechts effect. 	Alternatieve visie, condoomgebruik, hulpprogramma's, 'the radio disease'

Tabel 5.1: Overzicht van disciplinaire inzichten.

5.2. Overeenkomsten en verschillen

Een aantal dingen valt op wanneer de tabel wordt bestudeerd. Er zijn overeenkomsten en verschillen tussen de factoren te identificeren, zij het tussen de geproduceerde inzichten of de concepten. Deze zullen in de volgende subparagrafen besproken worden.

5.2.1. Kennis

Opvallend is het concept hulpprogramma, dat in meer of mindere mate terugkeert in de resultaten van de drie vakgebieden. Centraal bij de hulpprogramma's staat kennisoverdracht vanuit de overheid naar de bevolking. Vanuit de ontwikkelingsgeografie is geconcludeerd dat de Botswanaanse bevolking niet voldoende juiste kennis over HIV en Aids bezit. Vanuit het vakgebied politieke geschiedenis werd echter gesteld dat er wel degelijk genoeg kennis aanwezig is in Botswana, maar dat de inhoud van de hulpprogramma's niet gedragen wordt door de bevolking. De preventieprogramma's bereiken de bevolking tot op zekere hoogte, waardoor de bevolking over het algemeen wel gehoord heeft van Aids, maar de diepgaandere inhoud van de programma's (waarin bijvoorbeeld wordt uitgelegd hoe HIV overgedragen wordt) bereikt de bevolking niet, of daar staan zij niet genoeg voor open. De discipline verklaart dit door de wijze van implementeren waarbij de bureaucratische structuur en de Westerse invloeden centraal staan. Ook vanuit het vakgebied religiewetenschappen worden verklaringen hiervoor gegeven. Hier wordt aangegeven dat hulpprogramma's niet aansluiten bij de cultuur van de Botswanaanse bevolking, waardoor zij de inhoud van de programma's niet volledig tot zich kunnen nemen. Daardoor gaan zij zelf 'theorieën' over HIV en Aids bedenken. Dit kan leiden tot alternatieve visies op Aids.

5.2.2. De visie van de bevolking op HIV en Aids

Een tweede overeenkomst is de kijk van de bevolking naar HIV en Aids. De ontwikkelingsgeografie spreekt over het discours van de bevolking als factor. Dit zijn de gesprekken/conversaties van de Botswanaanse bevolkingsgroepen, ofwel hun kijk op HIV en Aids. Vanuit de religiewetenschap wordt gesproken over het ontstaan van een zogenoemde alternatieve visie op Aids. Deze visie is in feite ook onderdeel van het discours van de bevolking zoals bij de ontwikkelingsgeografie gedefinieerd. Hierin vullen deze twee vakgebieden elkaar dus aan.

Daarnaast tonen inzichten vanuit de ontwikkelingsgeografie aan, dat stigmatisering en discriminatie een grote rol spelen onder de Botswana. Wanneer de overheidsprogramma's op een andere manier waren geïmplementeerd, waren HIV en Aids wellicht als 'normalere', veelvoorkomende problemen overgekomen op de bevolking. Wanneer er minder sprake zou zijn van stigmatisering en discriminatie, hoeft de bevolking zich minder te schamen (en hun HIV-positiviteit te verzwijgen), wat wel degelijk had kunnen leiden tot een gedragsverandering.

5.2.3. Twee perspectieven

De perspectieven die de vakgebieden gebruiken laten een verschil zien. De politieke geschiedenis bekijkt het probleem van HIV en Aids vanuit het perspectief van de overheid. De religiewetenschap (en de ontwikkelingsgeografie ook gedeeltelijk) bekijkt het probleem daarentegen vanuit het perspectief van de bevolking. Het probleem wordt hier dus benaderd vanuit verschillende uitgangspunten. Dit verschil is echter niet zozeer een conflict, maar kan juist een bredere visie tot gevolg hebben.

Een combinatie van deze twee perspectieven kan bijvoorbeeld leiden tot een meeromvattend inzicht over het *top down beleid* van de Botswaanse overheid. Het blijkt dat het geïmplementeerde beleid veelal vanuit de overheid of internationale organisaties geïmplementeerd wordt. Het beleid komt van boven naar onder, waardoor feedback vanuit de bevolking terug naar de overheid ontbreekt (van onder naar boven). Vanuit de religiewetenschap wordt verklaard dat om die reden het beleid vaak niet aansluit op de cultuur. Dit leidt ertoe dat de bevolking een eigen visie over Aids gaat vormen. Er wordt echter niets teruggekoppeld naar de overheid: die is niet op de hoogte van de aanwezigheid van een dergelijke alternatieve visie op Aids. Hierdoor kan de overheid hier niet op inspelen. Als er wel communicatie van de bevolking naar de overheid (bottom-up) zou zijn, dan zou er wellicht geen alternatieve visie hoeven ontstaan, of zou deze snel verdwijnen. De hulpprogramma's zouden dan effectiever kunnen werken.

5.2.4. De HIV en Aids problematiek: economisch/politiek versus cultureel

Kijkend naar gevonden factoren per vakgebied, lijkt er in de verschillende vakgebieden ook anders tegen het probleem aangekeken te worden. De politieke geschiedenis onderzoekt het probleem met de aanname dat het hoge aantal HIV en Aids gevallen in Botswana een voornamelijk economisch en politiek probleem is, terwijl het onderzoek vanuit de religiewetenschappen is gebaseerd op de aanname dat het voornamelijk een cultureel probleem is. De ontwikkelingsgeografie lijkt deze aannames enigszins te combineren. Het is nuttig om zich bewust te zijn van de onderliggende aannames waar een onderzoeker, zij het bewust of onbewust, zijn of haar onderzoek op baseert.

5.3. Creatie van common ground met behulp van de organisatietechniek

De analyse van de inzichten heeft geen echte conflicten naar voren gebracht, maar laat zien dat er veel overlap tussen de disciplinaire inzichten bestaat en deze elkaar voornamelijk aanvullen. De inzichten zullen wij daarom integreren met behulp van de techniek *organisatie* (Repko, 2012, 346). Dit leidt in eerste instantie tot het creëren van een *common ground*.

Interdisciplinaire *common ground* creëert samenhang tussen de vakgebieden, door de verschillen tussen inzichten of theorieën grotendeels te verzoenen en vervolgens te integreren (Repko, 2012, p. 322). Zoals gezegd creëren wij de *common ground* met behulp van de zogeheten organisatietechniek van Repko. Bij de organisatietechniek worden concepten of inzichten zodanig geordend dat de relatie ertussen duidelijk wordt. De focus ligt op de algehele relaties tussen verschillende variabelen of clusters van variabelen (Repko, 2012, p.346). Wij hebben de mogelijke factoren die het hoge HIV percentage in Botswana kunnen verklaren gereorganiseerd in de vorm van een conceptueel schema. Om de figuur beter te kunnen begrijpen, zullen wij eerst uitleggen hoe we hiertoe gekomen zijn.

5.3.1. De organisatie

Om structuur aan te brengen zullen we de factoren verdelen over een aantal concepten. Op deze manier maken we het mogelijk de oorzaken schematisch weer te geven en daarbij in grote lijnen bepaalde causale verbanden te onderscheiden. Hierdoor kunnen de mogelijke oorzaken en de verhoudingen daartussen in een oogopslag worden waargenomen. Wanneer de gevonden oorzaken op een rijtje worden gezet, valt al snel op dat nagenoeg al deze factoren zijn te verdelen onder oorzaken die te maken hebben met de 'bevolking' of de 'overheid'.

Overheid

De kenmerken die oorzaken onder de noemer 'overheid' laten vallen, hebben gemeenschappelijk dat ze op een bepaalde manier het beleid voor preventie van de verspreiding van HIV negatief beïnvloeden. Er is hierbij sprake van factoren die het beleid direct beïnvloeden en van factoren die de omstandigheden bepalen waarin de overheid te werk moet gaan. Het gaat hierbij om:

Beleidsfactoren:

- (1) De grote mate van bureaucratie door de grote hoeveelheid organisaties
- (2) De goede kwaliteit van de gezondheidszorg
- (3) De wijze waarop de hulp is geïmplementeerd

Factoren omstandigheden:

- (4) Het feit dat niemand gedwongen wordt om verantwoordelijkheid te nemen

Bevolking

De kenmerken die oorzaken onder het concept 'bevolking' laten vallen hebben te maken met de manier waarop HIV zich onder de bevolking kan verspreiden. Dit heeft te maken met de omstandigheden waaronder het virus zich onder de bevolking verspreidt, maar daarnaast heeft het ook voor een belangrijk deel te maken met de manier waarop mensen op de hulpprogramma's ('het beleid') reageren. Die reactie wordt beïnvloed door de manier waarop mensen met elkaar omgaan, welke normen en waarden zij hierbij hanteren en hoe zij op het gebied van macht in verhouding staan tot elkaar. We zullen factoren die hiermee te maken hebben plaatsen onder het concept 'cultuur'. Het gaat hierbij om:

Culturele Factoren:

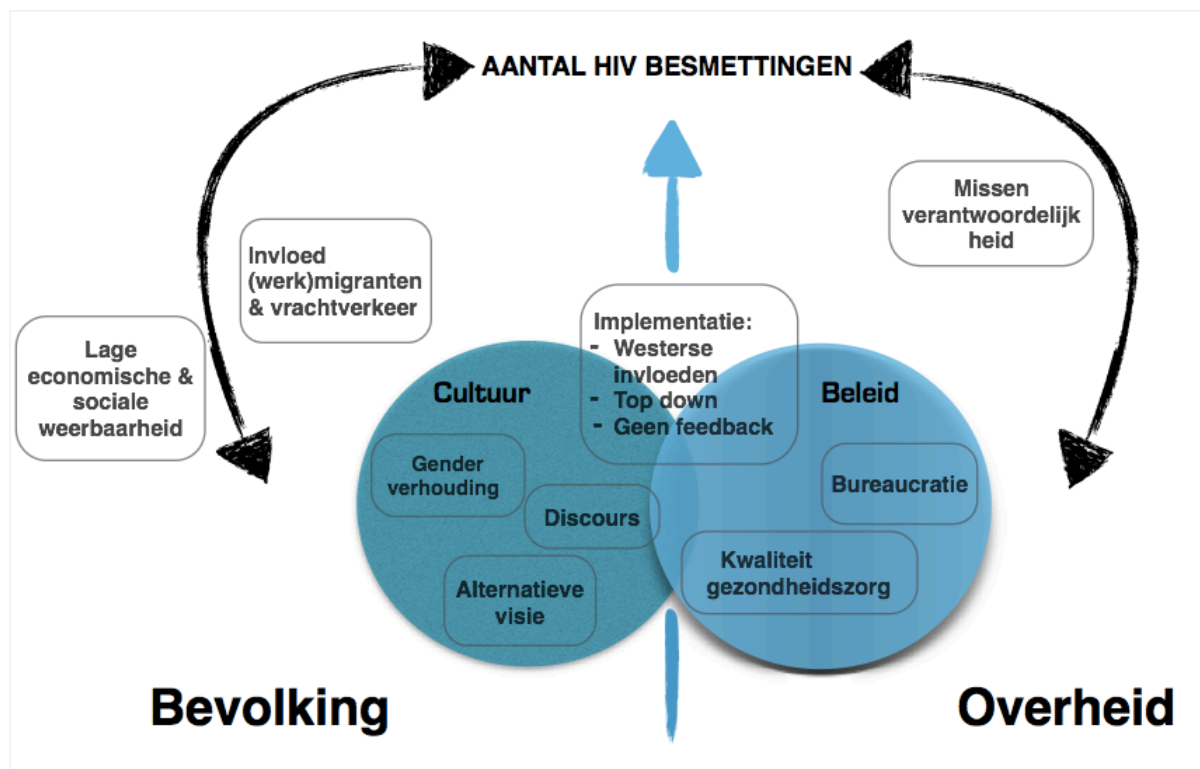
- (1) Ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen
- (2) Het negatieve discours over HIV en Aids, oftewel de sociale plek die het virus inneemt in de samenleving.
- (3) De ontwikkelde alternatieve visies op Aids

Factoren omstandigheden:

- (4) De lage economische en sociale weerbaarheid
- (5) De manier waarop arbeiders zich over het gebied verplaatsen

Causale verbanden

Wanneer de factoren worden geanalyseerd vanuit de nieuwe concepten, springen een aantal zaken in het oog. Zo kunnen we overheid en bevolking tegenover elkaar zetten als respectievelijk uitdelers en ontvangers van hulp om de verspreiding van HIV tegen te gaan. De overheid en de bevolking ontmoeten elkaar wanneer beleid en cultuur elkaar ontmoeten: de fase van beleidsimplementatie. Dit is echter waar het mis lijkt te gaan. Het overheidsbeleid is over het algemeen niet goed genoeg afgestemd op de onderlinge verhoudingen, normen en waarden van de bevolking onder andere omdat het te Westers georiënteerd is. Dit lijkt de belangrijkste oorzaak te zijn waardoor het beleid weinig vruchten afwerpt. Daarbij komt dat er sprake is van eenrichtingsverkeer waardoor feedback over de hulp ontbreekt. Deze factoren samen zorgen er met name voor dat de ziekte zich makkelijk kan verspreiden, en verklaart zo het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana. De causale verbanden hebben we weergegeven met pijlen. Hier onder is het resultaat van onze toepassing van de organisatietechniek schematisch gepresenteerd (zie figuur 5.1).



Figuur 5.1: Een schematische weergave van de reorganisatie.

5.4. Een meer omvattend inzicht

De centrale vraagstelling zoals deze in de inleiding naar voren is gekomen, luidt: *Welke factoren kunnen het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana verklaren?*. Met behulp van de reorganisatie kan een meer omvattend inzicht met betrekking tot de HIV en Aids problematiek in Botswana gepresenteerd worden.

De inzichten uit de drie vakgebieden hebben ons elk factoren geboden die van invloed zijn op het hoog aantal HIV besmettingen. Het is te zien dat het een complex probleem is waar niet één antwoord of één factor voor te vinden is. Om die reden hebben wij de gevonden factoren onderverdeeld in beleidsfactoren en culturele factoren, om zo te kijken naar de relatie tussen deze factoren. Zoals uit het kopje over causale verbanden blijkt hebben wij als een belangrijke samengevoegde factor het falen van de implementatie van hulpprogramma's gevonden. De communicatie tussen de overheid en de bevolking is erg slecht door het ontbreken van een goed feedbacksysteem. Ook de bureaucratie zorgt ervoor dat burgerinitiatieven moeilijk op te zetten zijn. Om deze reden wordt vanuit de overheid te weinig rekening gehouden met het discours en de normen en waarden van de bevolking, maar ook met tradities en bijvoorbeeld genderverhoudingen. Het blijkt dat de bevolking de inhoud van de programma's niet draagt, wat versterkt wordt door het ontstaan van stigmatisering en discriminatie. De programma's werken op deze manier dus eigenlijk averechts voor de bevolking, waardoor er geen gedragsverandering plaatsvindt en de programma's ineffectief blijken. Gevonden factoren zoals het ontbreken van een financiële prikkel voor de overheid, als het verspreiden van HIV door vrachtwagenchauffeurs en werkmigranten vallen ook onder de verdeling 'bevolking' en 'overheid'. Concluderend kan gezegd worden dat er geen 'schuld' gelegd kan worden bij ofwel de overheid ofwel de bevolking, maar dat het de interactie tussen deze twee groepen is die niet werkt en zij niet goed op elkaar aansluiten.

Conclusie en discussie

In deze scriptie stond de vraag ‘Welke factoren kunnen het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana verklaren?’ centraal. Er is eerst een contextueel kader geschetst waarin feiten over Botswana en HIV zijn gepresenteerd. Vervolgens zijn mogelijke factoren die het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana kunnen verklaren onderzocht vanuit drie vakgebieden, te weten de politieke geschiedenis en internationale betrekkingen, de ontwikkelingsgeografie en de religiewetenschappen. Daarna zijn de gevonden inzichten geïntegreerd door middel van de creatie van een *common ground*. Dit is gedaan met behulp van de interdisciplinaire organisatietechniek. Zo is tot een meer omvattend inzicht gekomen in de vorm van een antwoord op de onderzoeksvraag. De belangrijkste factor die het hoge percentage HIV besmettingen in Botswana kan verklaren is de wisselwerking tussen de overheid en de bevolking, welke zich uit in een ineffectieve implementatie van hulpprogramma's door de overheid, die niet in lijn is met de cultuur van de bevolking.

Het antwoord op de onderzoeksvraag die in deze scriptie centraal staat biedt zeker geen algehele oplossing voor het HIV en Aids probleem in Botswana. Wel is een meer omvattend inzicht geboden in de mogelijke oorzaken voor het hoge percentage HIV besmettingen. We hebben geprobeerd de factoren zo goed mogelijk in kaart te brengen. Doordat het probleem vanuit verschillende vakgebieden benaderd is, biedt het een breed overzicht van de factoren die te maken (kunnen) hebben met de HIV problematiek. Wij zijn ons bewust van het feit dat het HIV en Aids probleem in Botswana niet één oplossing bevat die wij zouden kunnen geven in een scriptie. Wij zijn echter van mening dat onze poging om een analyse te maken van de verschillende factoren, zeker een bijdrage zou kunnen leveren wanneer oplossingen voor het probleem aangedragen moeten worden.

De verschillende vakgebieden hebben alle drie nuttige inzichten geleverd met betrekking tot het HIV probleem in Botswana. Wat het onderzoek echter nog sterker had kunnen maken is de toevoeging van andere relevante vakgebieden, zoals de economie en een medisch perspectief. Voor eventueel vervolgonderzoek willen wij dan ook de toevoeging van inzichten uit deze vakgebieden aanraden.

Bibliografie

- African Economic Outlook (2013). *Country notes Botswana*. Geraadpleegd via <http://www.african-economicoutlook.org/en/countries/southern-africa/botswana/> op 18-12-2013.
- Afrobarometer Online Data Analysis (2012). *Afrobarometer Round 5 (2010-2012)*. Geraadpleegd via <http://www.afrobarometer-online-analysis.com/aj/AJBrowserAB.jsp> op 12-12-2013.
- Aidsfonds (2013). *Wat zijn hiv & aids?* Geraadpleegd via <http://www.aidsfonds.nl/hiv aids/wat> op 23-12-2013.
- Allen, T. & Heald, S. (2004). HIV/AIDS policy in Africa: What has worked in Uganda and what has failed in Botswana? *Journal of international development, volume 16*, pp.1141-1154. Geraadpleegd via <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/jid.1168/asset/1168 ftp.pdf?v=1&t=hqjptnj4&s=a3a5ba3b929cfb3adc8bcb81da515350ca91f4da> op 10-12-2013.
- Andersson, N. & Cockcroft, A. (2012). Choice-disability and HIV-infection: A cross sectional study of HIV status in Botswana, Namibia and Swaziland. *AIDS and behavior, volume 16, issue 1*, pp.189-198. DOI: 10.1007/s10461-011-9912-3.
- Auvert, B., Lagarde, E., Puren, A., Sitta, R., Sobngwi-Tambekou, J. & Taljaard, D. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Med, volume 2*, pp.1-11. DOI:10.1371/journal.pmed.0020298.
- Avert (2013). HIV&AIDS in Botswana. *AVERTing HIV and AIDS*. Geraadpleegd via <http://www.avert.org/hiv-aids-botswana.htm> op 23-12-2013.
- BBC (2011). *Is a world without AIDS possible?* News Africa. Geraadpleegd via <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-15927836> op 20-12-2013.
- Beaulier, S.A. (2003). Explaining Botswana's Success: The Critical Role of Post- Colonial Policy. *Cato Journal, volume 23, issue 2*, pp.227-240.
- Bermejo, A. (2004). *HIV/AIDS in Africa, International Responses to the pandemic*. London: Institute for the Public Policy Research. pp.164-169.
- Burgess, J. (2006). *Country pasture/forage resource profiles: Botswana*. FAO. Geraadpleegd via <http://www.fao.org/ag/Agp/AGPC/doc/Counprof/PDF%20files/Botswana.pdf> op 28-01-2013.
- Churi, C. & Anjenaya, S. (2010). Sexual behavior among truck drivers halting at Kalamboli Truck Terminal, Navi Mumbai. *Australasian medical journal, volume 1, issue 4*, pp.271-274. DOI: 10.4066/AMJ.2010.224.

- CIA (2013). *The World Factbook*. Central Intelligence Agency. Geraadpleegd via <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bc.html> op 19-12-2013.
- Clarival, C. (2010). *De economische impact van HIV/aids in Afrika*. Masterproef aan de Universiteit Gent, academiejaar 2009 – 2010. Geraadpleegd via http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/449/RUG01-001459449_2011_0001_AC.pdf op 29-01-2014.
- Claus, S. (2007). *Veel bureaucratie rond aidsremmers*. De verdieping Trouw. Geraadpleegd via <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/archief/article/detail/1658192/2007/02/19/Veel-bureaucratie-rond-aidsremmers.dhtml> op 27-01-2014.
- Creek, T.L., Alwano, M.G., Molosiwa, R.R., Roels, T.H., Kenyon, T.A., Mwasalla, V., Lloyd, E.S., Mokomane, M., Hastings, P.A., Taylor, A.W. & Kilmarx, P.H. (2006). Botswana's Tebelopele voluntary HIV counseling and testing network: Use and client risk factors for HIV infection, 2000-2004. *JAIDS- Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, volume 43, Issue 2, pp.210-218.
- De Korte, D., Mazonde P. & Darkoh E. (2004). *Introducing ARV Therapy in the Public Sector in Botswana*. Geraadpleegd via: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/botswana.pdf op 18-12-2013.
- Dube, M. W. (2012). Youth masculinities and violence in an HIV and AIDS context: Sketches from Botswana cultures and pentecostal churches. In: S. Chirongoma & E. Chitando (Eds.) (2012). *Redemptive masculinities: Men, HIV and religion* (pp. 323-353). Geneva: World Council of Churches Publications.
- Easterly, W. (2006). *The White Man's Burden*. Oxford, New York: Penguin Press.
- Evans, R. (2013). *HIV and AIDS*. Interview afgenomen door Royal Geographical Society. Geraadpleegd via <http://www.rgs.org/OurWork/Schools/Geography+in+the+News/Ask+the+experts/HIV+and+AIDS.htm> op 20-12-2013.
- Foster, G. (2007). Under the radar: Community safety nets for AIDS-affected households in Sub-Saharan Africa. *AIDS care: Psychological and socio-medical aspects of HIV/AIDS*, volume 19, supplement 1, pp.54-63. DOI: 10.1080/09540120601114469.
- Friedman, D. (2010). *How Botswana beat AIDS*. The Daily Beast. Geraadpleegd via <http://www.thedailybeast.com/articles/2010/06/04/in-saturday-is-for-funerals-unity-dow-and-max-essex-show-how-botswana-beats-aids.html> op 23-12-2013.
- Gabaitse, R. M. (2012). Passion killings in Botswana: Masculinity at crossroads. In S. Chirongoma & E. Chitando (Eds.) (2012). *Redemptive masculinities: Men, HIV and religion* (pp. 305-321). Geneva: World Council of Churches Publications.
- Gray, P. B. (2004). HIV and Islam: is HIV prevalence lower among Muslims? *Social Science & Medicine*, volume 58, issue 9, pp.1751-1756.

- Haacker, M. (2004). HIV/AIDS: The impact on the social fabric and the economy. Hoofdstuk 2 in: Haacker, M. (Ed.) (2004). *The Macroeconomics of HIV/Aids* (pp.41-95). Washington D.C.: International Monetary Fund.
- Heald, S. (2002). It's never as easy as ABC: Understandings of Aids in Botswana. *African Journal of Aids Research, volume 1, issue 1*, pp.1-10.
- Heald, S. (2006). Abstain or Die: The Development of HIV/AIDS Policy in Botswana. *Journal of Biosocial Science, volume 38, issue 1*, pp.29-41.
- Hope, K.R. (2000). Mobile workers and HIV/AIDS in Botswana. *AIDS analysis Africa, volume 10, issue 4*, pp.6-7.
- Hubbard, P. (2012). Social inequalities, spatial divides. Hoofdstuk 10 in: Daniels, P., Bradshaw, M., Shaw, D. & Sidaway, J. (Eds.). (2012). *An introduction to human geography (fourth edition)* (pp.219-236). Harlow, England: Pearson.
- Ingstad, B. (1990). The Cultural Construction of Aids and Its Consequences for Prevention in Botswana. *Medical Anthropology Quarterly, volume 4, issue 1*, pp.28-40. DOI: 10.1525/maq.1990.4.1.02a00030.
- Ingstad, B. (1997). AIDS and the elderly Tswana: The concept of pollution and consequences for Aids prevention. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, volume 12*, pp.357-372.
- Kalipeni, E., Oppong, J. & Zerai, A. (2007). HIV/AIDS, gender, agency and empowerment issues in Africa. *Social science & medicine, vol. 64, issue 5*, pp.1015-1018. Geraadpleegd via <http://www.sciencedirect.com.proxy.library.uu.nl/science/article/pii/S0277953606005223> op 20-12-2013.
- Kandala, N.B., Campbell, E.K., Rakgoasi, S.D., Madi-Segwagwe, B.C. & Fako, T.T. (2012). The geography of HIV/AIDS prevalence rates in Botswana. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.), volume 4*, pp.95-102. Geraadpleegd via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3411371/> op 20-12-2013.
- Korte, de, D., Mazonde, P., Darkoh, E. (2004). *Introducing ARV therapy in the public sector in Botswana*. Geneva: World Health Organization.
- Langen, T. T. (2005). Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. *African Health Sciences, volume 5, issue 3*, pp.188-197. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314%2Fahs.v5i3.7016>.
- Letamo, G. (2004). HIV/AIDS-related stigma and discrimination among adolescents in Botswana. *Etude de la Population Africaine, volume 19, Issue 2*, pp.191-204.

- MacDonald, D.S. (1996). Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Botswana. *Social science & medicine*, vol. 42, no.9, pp.1325-1333. Geraadpleegd via http://ac.els-cdn.com.proxy.library.uu.nl/0277953695002235/1-s2.0-0277953695002235-main.pdf?_tid=38d34014-717b-11e3-bfe500000aabb0f01&acdnat=1388426163_d6c6baeb57becb73b3328c8bc1073d98 op 30-12-2013.
- Madi, B., Kandala, N., Campbell, E. & Rakgoasi, D. (2011). The geography of HIV/AIDS infection in Botswana. *Journal of Epidemiology and Community Health*, volume 65, issue 2, p.A35.
- Masanjala, W. (2007). The poverty-HIV/AIDS nexus in Africa: A livelihood approach. *Social science & medicine*, volume 64, issue 5, pp.1032-1041. Geraadpleegd via <http://www.sciencedirect.com.proxy.library.uu.nl/science/article/pii/S027795360600520X> op 20-12-2013.
- Mathangwane, J.T. (2011). People's perceptions of HIV/AIDS as portrayed by their labels of the disease: The case of Botswana. *Sahara J*, volume 8, issue 4, pp.197-203.
- Matlhare, R. (2010). *Country spotlight Botswana: The AIDS response has been catalytic in strengthening our health system*. Interview met Botswana's coördinator van the National AIDS Coordinating Agency, Richard Matlhare, door UNAIDS op 21 September 2010. Geraadpleegd via <http://www.unaids.org/en/resources/featurestories/2010/september/20100921fsmdbgbotswanaqa/> op 31-12-2013.
- Ministry of Health (2012). *National Response and Partnerships*. Department of HIV/AIDS Prevention and Care. Geraadpleegd via <http://www.hiv.gov.bw/content/national-response-and-partnerships> op 28-01-2014.
- National AIDS Coordinating Agency (2012). *Botswana 2012 global AIDS response report: Progress report of the national response to the 2011 declaration of commitments on HIV and AIDS (Reporting Period: 2010-2011)*. Geraadpleegd via [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BW_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BW_Narrative_Report[1].pdf) op 27-12-2013.
- Nationale Omroep Stichting (2009). *Woede over uitspraken paus*. Geraadpleegd via <http://nos.nl/audio/22835-woede-over-uitspraken-paus.html> op 10-12-2013.
- Nthomang, K., Phaladze, N., Oagile, N., Ngwenya, B., Seboni, N., Gobotswang, K. & Kubanji, R. (2009). People living with HIV and AIDS on the brink: Stigma - a complex sociocultural impediment in the fight against HIV and AIDS in Botswana. *Health care for women international*, volume 30, Issue 3, pp.233-234. DOI: 10.1080/07399330802662077.
- Onyewadume, M.A. (2008). HIV/AIDS-anxiety among adolescent students in Botswana. *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 30, issue 3, pp.179-188.
- Patheos (2013). *African Initiated Churches*. Patheos Library. Geraadpleegd via <http://www.patheos.com/Library/African-Independent-Churches.html> op 12-12-2013.

- Phaladze, N. & Tlou, S. (2006). Gender and HIV/AIDS in Botswana: A focus on inequalities and discrimination. *Gender & Development*, volume 14, issue 1, pp.23-35. DOI:10.1080/13552070500518095.
- Pinto, J.W. (2013). *Reasons for limited response to HIV/Aids in certain faith-based ministries: A case study of Cloud and Fire Ministry, Kanye, Botswana*. Stellenbosch University. Geraadpleegd via <http://hdl.handle.net/10019.1/80244> op 28-12-2013.
- Piot, P. & Coll Seck, A. M. (2001). *International response tot the HIV/Aids epidemic: planning for success*. Bulletin of the World Health Organization, pp.1106-1112. Geraadpleegd via <http://www.who.int/iris/handle/10665/71042#sthash.1Qyh5duH.dpuf> op 21-12-2013.
- Plattner, I.E. (2013). Children's conceptions of AIDS, HIV and condoms: A study from Botswana. *AIDS care: Psychological and socio-medical aspects of AIDS/HIV*, volume 25, issue 11, pp.1418-1425. Geraadpleegd via <http://www.tandfonline.com.proxy.library.uu.nl/doi/full/10.1080/09540121.2013.772278#tabModule> op 20-12-2013.
- Poku, N., Whiteside, A. & Sandkjaer, B. (2007). *Aids and Governance*. Aldershot, Hants, England; Burlington, VT: Ashgate Pub.
- Putzel, J. (2004). The global fight against AIDS: How adequate are the national commissions? *Journal of International Development*, volume 16, issue 8, pp.1129–1140.
- Ramiah, I. & Reich, M.R. (2005). Public-private partnerships and antiretroviral drugs for HIV/AIDS: Lessons from Botswana. *Health Affairs, March 2005*, volume 24, issue 2, pp.545-551. Geraadpleegd via <http://content.healthaffairs.org/content/24/2/545.full> op 16-01-2014.
- Repko, A. (2012). *Interdisciplinary Research: Process and Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rijksoverheid (2013). *Ontwikkelingssamenwerking*. Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontwikkelingssamenwerking/millenniumdoelen/millenniumdoel-6-stop-aids-malaria> op 23-12-2013.
- Round, J. (2012). Demographic transformations. Hoofdstuk 4 in: Daniels, P., Bradshaw, M., Shaw, D. & Sidaway, J. (Eds.). (2012). *An introduction to human geography (fourth edition)* (pp.87-110). Harlow, England: Pearson.
- Samatar, A. (1997). Leadership and ethnicity in the making of African state models: Botswana versus Somalia. *Third World Quarterly*, volume 18, issue 4, pp.687-7087. DOI: 10.1080/01436599714713.
- Scorgie, F., Chersich, M.F., Ntaganira, I., Gerbase, A., Lule, F. & Lo, Y.-R. (2012). Socio-demographic characteristics and behavioral risk factors of female sex workers in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *AIDS and behavior*, volume 16, issue 4, pp.920-933.

- Scott, S. (2009). HIV/AIDS: Understanding socio-cultural factors and their influence on sexual behaviour and decision making in Africa. *Journal of the Manitoba Anthropology Students' association, volume 28*, pp.83-93. Geraadpleegd via <http://umanitoba.ca/publications/openjournal/index.php/mb-anthro/article/view/27/7> op 16-01-2014.
- Sebudubudu D., Molutsi, P. (2011). *The elite as a critical factor in national development: The case of Botswana*. Discussion Paper 58. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Sovran, S. (2013). Understanding Culture and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An open access journal, volume 10, issue 1*, pp.32-41. DOI:10.1080/17290376.2013.807071.
- Stablum, A. (2007). *Is HIV a time bomb under the mining industry?* Nieuwsartikel in Reuters (London). Geraadpleegd via <http://uk.reuters.com/article/2007/07/10/uk-aids-mining-idUKL0263192420070710> op 30-12-2013.
- Stopaidsnow! (2013). *Wat zijn hiv & aids? en Feiten over aids*. Geraadpleegd via <http://www.stopaidsnow.nl/> op 23-12-2013.
- Simbayi, L., Kalichman, S., Ntseane, D., Nthomang, K., Segwabe, M. & Phorano, O. (2007). Recent multiple sexual partners and HIV transmission risks among people living with HIV/AIDS in Botswana. *Sexually transmitted infections, volume 83, issue 5*, pp.371-375.
- Thupayagale-Tshweneagae, G. (2010). Behaviours used by HIV-positive adolescents to prevent stigmatization in Botswana. *International Nursing Review, volume 57, Issue 2*, pp.260-264. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2009.00792.x.
- UNAIDS (2008). UNAIDS: The First 10 Years. Geraadpleegd via: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2008/november/20081103tfty/> op 28-01-2014.
- UNAIDS (2013). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Geraadpleegd via http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf op 19-12-2013.
- UNdata (2011). *Databank van UNdata: A world of information*. Geraadpleegd via <https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Botswana> (country profile: Botswana) op 18-12-2013.
- Usdin, S. (2003). De feiten over HIV/Aids. Vertaling van: Usdin, S. (2003). *The No-Nonsense Guide to HIV/aids*. Oxford, United Kingdom: New Internationalist Publications Ltd.
- Verenigde Naties (2000). *Millennium Development Goals and Beyond 2015*. Geraadpleegd via <http://www.un.org/millenniumgoals/> op 24-12-2013.

- Waal, de, A. & Whiteside, A. (2003). New variant famine: AIDS and food crisis in Southern Africa. *The Lancet*, volume 362, issue 9391, pp.1234-1237. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14548-5.
- WHO (2013). *Global update on HIV treatment 2013: Results, impact and opportunities*. WHO report in partnership with UNICEF and UNAids. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geraadpleegd via http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85326/1/9789241505734_eng.pdf op 30-12-2013.
- WHO/UNAIDS (2011). *Reduction of HIV-related stigma and discrimination*. Global fund HIV proposals 2011, WHO/UNAIDS technical guidance note. Geraadpleegd via http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/programmes/programmeeffectivenessandcountrysupportdepartment/gfresourcekit/20110831_Technical_Guidance_Stigma_Discrimination_en.pdf op 31-12-2013.
- Wolfe, W.R., Weiser, S.D., Leiter, K., Steward, W.T., Percy-de Korte, F., Phaladze, N., Iacopino, V. & Heisler, M. (2008). The Impact of Universal Access to Antiretroviral Therapy on HIV Stigma in Botswana. *American Journal of Public Health*, volume 98, issue 10, pp.1865-1871. DOI: 10.2105/AJPH.2007.122044.
- World Health Organization (2014). *The 3 by 5 initiative: Treat three million people with HIV/Aids by 2005*. Geraadpleegd via <http://www.who.int/3by5/en/> op 22-01-2014.
- WTO (2012). *Databank van de World Trade Organization (WTO)*. Geraadpleegd via <http://stat.wto.org/> (Country profile: Botswana) op 18-12-2013.
- Young, L. & Ansell, N. (2003). Fluid households, complex families: The impacts of children's migration as a response to HIV en Aids in Southern Africa. *The professional geographer*, volume 55, issue 4, pp.464-476. Geraadpleegd via <http://www.tandfonline.com.proxy.library.uu.nl/doi/full/10.1111/0033-0124.5504005#tabModule> op 20-12-2013.