



Universiteit Utrecht

LAS scriptie

HIV-preventie bij sekswerkers in Zuid-Afrika

Door:

Froukje Balkestein 5896134 (Sociale geografie)

Jasper Roos 5692474 (Economie)

Isa Verwaal 5910803 (Internationale betrekkingen)

Scriptiebegeleider: Herman Hendriks

Vakreferenten:

Internationale betrekkingen: Geraldien von Frijtag Drabbe Kunzel

Sociale geografie: Esther van Duin

Economie: Yolanda Grift

Datum: 26 juni 2019

Cursuscode: LA3V11003

Voorwoord

Voor u ligt ons interdisciplinaire sluitstuk van de bachelor Liberal Arts and Sciences aan de Universiteit Utrecht. De afgelopen maanden hebben wij door middel van intensieve samenwerking dit eindproduct geschreven. Achteraf gezien is het schrijven van deze scriptie een leerzame ervaring geweest. Door de ongrijpbaarheid van dit onderwerp waren wij soms zelf de draad van het verhaal kwijt. Veel mindmaps en schema's hebben ons geholpen om de structuur terug te brengen. Uiteindelijk zijn wij erg trots op het eindresultaat.

Als eerste willen wij graag onze scriptiebegeleider Herman Hendriks bedanken voor de uitgebreide ondersteuning en gedetailleerde taalkundige feedback. Daarnaast willen wij graag onze vakreferenten bedanken voor de hun bijdrage vanuit hun vakkennis.

Samenvatting

De HIV-epidemie is in een groot deel van de wereld onder controle, maar in Zuid-Afrika is het nog een groot probleem. Gekleurde vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika zijn extra kwetsbaar voor HIV-besmetting vanwege hun economische, sociale en maatschappelijke positie. Binnen dit onderzoek wordt vanuit de disciplines sociale geografie, economie en internationale betrekkingen gekeken naar de barrières van een effectieve HIV-preventie. Aan de hand van een interdisciplinair onderzoek wordt een integratie gecreëerd waaruit blijkt dat het taboe rondom HIV een groot aspect is in de blokkade van HIV-preventie. Acceptatie en kennis van HIV in de Zuid-Afrikaanse samenleving zijn van essentieel belang om een effectievere HIV-preventie te bieden voor de vrouwelijke sekswerkers.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting	3
Inleiding.....	6
Interdisciplinaire aanpak	8
Disciplinaire verdieping.....	11
Economische analyse HIV-prevalentie sekswerkers in Zuid-Afrika – Jasper Roos.....	11
Achtergrond.....	11
Vraag: de rol van consumenten.....	15
Aanbod: producenten van zorg.....	19
Analyse van de efficiëntie.....	22
Gevolgen van HIV/AIDS	25
Conclusie	25
Discussie.....	26
Sociale hiërarchie vrouwelijke sekswerkers- Froukje Balkestein	28
HIV-preventie	31
HIV preventie bij vrouwelijke sekswerkers	33
Conclusie	35
Overheidsbeleid ten aanzien van HIV-preventie in Zuid-Afrika – Isa Verwaal	37
Apartheid (1948-1994)	37
Nelson Mandela (1994-1999).....	39
Thabo Mbeki (1999-2008).....	40
Conclusie.....	43
Integratie	45
Disciplinaire perspectieven	45
Verschillen en overeenkomsten	46
Armoede	47
Nasleep van apartheid.....	48
Macht	48
Nuance.....	49
Common Ground	49
Armoede	49
Nasleep van apartheid.....	50
Macht	50
De nuance.....	51
More comprehensive understanding	52
Discussie	53

Literatuur	55
Inleiding	55
Disciplinaire verdieping	55
Economie	55
Sociale Geografie	57
Internationale Betrekkingen	60
Integratie.....	60
Appendix A.....	61
Gini-coëfficiënt	61

Inleiding

In 1981 werd in Amerika een epidemie beschreven van longontstekingen met de opportunistische verwekker¹ *Pneumocystis jirovecii*. De betrokken patiënten werden ook vaak getroffen door een zeldzame vorm van huidkanker, het Kaposi-syndroom. Opvallende overeenkomsten tussen de leden van deze patiëntengroep waren ontvangen bloedtransfusies en homoseksualiteit. Het werd duidelijk dat het om een ernstige immunestoornis ging die de naam aids (*acquired immune deficiency syndrome*) kreeg. De epidemiologie deed een infectieuze oorzaak vermoeden. In 1983 isoleerde twee Franse onderzoekers een nieuw retrovirus² uit een aids-patiënt, namelijk HIV (*humana immunodeficiëntie virus*) (Hoepelman et al., 2016).

Het HIV-virus nestelt zich in CD4+-lymfocyten. Deze cellen zijn verantwoordelijk voor het aansturen van de afweer tegen latent aanwezige micro-organismen. De infectie met het HIV-virus kan worden overgedragen via seksueel contact, bloed-bloedcontact en verticale transmissie³. De geïnfecteerde CD4+-cellen hebben een kortere levensduur, waardoor HIV-patiënten uiteindelijk een depletie⁴ krijgen. De klinische verschijnselen zijn onder te verdelen in drie fases. Nadat iemand geïnfecteerd is geraakt, ontstaan de symptomen van de acute fase, die lijken op een griep. Deze fase duurt ongeveer een tot twee maanden. Daarna volgt de asymptomatische fase, die tot vijftien jaar kan duren. In deze fase kunnen wel atypische symptomen zoals moeheid, lymfadenopathie en nachtzweeten voorkomen. Daarnaast neemt de concentratie CD4+-cellen geleidelijk af, waardoor opportunistische infecties kunnen optreden. In de laatste fase daalt de concentratie CD4+-cellen sterk en treden er steeds meer opportunistische infecties op. Daarnaast komen er in deze fase ook kwaadaardige aandoeningen voor,

¹ **Opportunistische verwekker:** oorzaak van een ziekte bij mensen met een verzwakt immuunsysteem. Vaak zitten deze micro-organismen ook op of in gezonde mensen, maar door een goed werkend immuunsysteem worden zij hier niet ziek van. Vooral bij AIDS overlijden veel mensen aan opportunistische infecties.

² **Retrovirus:** een RNA-virus dat bij infectie van de gastheer eigen virale RNA in het DNA van de gastheer inbouwt. Erfelijk materiaal van het virus wordt dus ingebouwd in het genetische materiaal van de gastheer. De naam retrovirus is gekozen omdat er bij normale procedure in een cel RNA wordt gemaakt van DNA

³ **Verticale transmissie:** overbrengen van infectieziekte van moeder op kind. In de baarmoeder, tijdens de geboorte of door borstvoeding

⁴ **Depletie CD4+-cellen:** uitputting/verlies van deze cellen.

zoals het Kaposi-sarcoom en het Non-Hodgkin-lymfoom. Deze laatste fase wordt AIDS genoemd en heeft onbehandeld een verwachte levensduur van achttien maanden.

In het begin van de epidemie waren veel mensen bang voor HIV/AIDS. Omdat er weinig over bekend was en de infectie lange tijd indolent kon verlopen wisten veel mensen niet dat ze eigenlijk ziek waren. In het begin was de behandeling heftig en gaf veel ongewenste bijwerkingen. Toediening van één enkel middel bleek niet effectief tegen HIV, omdat het virus snel muteert zodat al snel resistentie wordt ontwikkeld. Aanvankelijk bestond de behandeling soms uit wel 30 pillen per dag en de bijwerkingen waren ernstig. Daarom werd er indertijd pas gestart met behandeling als een patiënt klachten kreeg van AIDS. Hoewel de medicatie het verloop van de ziekte remde, overleden veel mensen aan de gevolgen van AIDS. Tegenwoordig is bekend dat vroege behandeling de kans minimaliseert dat de patiënt iemand anders besmet en bij goede therapietrouw zelfs een normale levensverwachting heeft. De behandeling bestaat nu uit *highly active anti-retroviral therapy* (HAART). Dit bestaat uit een combinatie van veel verschillende antivirale middelen in één pil, die dagelijks genomen moet worden. Er zijn zelfs studies waaruit blijkt dat mensen met HIV die adequaat behandeld worden een langere levensverwachting hebben dan 'gezonde' mensen. Doordat mensen met HIV veelvuldig medische controles krijgen werden ook andere aandoeningen eerder gediagnostiseerd (Hoepelman et al., 2016).

Daarnaast zijn er middelen ontwikkeld om besmetting met HIV te voorkomen. Verticale transmissie kan tegenwoordig voorkomen worden door postexpositieprofylaxe (Pep)⁵ en pre-expositieprofylaxe (Prep)⁶. Ook na prikincidenten biedt Pep een goede uitkomst.

Er wordt geschat dat er in 2017 wereldwijd 36.9 miljoen mensen met HIV leefden en dat een kwart daarvan zich niet bewust was van deze infectie (AVERT, 2018). De angst voor een aanvankelijke onbekende ziekte is inmiddels grotendeels verdwenen. Behandeling met één pil per dag zorgt voor bijna complete remissie van de ziekte. Alhoewel genezing nog steeds onmogelijk is, hebben therapietrouwe patiënten een ondetecteerbaar lage

⁵ **Postexpositieprofylaxe (Pep)**: medicatie om de kans op infectie met HIV te verkleinen nadat men risico heeft gelopen.

⁶ **Pre-expositieprofylaxe (Prep)**: preventie tegen HIV voor blootstelling aan een mogelijk besmettingsrisico.

hoeveelheid HIV en zijn ze geen bron van besmetting meer: *undetectable* = *untransmittable*. Op deze manier is HIV niet langer een fatale ziekte, maar een chronische aandoening. Hoewel over de hele wereld organisaties proberen de antiretrovirale middelen te verspreiden onder besmette mensen, lukt het in sommige delen van de wereld toch niet om de epidemie onder controle te krijgen.

Zuid-Afrika heeft op dit moment de grootste HIV-epidemie van de wereld: in 2017 leefden 7,2 miljoen Zuid-Afrikanen met HIV (AVERT, 2019). De prevalentieverdeling is zeer heterogeen. Onder risicogroepen, zoals sekswerkers, worden prevalenties van 72% beschreven. Deze groep is door veel wisselende bedpartners, intraveneus drugsgebruik en slechte toegang tot zorg erg vatbaar voor een HIV-infectie (Quaife, 2018). Het land heeft het grootste antiretrovirale programma van de wereld, maar krijgt de epidemie niet onder controle. Hieruit vloeit het probleem voort dat in dit onderzoek centraal zal staan: Waarom is er geen effectieve HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika?

Interdisciplinaire aanpak

Het probleem van HIV-preventie bij vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika kan complex worden genoemd omdat de hoge prevalentie nog niet door één discipline volledig verklaard wordt. Er bestaan in ontwikkelingslanden barrières voor een effectieve HIV-preventie op zowel sociaal, economisch als politiek gebied. Zuid-Afrika valt niet meer onder de noemer ontwikkelingsland vanwege zijn economische positie. Op medisch gebied draagt zij echter wel de kenmerken van een zich nog ontwikkelend land. Voor een compleet beeld van de HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika zijn daarom inzichten uit meerdere disciplines nodig.

De gezondheidszorg in ontwikkelingslanden is volop in ontwikkeling en verschillende belangen spelen een belangrijke rol bij succesvolle implementatie van anti-HIV-beleid. Deze financiële en niet-financiële belangen kunnen vanuit economische perspectief uiteengezet worden. Economie is de wetenschap van schaarste. Deze discipline bestudeert de keuzes die mensen maken door vraag en aanbod te analyseren. Binnen de gezondheidszorg is economie interessant omdat het vak de interactie tussen de individuele patiënt, de zorgverzekeraars, de overheid en de zorgaanbieders bestudeert. Voor effectieve preventie van HIV is het cruciaal dat individuen zich bewust bezig houden met hun eigen gezondheid bij seksueel contact. Omdat bij vrouwelijke sekswerkers het

seksueel contact samenhangt met het inkomen, is het economische interessant om te bestuderen hoe deze mensen tot hun keuzes komen. Op maatschappelijk niveau worden beleidsmatig belangrijke keuzes gemaakt die op veel mensen van toepassing zijn. De economie belicht de wisselwerking tussen beleid en patiënten, en kan de verschillende belangen uiteenzetten. Vanuit economisch perspectief zullen de volgende vragen beantwoord worden: hoe draagt het gezondheidssysteem bij aan de preventie van HIV bij vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika en waarin schiet dit systeem eventueel te kort? Welke afwegingen moeten vrouwelijke sekswerkers maken om de HIV-epidemie onder controle te krijgen?

Naast een economisch aspect heeft HIV-preventie ook een maatschappelijke kant. Zo is het van belang de sociale hiërarchie in acht te nemen bij het opzetten van een efficiënt programma. Sociale geografie van ontwikkelingslanden houdt zich bezig met sociaal-ruimtelijke vraagstukken in ontwikkelingsgebieden, zoals segregatie in Zuid-Afrika bezien vanuit een ruimtelijke invalshoek. Het is van belang dat het lokale culturele begrip van gezondheid wordt meegenomen in het preventieprogramma. Ondersteuning van gezondheidszorg, en dus ook van HIV-preventie, heeft lange tijd vanuit een Westerse visie plaatsgevonden. Daardoor sloeg deze ondersteuning niet aan bij de lokale bevolking (Potter et al., 2012). Vanuit de sociale geografie kan met een culturele bril naar de barrières voor preventie worden gekeken om inzicht te krijgen in de socioculturele representatie en de heersende sociale hiërarchie teneinde de bevolking bij het ontwikkelingsproces te betrekken. Vanuit Sociale Geografie zal de vraag beantwoord worden welke rol de sociale hiërarchie in Zuid-Afrika speelt bij de HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers en worden onderzocht hoe deze rol zich heeft ontwikkeld.

Tot slot speelt ook de politiek een bepalende rol in HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika. Het overheidsbeleid omtrent HIV-preventie in Zuid-Afrika is sterk veranderd nadat de apartheid is afgeschaft. Dit systeem van geïnstitutionaliseerde rassenscheiding dat pas tegen het einde van de twintigste eeuw aan zijn einde kwam is van groot belang geweest voor het regeringsbeleid, waaronder ook het beleid met betrekking tot HIV-preventie. Internationale Betrekkingen in Historisch Perspectief (IBHP) is een brede discipline die zich bezighoudt met zowel politieke als historische vraagstukken en met name geïnteresseerd is in

combinaties van beide. De politieke kant van deze discipline houdt zich met name bezig met beslissingen die gemaakt worden op basis van machtsverhoudingen (Repko & Szostak, 2017). De regering en president die na de apartheid zijn aangesteld hebben een grote invloed gehad op de keuzes die vervolgens gemaakt zijn. IBHP belicht de evolutie van de politieke belemmeringen voor HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika en zal de volgende vragen onderzoeken: welke rol speelt het overheidsbeleid van Zuid-Afrika in HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers en hoe heeft deze rol zich sinds de apartheid ontwikkeld?

Disciplinaire verdieping

Economische analyse HIV-prevalentie sekswerkers in Zuid-Afrika – Jasper Roos

Economics and Business Economics

In dit hoofdstuk wordt de gezondheidszorg van Zuid-Afrika met betrekking tot HIV onder vrouwelijke sekswerkers bestudeerd. In 2017 was de HIV-prevalentie⁷ in midden-laag-inkomenslanden 0,6% en in Zuid-Afrika 18,8%. Dit hoofdstuk zal antwoord geven op de vraag: Waarom is de HIV-prevalentie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika zo hoog? Gezondheid kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen individueel gezondheidskapitaal aan de vraagzijde en de levensverwachting op populatieniveau aan de aanbodzijde. De hoofdvraag zal dan ook vanuit twee kanten bekeken worden en door middel van twee deelvragen beantwoord worden. Als eerste zal vanuit de vraagzijde naar deze vraag beantwoord worden: welke factoren hebben invloed op de beroepskeuze en onderhandelingspositie over condoomgebruik bij vrouwelijke sekswerkers. Hierbij zal het model van Grossman (1972) betrokken worden. Als tweede wordt vanuit de aanbodzijde gekeken naar: hoe draagt het gezondheidszorg van Zuid-Afrika bij aan de preventie van HIV bij vrouwelijke sekswerkers en waarin schiet deze mogelijk te kort? Het economische vraagstuk hoe de schaarse middelen efficiënt en rechtvaardig verdeeld moeten worden, speelt een dominante rol binnen de gezondheidszorg. Vooral in lage-inkomenslanden, waar middelen erg schaars zijn, is economisch inzicht belangrijk. Gezondheid wordt vanuit de aanbodzijde vooral als de levensverwachting op populatieniveau bestudeerd. Door middel van een productiefunctie zal de situatie bij sekswerkers in Zuid-Afrika uiteengezet worden.

Achtergrond

Vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika zijn vaak slachtoffer van inkomensongelijkheid, ze moeten veiligheid tegen financiële zekerheid afwegen en hun cultuur is verworven met die van de vrachtwagenchauffeurs.

⁷ **Prevalentie:** het voorkomen van een ziekte of aandoening binnen een populatie op een bepaald moment uitgedrukt als proportie van de populatie.

Inkomensongelijkheid

Zuid-Afrika is een van de meest ongelijke landen ter wereld wat inkomen betreft. De Gini-coëfficiënt is een maat voor inkomensongelijkheid die varieert tussen 0 (complete gelijkheid) en 1 (maximale ongelijkheid) (Zie Appendix A). De Gini-coëfficiënt van Zuid-Afrika is met ongeveer 0,73 een van de hoogste ter wereld (Coovadia, Jewkes, Barron, Sanders, & McIntyre, 2009). In de analyse van Tregenna & Tsela (2012) worden de oorzaken van deze inkomensongelijkheid uiteengezet. Zij concluderen dat inkomen uit werk voor 78% verantwoordelijk is voor de totale inkomensongelijkheid. Dit benadrukt de belangrijke rol van de arbeidsmarkt in de ongelijkheid binnen Zuid-Afrika (Tregenna & Tsela, 2012). Een van de redenen voor deze ongelijkheid ligt bij het macro-economische beleid. Na de Apartheid lag de overheid onder druk, uitgeoefend door zowel binnen- en buitenland, om een beleid te voeren dat de economische groei zou bevorderen. Door de exclusieve focus op groei was er geen sprake van economische herverdeling, met als gevolg dat de bewerkstellende groei bijna uitsluitend ten goede kwam aan de blanke populatie (Coovadia et al., 2009).

Sociale toeslagen reduceren weliswaar de absolute armoede, maar ook de hogere middenklasse profiteert hiervan mee. Daarnaast ontvangen de armste mensen maar weinig tegemoetkomingen, waardoor de toeslagen een minimaal nivelleringseffect hebben. (Mayosi & Benatar, 2014; Tregenna & Tsela, 2012). Bijna de helft van de inwoners van Zuid-Afrika leeft onder de armoedegrens van 2 dollar per dag. Een kwart van de Zuid-Afrikanen moeten rondkomen van minder dan 1 dollar per dag, de zogeheten voedselarmoedegrens (Mayosi & Benatar, 2014). Deze mensen hebben niet genoeg geld om een adequaat dieet te kunnen betalen.

Sekswerkers: condoomdilemma

Prostitutie is vaak een economische overlevingsstrategie (Heise & Elias, 1995). Vooral gekleurde vrouwen zijn vaak financieel gedwongen om hun brood te verdienen als sekswerker. Door veel wisselende partners en vaak ruwe seksuele contacten hebben deze vrouwen een verhoogd risico op een HIV-besmetting.

Condoomgebruik is een maatregel die vrouwen kunnen beïnvloeden, maar niet volledig. Dit betekent dat de veiligheid van de vrouw vaak berust op haar vermogen om te onderhandelen over condoomgebruik (Heise & Elias, 1995). Klanten zijn veelal bereid een meerprijs te betalen voor condoomloze seks. Onderzoek heeft aangetoond dat deze meerprijs

gecorrleerd is met het risico op een SOA, waardoor de sekswerkers continu de afweging moeten maken tussen risico op infectie en financiële compensatie (George et al., 2019). De financiële noodzaak verzwakt de onderhandelingspositie van de sekswerker ten opzichte van de klant. Bovendien zijn sekswerkers meestal ongeschoold en zijn ze vaak werkzaam in afgelegen gebieden. Opvallend is dat uit onderzoek is gebleken dat geletterdheid onder vrouwen wel een positieve invloed heeft op de levensverwachting (Bidzha, Greyling, & Mahabir, 2007). Ongeletterdheid en isolatie maken het bijna onmogelijk om goede voorlichting te geven zonder verder scholing aan deze groep (Parker, Easton, & Klein, 2000). Dit verklaart het positieve effect van geletterdheid bij vrouwen op de levensverwachting dat blijkt uit het onderzoek van Bidzha (2007).

De meeste preventie is gebouwd op drie grote pijlers: ten eerste, proberen het aantal sekspartners te minimaliseren; ten tweede, focussen op consequent condoom gebruik; en als ten derde, het behandelen van de SOA's. Ook de focus van het Zuid-Afrikaanse beleid is gericht op deze actiepunten. Deze drieledige aanpak is inadequaar om vrouwen te beschermen die in ernstige armoede leven en gedwongen zijn om seks te ruilen voor geld (Heise & Elias, 1995). Deze armoede is het gevolg van inkomensongelijkheid en verschil in opleiding.

Corridors

Vooraf in de arme gebieden van Zuid-Afrika verbeteren wegen de economische welvaart. Een goede infrastructuur stimuleert de handel door het reduceren van transportkosten en verhoogt de niet-agrarische inkomsten (Gibson & Rozelle, 2003). Wegen geven huishoudens toegang tot verschillende markten, waardoor er meer manieren beschikbaar worden om een inkomen te genereren. Deze diversificatie leidt niet alleen tot een hoger inkomen, maar ook tot een stabielere bron van inkomsten (Gibson & Rozelle, 2003). Vrachtwagenchauffeurs vervoeren niet alleen goederen maar ook infectieziekten, zoals HIV, over grote afstanden. Ze zijn vaak weken achtereen weg van huis en hebben onderweg weinig of zelfs geen toegang tot gezondheidszorg. Het is aangetoond dat lange-afstand-vrachtwagenchauffeurs vaker deelnemen aan risicovol seksueel gedrag en gezelschap vinden bij sekswerkers rond truckstops (Djemai, 2018). Werknemers in de transportsector hebben gemiddeld hogere HIV-prevalenties dan werknemers uit andere sectoren (Lippman et al., 2007). Sekswerkers spelen een belangrijke rol bij de verspreiding van HIV via de

grote transportcorridors, waartoe naast de wegen ook de havens gerekend worden.

Theoretisch gezien is de relatie tussen verbeterde toegang tot wegen en HIV-prevalentie tweeledig. Enerzijds kan het de kans op infectie verhogen doordat er meer (seksueel) contact is met reizende mensen onder wie de HIV-prevalentie hoog is. Anderzijds is de aanwezigheid van wegen geassocieerd met toegang tot kranten, televisie en radio, waardoor er betere toegang is tot voorlichting over HIV. Daarnaast is er dankzij wegen meer toegang tot condooms door de betere bereikbaarheid. Hoewel wegen het potentiële seksuele netwerk uitbreiden, hoeft de toename van aanbod niet te leiden tot een toename van vraag. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat er tegelijkertijd steeds meer informatie beschikbaar komt over de mogelijke risico's. Het onderzoek van Djemai uit 2018 laat zien dat er een omgekeerd evenredig verband is tussen hoe ver je van een weg af woont en de kans op een HIV-infectie. Ongeveer 2,4 kilometer dicht bij een grote weg wordt de kans op infectie 0,6-2% groter (Djemai, 2018). Dit illustreert het netto-effect van de twee eerdergenoemde effecten: er is hogere HIV-prevalentie bij wegen. Het is geen oplossing om geen nieuwe wegen aan te leggen of om bestaande wegen niet te onderhouden. Beleid moet zich richten op inwoners naast transportcorridors om deze dynamische besmettingsroute aan te pakken (Djemai, 2018).

North Star Alliance (NSA) is een publiek-private-samenwerking die zich richt op de preventie van ziekten langs grote transportroutes in Afrika. In samenwerking met lokale overheden, internationale donoren en regionale instanties bouwen zij zogeheten Blue Boxes. Deze scheepscontainers zijn speciaal omgebouwd om primaire gezondheidszorg te kunnen leveren en zijn gelokaliseerd in hotspots langs de grote transportcorridors. De zorg is ingericht op HIV-preventie door HIV-testen, raadgeving en behandeling voor besmette mensen te verstrekken. Meer dan de helft van de patiënten van NSA is werkzaam als vrachtwagenchauffeur of sekswerker (Gomez, Venter, Lange, Rees, & Hankins, 2013). Deze twee groepen vormen samen een cultuur waarbinnen veel SOA's voorkomen. De vraag naar zorg binnen deze groepen zal worden bekeken aan de hand van het model van Grossman (1972).

Vraag: de rol van consumenten

Het model van Grossman

Om de vraag naar zorg te evalueren wordt is het model van Grossman (1972) een goede basis. Het model van Grossman beschrijft de vraag naar zorg door gezondheidskapitaal te evalueren. Andere modellen beschouwen gezondheid als een vorm van menselijk kapitaal. Grossman beargumenteert echter in zijn model dat gezondheidskapitaal verschilt van menselijk kapitaal. Kennis en capaciteiten beïnvloeden namelijk productiviteit, terwijl gezondheid bepaalt hoeveel tijd er besteed kan worden aan het genereren van inkomsten (Grossman, 1972).

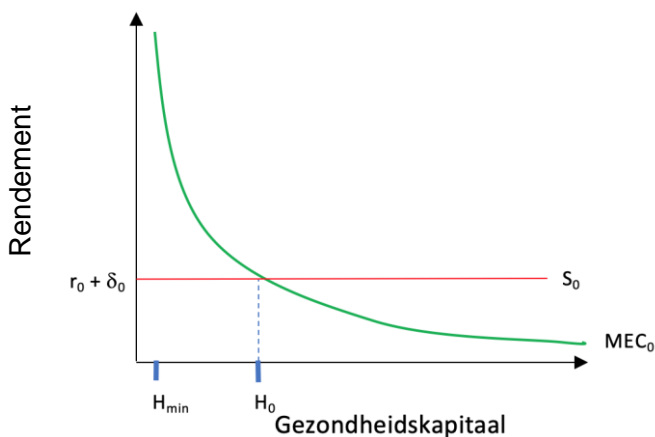
Gezondheidskapitaal (H) is de hoeveelheid gezondheid die iemand heeft, of in andere woorden, hoe gezond iemand is. De hoeveelheid gezondheidskapitaal waarmee je geboren wordt is deels erfelijk bepaald, maar de socio-economische omstandigheden spelen ook een rol (Schut, van Doornslaer, & Keuzenkamp, 2015). Gezondheidskapitaal kan verkregen worden door tijd te spenderen aan je gezondheid (T^H) door middel van het handhaven van een goed dieet, sporten of het gebruiken van medische zorg (M). Aan de andere kant deprecieert de hoeveelheid H gedurende het leven (δ). De depreciatie neemt toe met de leeftijd waardoor de gezondheid van oudere mensen sneller achteruit gaat.

$$H_t = H_{t-1}(1 - \delta) + M_t + T_t^H$$

Gunstige sociaaleconomische omstandigheden bevorderen de gezondheid bij de geboorte maar indirect ook later in het leven. Doordat ze de kans vergroten op een hogere opleiding. De heterogene verdeling van gezondheidskapitaal aan het begin van het leven wordt versterkt door de ongelijke erosie van gezondheid als gevolg van sociaaleconomische verschillen. Gezondheid wordt dus niet als exogeen beschouwd.

Investerings in de gezondheidszorg hebben in dit model een indirect effect op de volksgezondheid door de individuen faciliteiten te bieden om hun gezondheidskapitaal te vergroten. Volgens dit model kunnen individuen de lengte van hun eigen leven bepalen. Dood is in dit model het moment dat gezondheid onder een minimumniveau duikt ($H_i < H_{\min}$). Daarnaast is het goed om te beseffen dat voor consumenten de vraag naar medische zorg of producten een vraag is naar goede gezondheid (Grossman, 1972). Bijvoorbeeld, het individu heeft geen vraag naar een infuus op zich, maar wel naar de gezondheidsvoordelen die het infuus kan brengen.

De vraagcurve MEC (*marginal efficiency of capital*) presenteert de relatie tussen de hoeveelheid gezondheidskapitaal en het rendement van investeren in gezondheidskapitaal: het marginale voordeel. Omdat rendement onafhankelijk is van de voorraad, is de aanbodcurve (S) oneindig elastisch. Het rendement bestaat uit de opportuniteitskosten (r) en de afschrijving (δ). De opportuniteitskosten representeren de opbrengsten wanneer de middelen die geïnvesteerd worden in gezondheidskapitaal anders zouden worden besteed. De afschrijving is de slijtage van gezondheidskapitaal. De afschrijving neemt toe met de leeftijd, waardoor de aanbodcurve naar boven verschuift. Ook de opportuniteitskosten kunnen variëren. Gecombineerd vormen zij de aanbodcurve, zoals geïllustreerd in figuur 1.

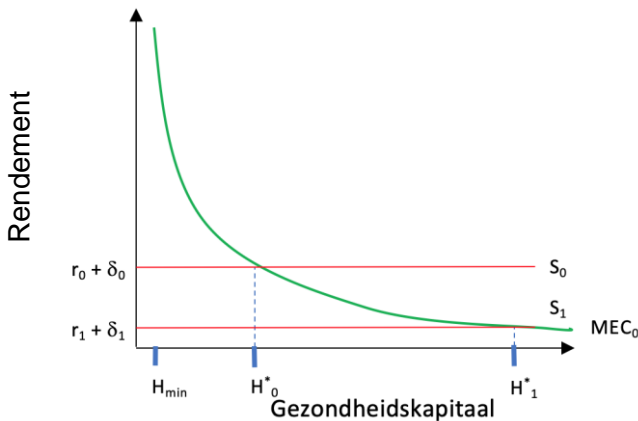


Figuur 1: MEC-curve

Op het snijpunt van de twee lijnen, waar het marginale rendement gelijk is aan de marginale voordeel van gezondheidskapitaal, bevindt zich het evenwichtspunt. De vorm van de curve toont het principe van verminderde meeropbrengst: als het gezondheidskapitaal groter is, dan is het rendement van een extra investering lager.

Terug naar de hoofdvraag over vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika. Het verschil tussen een rijke blanke inwoner en een vrouwelijke sekswerker kan geïllustreerd worden door de twee situaties te schetsen in de grafiek, zoals te zien in figuur 2. De aanbodcurve S_1 representeert een welvarende, gezonde Zuid-Afrikaan. Door slechte socio-economische omstandigheden en een laag inkomen onder vrouwelijke sekswerkers zijn de opportuniteitskosten en depreciatie hoger. Hierdoor schuift de aanbodcurve (S_0) omhoog en hebben zij minder gezondheidskapitaal.

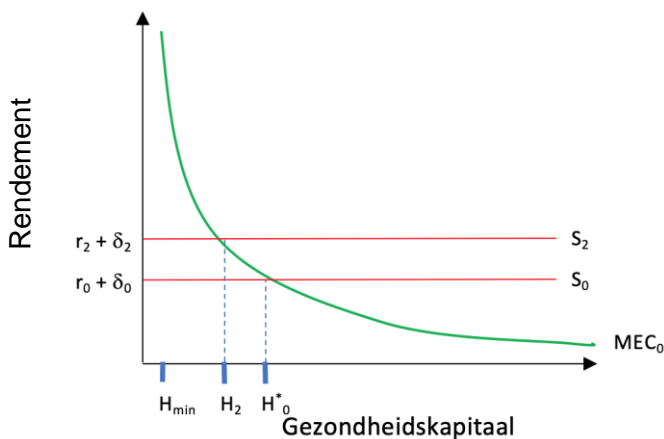
Door de vorm van de vraagcurve heeft deze groep een hoog marginaal voordeel bij het verbeteren van hun gezondheidskapitaal.



Figuur 2: Impact SES en laag inkomen

Iemand met een slechte gezondheid, bijvoorbeeld door een HIV-infectie, bevindt zich op H_0 . Het marginale voordeel van investeren in gezondheidskapitaal is groot. H_1 vertegenwoordigt iemand met veel gezondheidskapitaal. Om deze persoon nog gezonder te maken moet veel geïnvesteerd worden voor weinig gezondheidswinst.

Ook kan een gebrek aan informatie over de eigen gezondheid een rol spelen. Door het indolente verloop van HIV kan deze infectie onopgemerkt blijven door sekswerkers. Hun gezondheidskapitaal ligt dan eigenlijk lager dan zij zich bewust zijn, zie figuur 3.

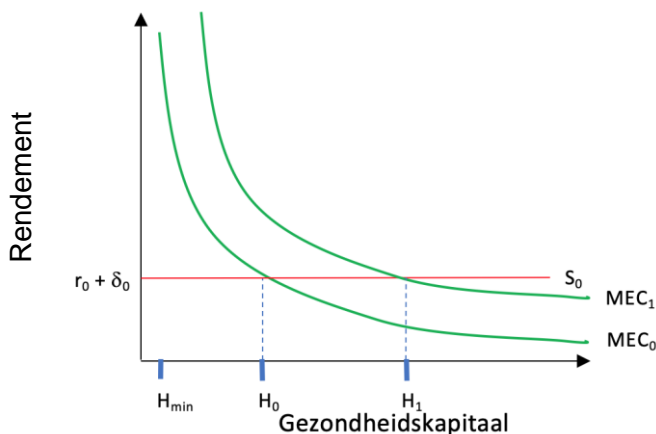


Figuur 3: gebrek aan informatie over ziekte

Een individu denkt dan bijvoorbeeld dat haar gezondheidskapitaal op H_0 ligt, terwijl de onbekende HIV-infectie betekent dat haar gezondheidskapitaal eigenlijk op H_2 ligt. Omdat zij deze ziekte niet meeneemt bij het evalueren van haar eigen gezondheid zal zij zelf geen actie ondernemen om haar gezondheid te verbeteren. Omdat HIV goed behandelbaar is, kan dit gezondheidsprobleem met relatief weinig middelen opgelost worden. Vanwege de dodelijke gevolgen van

onbehandelde HIV/AIDS, zijn de marginale voordelen voor de behandeling van HIV veel hoger dan het rendement.

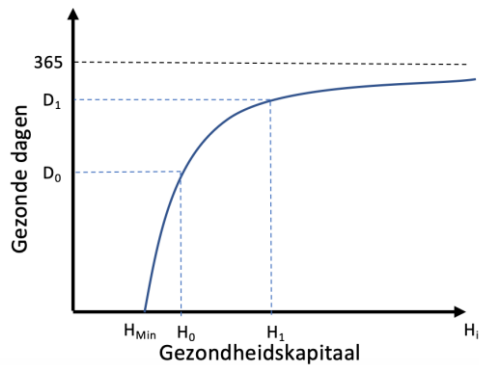
Daarnaast zorgt een hogere opleiding dat mensen betere keuzes kunnen maken en efficiënter zijn. Met andere woorden: de MEC-curve verschuift naar rechts als de opleiding hoger is (MEC_1), zie figuur 4. Hierdoor kunnen mensen met dezelfde middelen meer gezondheidskapitaal verkrijgen.



Figuur 4: effect van opleiding

Door het lage opleidingsniveau bij sekswerkers, die vaak zelfs ongeletterd zijn, moeten zij gezondheidskapitaal verkrijgen door middel van een lage MEC-curve (MEC_0). Dit biedt een verklaring voor de resultaten uit het onderzoek van Bidzha (2007). Betere scholing zorgt er bijvoorbeeld voor dat voorlichting begrepen wordt. Als sekswerkers kennis hebben van HIV en de risico's van onveilige seks, dan zijn zij beter in staat de afweging te maken tussen condoomloze seks en financiële compensatie. Scholing biedt deze groep een betere onderhandelingspositie.

Grossman beschouwt gezondheid als zowel een consumptiegoed als een investeringsgoed. Dit wil zeggen dat je gezondheid gebruikt om te genieten van het leven, maar dat je gezondheid ook als investering kan beschouwen. Figuur 5 laat zien dat een betere gezondheid leidt tot minder ziekte-dagen met als gevolg meer mogelijkheden om geld te verdienen. Gezonde dagen kunnen worden ingevuld met vrijetijdsbesteding, werk of ingezet worden om je gezondheidskapitaal te vergroten.



Figuur 5: Impact gezondheidskapitaal op gezonde dagen

Neem H_0 weer als uitgangswaarde voor HIV-patiënten. Op micro-economisch niveau toont deze grafiek dat slechte gezondheid leidt tot minder gezonde dagen. Een laag gezondheidskapitaal betekent dat een individu minder dagen productief kan zijn. Stel dat niveau H_1 bereikt kan worden door de HIV-geïnfecteerde te behandelen met ART. Dit levert voor elk individu een winst op van $D_1 - D_0$ aan gezonde dagen. Als dit geldt voor elk individu, dan is dit ook waar voor het collectief. Op macro-economisch niveau betekent de HIV-epidemie niet dat iedereen ook werkelijk zoveel dagen per jaar ziek is, maar dat de levensverwachting laag is. De levensverwachting in Zuid-Afrika was 52 jaar in 2005 ("Life expectancy at birth, total (years) | Data," n.d.). Veel mensen werden ziek en stierven in de productieve periode van hun leven. Als deze mensen niet ziek geworden waren, dan hadden ze nog jaren kunnen werken. Ter illustratie: voor de HIV-epidemie in 1995 lag de levensverwachting nog op 62 jaar in Zuid-Afrika ("Life expectancy at birth, total (years) | Data," n.d.). Dit geldt in hoge mate voor sekswerkers omdat zij een groot risico lopen op een HIV-infectie. Maar sekswerkers zijn, samen met vrachtwagenchauffeurs, vooral verantwoordelijk voor het verspreiden van HIV. Deze groepen verspreiden het virus en besmetten ook veel mensen die niet tot deze risicogroepen behoren.

Aanbod: producenten van zorg

Gezondheidssysteem

In Nederland is iedereen verplicht een zorgverzekering af te sluiten en zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren voor een basisverzekering. Personen met een laag inkomen worden tegemoetgekomen door middel van een zorgtoeslag. Door gereguleerde marktwerking houdt de overheid zich bezig met kwaliteitswaarborging in de zorg. In Nederland heeft iedereen toegang tot zorg, maar het is niet overal in de wereld zo geregeld.

Private sector

In Zuid-Afrika is het gezondheidssysteem op te delen in twee takken: de publieke en de private sector. De rijkste 15 procent van Zuid-Afrika is verzekerd en kan hierdoor gebruik maken van de private gezondheidszorg (Coovadia et al., 2009). Ondanks het feit dat een minderheid van de bevolking hier gebruik van maakt, is meer dan de helft van de artsen werkzaam in de private gezondheidszorg (Coovadia et al., 2009).

Er is geen institutie die verantwoordelijk is voor de controle van de kwaliteit van de gezondheidszorg, hierdoor loopt deze in de private sector sterk uiteen. Patiënten die hun behandeling contant betalen worden minder adequaat behandeld voor hun SOA's dan patiënten die verzekerd zijn (H Schneider, Chabikuli, & Blaauw, 2005). Indien je contant betaalt, betaal je all-inclusive voor consult en medicatie. Voor verzekerden geldt dat de verzekeraar de medicatie apart betaalt. De arts heeft dus een financieel motief om de patiënt die contant betaalt, te behandelen met goedkopere medicijnen.

Publieke sector

Het grootste deel van de Zuid-Afrikaanse bevolking is niet verzekerd en daardoor aangewezen op de publieke gezondheidsvoorzieningen. Als nalatenschap van de apartheid is er grote ongelijkheid in gezondheid gebaseerd op ras en geografische locatie (Marten et al., 2014). Na het afschaffen van de apartheid in 1994, heeft het Afrikaans Nationaal Congres (ANC) een plan opgesteld om van de gezondheidszorg een nationale dienst te maken en de historische ongelijkheid recht te trekken (Coovadia et al., 2009). De partij heeft vooruitgang geboekt op het gebied van infrastructuur, het bestrijden van discriminatie, en het gelijkverdelen van zorg. Het systeem levert echter nog steeds onvoldoende en inefficiënte zorg. Veel van de staatsziekenhuizen verkeren in slechte staat en functioneren niet goed door onderfinanciering, wanbeheer en nalatigheid (Mayosi & Benatar, 2014). De politieke wil en het zorgmanagement schieten te kort om het onderpresteren van de publieke gezondheidszorg op te vangen. Er heerst geen sfeer van maatschappelijke verantwoordelijkheid bij het senior management, en door de Public Finance Management Act 1999 hebben managers financiële motieven om de kosten in de zorg te drukken (Coovadia et al., 2009). Daarnaast speelt er een probleem op het gebied van human resource management (HRM) bij het senior management van de publieke ziekenhuizen. Tijdens de Apartheid werden hoge managementfuncties alleen bekleed door blanke

mannen. Na de afschaffing heeft de publieke sector gepoogd meer vrouwen en kleurlingen op die posities te krijgen. In plaats van bekwaamheid werd diversiteit het doel, met het gevolg van verlies van institutioneel geheugen. Deze onervaren bestuurders waren onvoldoende competent om de grote verandering binnen de publieke gezondheidszorg adequaat op te vangen (Coovadia et al., 2009). De problemen bij HRM zijn breder dan alleen het topmanagement. Er is te weinig zorgpersoneel en er wordt onvoldoende nieuw personeel opgeleid. Met name onder verpleegkundigen heerst een ernstig tekort, vooral op het platteland waar de zorg draait op verpleegkundigen, door onwilligheid van dokters (Mayosi & Benatar, 2014). Te weinig en slecht opgeleid personeel belemmert adequate algemene zorg en meer in het bijzonder ook de preventie van HIV.

De ontwikkeling van *highly active anti-retroviral therapy* (HAART) biedt goede mogelijkheden voor de behandeling van HIV. De progressie van de ziekte wordt erdoor geremd bij patiënten en ze zijn niet langer besmettelijk. In 2003 is de publieke sector in Zuid-Afrika begonnen met gratis ART (antiretrovirale therapie) (Karim, Churchyard, Karim, & Lawn, 2009). In het begin werd dit programma voornamelijk door internationale donoren betaald (Mayosi & Benatar, 2014), maar inmiddels wordt bijna het volledige ART-programma uit de staatskas van Zuid-Afrika gebudgetteerd ("HIV and AIDS in South Africa," 2015). Het programma is de afgelopen jaren uitgegroeid tot het grootste ART-programma ter wereld. In 2018 werden 4,4 miljoen Zuid-Afrikanen behandeld voor hun HIV-infectie. Hoewel het programma op landelijk niveau een groot succes is, krijgt maar 19 procent van de besmette sekswerkers behandeling ("HIV and AIDS in South Africa," 2015). De publieke preventie maatregelen bieden weinig bescherming aan sekswerkers (Chersich et al., 2013). Het promoten van HIV-preventie bij bekende vestigingen van sekswerkers is controversieel omdat prostitutie illegaal is in Zuid-Afrika. Het gebrek aan juridische bescherming dwingt sekswerkers te werken in afgelegen gebieden. Tevens worden sekswerkers vaak gediscrimineerd vanwege hun beroep. Deze factoren leiden ertoe dat sekswerkers vaak slachtoffer zijn van mishandeling door autoriteiten (Rangasami, Konstant, & Mulder, 2016). In Senegal heeft het decriminaliseren van prostitutie geleid tot een stabiele lage HIV-prevalentie. Sekswerkers moeten zich daar laten registreren, worden

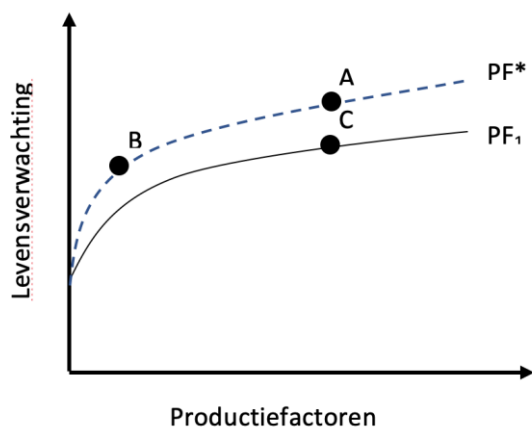
maandelijks gescreend, krijgen voorlichting en condooms (Chersich et al., 2013). In Nederland is HIV nooit een grote epidemie geworden. De ziekte werd erkend en de risicogroepen, zoals mannen die seks hebben met mannen en prostituees, werden gescreend en behandeld. Het is dus belangrijk om de risicogroepen te bereiken met het anti-HIV-beleid, maar door de illegaliteit is dit in Zuid-Afrika lastig te realiseren.

Hoewel de gezondheidszorg met 13% een van de grootste kostenposten is van de Zuid-Afrikaanse overheid, loopt het land achter wat betreft kwaliteit van de zorg (Bidzha et al., 2007). Vooral de levensverwachting in Zuid-Afrika is in vergelijking met andere middelinkomen-landen laag. De hoge HIV-prevalentie is de hoofdoorzaak van deze lage levensverwachting (Bidzha et al., 2007). De zorg in Zuid-Afrika laat zien dat meer investeren in publieke gezondheidszorg niet direct leidt tot betere gezondheid in een land, terwijl deze relatie juist van groot belang is in een ontwikkelingsland dat schaarse middelen investeert in de zorg. Het onderzoek van Bidzha et al. (2007) toont aan dat toename van investering in publieke gezondheidszorg in Zuid-Afrika heeft geleid tot een lagere sterfte bij kinderen onder 5 jaar, maar dat het geen significant effect heeft op de levensverwachting (Bidzha et al., 2007). Dit illustreert dat het belangrijk is welke uitgangsmaat voor volksgezondheid gehanteerd wordt. Levensverwachting is een voor de hand liggende uitkomstmaat omdat deze leven en dood kwantificeert. Een staaroperatie is een voorbeeld van een kosteneffectieve behandeling die geen invloed heeft op de levensverwachting, maar wel de kwaliteit van leven verbetert. In dit hoofdstuk zal levensverwachting als primaire uitgangsmaat gebruikt worden.

Analyse van de efficiëntie

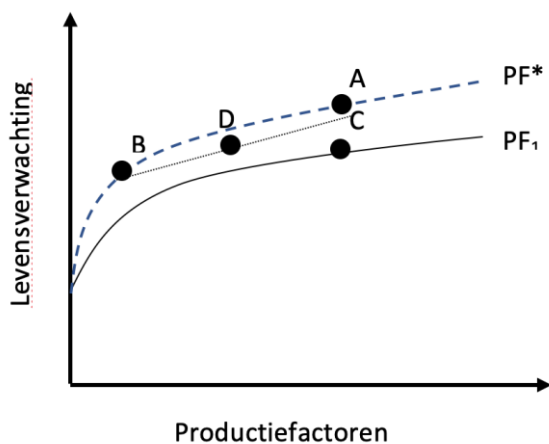
Om de investeringen in de gezondheidszorg te evalueren worden twee soorten efficiëntie onderscheiden. De productieve efficiëntie is de kwaliteit van zorg geleverd door een bepaalde hoeveelheid middelen, zoals kapitaal, dokters, verpleegkundigen en ziekenhuizen. De allocatieve efficiëntie weegt de marginale voordelen van investeren in de zorg af tegen de opportuniteitskosten van andere investeringen, zoals onderwijs of infrastructuur (Garber & Skinner, 2008). Er zal altijd enige vorm van allocatieve inefficiëntie aanwezig zijn. Verzekeringen leiden namelijk tot *moral hazards*: dit houdt in dat verzekerden meer zorg zullen gebruiken, omdat ze niet zelf financieel aansprakelijk zijn.

Bij het beschrijven van de productiecurve zal levensverwachting als uitkomstmaat worden genomen. De lijn PF* is een productiecurve. Hierop wordt cumulatief de meeste gezondheid geproduceerd met de productiefactoren, omdat daar de meest efficiënte klinische zorg geleverd wordt. De productiefactoren zijn de investeringen in de zorg, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen en behandelcentra, artsen en verpleegkundigen, en andere medische goederen. Zowel punt A als punt B zijn productief efficiënt, maar er kan een verschil zijn in allocatieve efficiëntie, zie figuur 6.



Figuur 6: Productiefunctie

Een land kan zich op meerdere punten van de grafiek bevinden, omdat er heterogeniteit binnen de bevolking bestaat. De groep mensen bij punt B kan bijvoorbeeld een lager inkomen hebben dan de populatie bij groep A, waardoor er sprake is van een hogere marginaal nut voor niet-medische goederen. Hierdoor hebben zij een lagere vraag naar medische zorg. De combinatie van beide groepen in hetzelfde land leidt tot uitkomst D, zoals geïllustreerd in figuur 7.



Figuur 7: Productiefunctie bij heterogenen populatie

Productieve efficiëntie

Heterogeniteit in toegang tot zorg leidt tot ongelijke marginale opbrengsten onder patiënten. Dit kan als gevolg hebben dat een land scoort als punt D in figuur 7. Het lijkt dan productief inefficiënt, maar door verschillen in vraag naar zorg kan het wel om een allocatief efficiënte verdeling gaan (Garber & Skinner, 2008). Het is echter de vraag of dit in Zuid-Afrika ook een verklaring is. De arme groepen, zoals sekswerkers, in Zuid-Afrika gebruiken minder zorg dan de blanke mensen in de grote steden. In de rest van dit hoofdstuk is al duidelijk geworden dat de vraag naar zorg in de landelijke gebieden hoger is dan het aanbod. Het lage aanbod van hoog-effectieve-lage-kosten-behandelingen, zoals ART aan HIV-patiënten, aan de risicogroepen pleit sterk voor een inefficiënte productieve indeling van de zorg. Het behandelen van HIV-positieve personen heeft namelijk een grote gezondheidswinst dan een nieuwe heup, en is daarnaast ook nog goedkoper.

Verschillende productiecurves bieden een andere verklaring voor de relatief slechte zorg in Zuid-Afrika. Neem aan dat Zuid-Afrika produceert volgens de lijn PF_1 en de buurlanden van Zuid-Afrika kunnen produceren op lijn PF^* . Met dezelfde investeringen kan Zuid-Afrika (punt C) dan minder zorg leveren dan andere landen (punt A), waardoor de levensverwachting lager is. Dit is echter lastig te constateren omdat een productiecurve niet waargenomen wordt. Een observatie van een land is immers steeds maar één punt van de curve.

Allocatieve efficiëntie

De verbetering van de volksgezondheid is de laatste jaren afhankelijkker geworden van niet-medisch handelen. Leefstijlveranderingen zoals stoppen met roken hebben in de westerse wereld de publieke gezondheid verbeterd (Garber & Skinner, 2008). Een goed voorbeeld is het onderzoek van Bidzha (2007), dat aantoont dat de toenemende geletterdheid onder vrouwen een positief effect heeft op de levensverwachting. Het scholen van sekswerkers draagt bovendien ook bij aan de kennis en het begrip van HIV. Hierdoor zijn ze beter in staat weloverwogen keuzes te maken over bijvoorbeeld condoomgebruik. Het verbeteren van de gezondheid is dus te realiseren door te investeren in de publieke gezondheidszorg en wel vooral in de toegankelijkheid van ART. Daarnaast is het bevorderen van scholing bij arme mensen en sekswerkers, vooral bij de grote transport corridors, ook efficiënt gebleken bij het verbeteren van de volksgezondheid. Er zijn enkele studies geweest die de kosteneffectiviteit

van HIV-preventie onderzocht hebben. De meest kosteneffectieve interventies tegen HIV waren het uitdelen van condooms en peer-educatie onder sekswerkers (Creese, Floyd, Alban, & Guinness, 2002). Het behandelen van mensen die reeds HIV-patiënten waren met ART bleek juist een dure preventiemaatregel te zijn. Het ART-programma is niet alleen opgezet voor preventie, maar ook om reeds zieke mensen te helpen. Door sociale druk kan de overheid niet het argument van betaalbaarheid aanvoeren om deze behandeling niet meer aan te bieden.

Gevolgen van HIV/AIDS

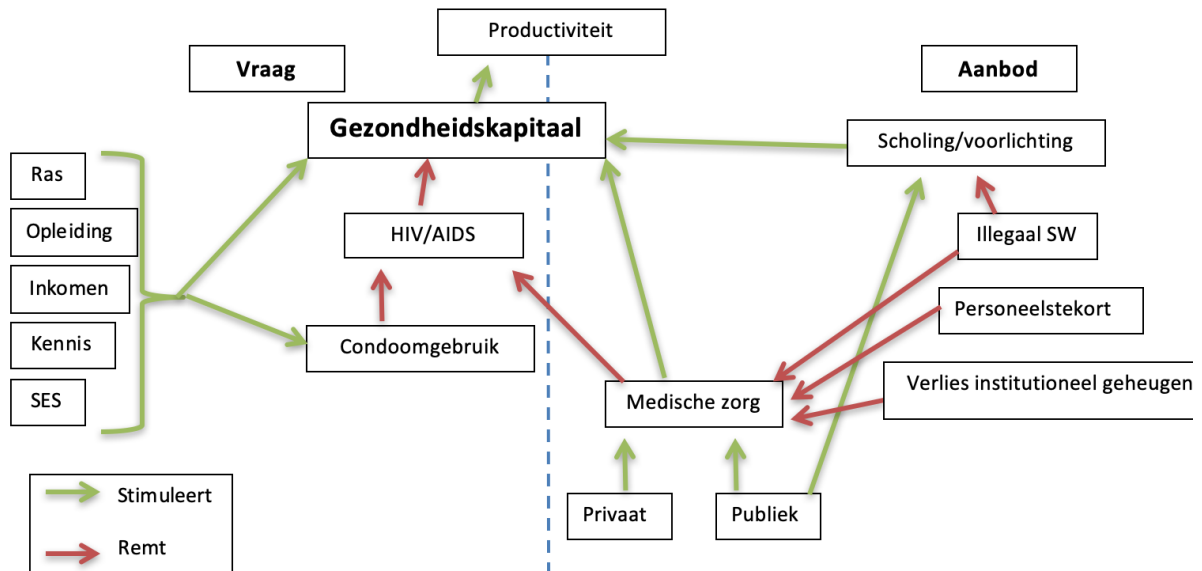
De HIV-epidemie heeft grote economische gevolgen voor Zuid-Afrika. De lage levensverwachting is slecht voor de productiviteit in een land. Het arbeidsaanbod en productiviteit nemen af door de epidemie. De verminderde binnenlandse productie reduceert de export terwijl er veel dure medische middelen worden ingekocht. In 2002 werd geschat dat de epidemie in Afrika de economische groei met 2-4% per jaar heeft geremd (Dixon, 2002).

Conclusie

Dit hoofdstuk beschrijft de in de literatuur gevonden causale verbanden omtrent de hoge HIV-prevalentie bij vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika vanuit economisch perspectief. De vraagzijde heeft inzicht geboden in de factoren achter de vraag naar zorg bij gekleurde vrouwelijk sekswerkers in Zuid-Afrika. Door laag inkomen en lage socio-economische status hebben zij een hoge aanbodcurve. Wegens gebrek aan scholing hebben zij een 'linkse' MEC-curve en slechte onderhandelingspositie over condoomgebruik. Vaak weten sekswerkers niet dat ze besmet zijn met HIV. Hierdoor ondernemen ze geen actie om hun gezondheid te verbeteren, terwijl bij deze groep het rendement van investeren in zorg hoog is. Door vrouwen te scholen en voorlichting te geven over HIV, verbetert hun onderhandelingspositie over condoomgebruik en kunnen ze meer gezondheidskapitaal creëren. Vanuit de aanbodzijde is de gratis anti-retrovirale therapie (ART) een belangrijke ontwikkeling bij de bestrijding van HIV in Zuid-Afrika. Sekswerkers en vrachtwagenchauffeurs bevinden zich buiten het zicht van de beleidsmakers en het beleid mist impact op deze groepen. Interventies tegen HIV moeten focussen op de bevolking langs de grote corridors om deze verspreidingsroute tegen te gaan. De algehele gezondheidszorg presteert ondermaats door verlies van institutioneel geheugen en te kort aan (goed opgeleid) personeel.

Behalve medische zorg zijn investeringen in scholing bevorderlijk voor een goede volksgezondheid.

In het onderstaande model zijn de gevonden factoren schematisch weergegeven.



Figuur 8: schematische weergave factoren gezondheidskapitaal

De economische groei in Zuid-Afrika is geremd door de heersende HIV-epidemie de afgelopen jaren.

Discussie

De literatuur rondom de HIV-epidemie is erg uitgebreid en daarom is het lastig om alle onderwerp met voldoende diepte te verwerken. De HIV-epidemie stond in de belangstelling, maar deze interesse is de afgelopen jaren afgenomen. Er wordt minder over gepubliceerd en minder data verzameld. Economische gezien zou het interessant zijn om het probleem onder sekswerkers beter te kunnen kwantificeren. Dit hoofdstuk beschrijft dat de sekswerkers en vrachtwagenchauffeurs een grote rol spelen bij de verspreiding. Maar door het onopvallende karakter van deze groepen is hier weinig tot geen data over te vinden. Voor een complete analyse zou data rond truckstops verzameld moeten worden. Dan kunnen de gaten in het huidige beleid gekwantificeerd worden en kan er actie genomen worden om HIV bij deze groepen aan te pakken. Aan de hand van deze data zou er bij een vervolgonderzoek een vergelijking gemaakt kunnen worden met andere landen. Met correcte data uit meerdere landen kan er dan eventueel een model opgesteld worden om de prevalentie HIV te bepalen.

De invloed van scholing op de HIV-prevalentie blijft lastig te kwantificeren. Om een goed beleidsvoorstel te doen, is het belangrijk om hier een impact aan te kunnen toeschrijven. Vooral met betrekking tot de vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika zou dit een interessant vervolgonderzoek zijn. Ook hier is de gekozen uitkomstmaat weer belangrijk. Levensverwachting is makkelijk te kwantificeren, maar is zeker niet de enige goede keuze.

Sociale hiërarchie vrouwelijke sekswerkers- Froukje Balkestein

Sociale geografie

Sociale geografie richt zich op het sociaal-maatschappelijke aspect van HIV onder vrouwelijke sekswerkers. Er wordt gekeken naar de positie van vrouwen in de gemeenschap en er wordt onderzocht wat de struikelblokken zijn om een effectieve HIV-preventie te implementeren. Bij wijze van bijdrage aan het antwoord op de hoofdvraag te ondersteunen wordt in dit stuk getracht een antwoord te bieden op de vraag: welke rol speelt de sociale hiërarchie in Zuid-Afrika bij de HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers en hoe deze zich ontwikkeld na de afschaffing van de apartheid?

Eerst wordt een beeld gegeven van de sociale hiërarchie in Zuid-Afrika, vervolgens wordt ingegaan op de verschillende technieken van HIV-preventie en ten slotte wordt de synthese uit over de rol van de sociale hiërarchie bij het creëren van een meer effectieve HIV-preventie onder sekswerkers.

Sociale hiërarchie

De apartheid heeft duidelijke patronen aangebracht in de ruimtelijke spreiding van de verschillende bevolkingsgroepen binnen de Zuid-Afrikaanse grenzen. Aan de hand van De Population Registration Act (1950) heeft de toenmalige overheid een nationaal register opgezet waarin vier rassen worden onderscheiden; De Bantu (tegenwoordig met de term Afrikaans of zwart aangeduid), Blanken, Aziaten en gekleurden (gemengde/andere herkomst) (Finchilescu & Tredoux, 2010).

Door de rassenscheiding zijn er zowel in de urbane gebieden als op het platteland strikt gescheiden wijken ontstaan die zich na de afschaffing van de apartheidswetten niet hebben vermengd (Christopher, 2001). De voornaamste reden hiervoor is dat de huizenprijzen in de blanke buurten vaak boven het budget van de andere bevolkingsgroepen liggen, waardoor velen niet in staat zijn om naar deze gebieden te verhuizen. Er is echter wel sprake van beweging in de goedkopere buitenwijken en in nieuw ontwikkelde wijken. Hier trekken mensen vanuit de verschillende raciale achtergronden naartoe en is er minder tot geen sprake van vijandigheid aan de kant van de Afrikaanse oud-bewoners waardoor de kans op conflict aanzienlijk kleiner is (Christopher, 2001).

In steden zijn na 1994 sloppenwijken, waar voornamelijk Afrikaanse en gekleurde mensen wonen, als paddenstoelen uit de grond geschoten. Deze informele nederzettingen kwamen onder de apartheid tot stand door de ongelijke voorziening van woongelegenheid voor de Afrikaanse/gekleurde bevolking onder de apartheid, maar naderhand heeft het woningprobleem zich nauwelijks ontwikkeld.

In Zuid-Afrika is er ook na de apartheid sprake van een sociaal-maatschappelijk verschil tussen de blanke bevolking en de Afrikaanse/gekleurde bevolking. In historisch perspectief hebben de gekleurden een functie gehad als bemiddelaar tussen de blanke en de Afrikaanse bevolking. Zij behoorden niet tot een van bij beide partijen, maar zij stonden dichterbij elk van beide partijen dan de andere bevolkingsgroepen. Sommige gekleurde personen hebben dit voordeel benut en betere banen en educatie verkregen (Brown, 2000). De mogelijkheid voor de gekleurden de om rechten van blanken kregen zorgde voor spanningen tussen de Afrikaanse en de gekleurde groepen. Zo wordt naast het blank/niet-blank onderscheid ook het verschil tussen Afrikaans en gekleurd benadrukt.

Dit onderscheid is ook na de Apartheid blijven bestaan. De relatie tussen de twee groepen is veelal gebaseerd op een waargenomen tekort aan overeenkomsten en een versterkt bewustzijn van verschillen (Brown, 2000). Desondanks delen de twee groepen toch een aanzienlijk deel van hun geschiedenis en bestaan er op individueel niveau banden dankzij gedeelde ervaringen. Wanneer de ervaringen onderdrukking, discriminatie of vernedering door een dominante groep betreffen wordt er een gevoel van solidariteit geschapen (Posel, 2010). De tolerantie tussen de gekleurde en de Afrikaanse bevolking is, beperkt maar wel waarneembaar, toegenomen sinds de afschaffing van de apartheid; daarnaast is er ook een lichte stijging in tolerantie naar de andere minderheden (Brown, 2000). Er heerst echter nog een sfeer van discriminatie in Zuid-Afrika. Er is een aanzienlijk verschil in kansen tussen de blanke en de niet-blanke bevolkingsgroepen. De Afrikaanse/gekleurde bevolking heeft nog steeds te maken met verschillen in behandeling door de trage veranderingen na de Apartheid.

De weerslag van het Apartheidssysteem is nog steeds aanwezig in Zuid-Afrika en dit is zichtbaar op verschillende vlakken. De politieke focus lag op economische groei in plaats van economische herverdeling

waardoor de niet-blanke bevolking slechts een beperkte groei in welvaart kent (Coovadia et al., 2009). Er bestaat ook een aanzienlijk verschil in de kwaliteit van educatie tussen de welvarende en armere buurten.

Daarnaast is er in rurale gebieden waar de Afrikaanse/gekleurde bevolking woont veelal onvoldoende of zelfs geen geschikte scholing aanwezig. Dit heeft gevolgen voor de werkgelegenheid, er is een behoefte aan laaggeschoolde arbeidsplaatsen maar die zijn niet voldoende beschikbaar. Ondanks de sterke economische groei van het land heeft een groot deel van de Afrikaanse/gekleurde bevolking weinig doorgroeimogelijkheden. Dit maakt dat ook het aanzien over het algemeen nog ongelijk verdeeld is tussen de raciale groepen. Status wordt behaald door middel van bezit en prestaties, de gekleurde/Afrikaanse bevolking heeft minder mogelijkheden om zich hierin te ontwikkelen en ervaart dan ook vaak minder aanzien. De armoede in de informele woongemeenschappen en de rurale gebieden zorgt er voor dat (de voornamelijk Afrikaanse/gekleurde) vrouwen een extra inkomstenbron zoeken en deze vinden in het illegale sekswerk (Ackermann & Klerk, 2002).

Naast raciale verschillen bestaat er in Zuid-Afrika ook een verschil in gender. De masculiene cultuur is overheersend in grote delen van het land.

Morell (2012) stelt dat de mannelijke overheersing in de Zuid-Afrikaanse context bestaat uit drie componenten. Ten eerste de blanke masculiniteit; deze wordt gerepresenteerd in de politieke en economische dominantie van de blanke overheersende klasse. Ten tweede de Afrikaanse rurale masculiniteit, deze wordt in stand gehouden door inheemse instituties en is terug te zien in stamhoofden en traditioneel gewoonterecht. Ten slotte een 'zwarte' masculiniteit, deze is gelokaliseerd in de context van urbanisatie en de ontwikkeling van de geografisch en cultureel gescheiden informele woongemeenschappen. Het concept van deze masculiniteit is dat in een gemeenschap het ideaal wordt gevolgd dat geassocieerd is met een gender rangschikking in dienst van de man (Morell et al., 2012). Vrouwen worden over het algemeen als ondergeschikt beschouwd binnen deze culturele zienswijze, waardoor zij achtergesteld worden op het gebied van inkomen, educatie, gezondheidszorg en woongelegenheden.

Genderongelijkheid en seksisme maken deel uit van de overheersende cultuur onder de Afrikaanse/gekleurde bevolking. De invloed van geslachtsdynamiek binnen de seksuele relaties tussen mannen

en vrouwen en de ongewenste gevolgen worden alom erkend (Campbell, 2000). Mannen hebben de overhand in relaties en bij seksueel contact waardoor vrouwen kwetsbaarder zijn voor SOA's en HIV (Morrell, Jewkes, & Lindegger, 2012). Zuid-Afrika kent een patriarchale cultuur waarbij leeftijd ook een rol speelt in de sociale hiërarchie. Zo heeft men meer aanzien en respect naarmate men ouder wordt. Een oudere man heeft een hoge status dankzij zijn geslacht en leeftijd, dit verleent hem autoriteit over jongere personen. Voor vrouwen geldt het verband tussen leeftijd en aanzien minder (Brown, 2000).

Geweld tegen vrouwen wordt algemeen erkend als een groot probleem in Zuid-Afrika, toch zijn er geen exacte cijfers over bekend. Dit komt voor een deel doordat er haast geen aangifte wordt gedaan. Verkrachting is ook een vorm van geweld tegen vrouwen, maar daar wordt nog minder aangifte van gedaan. Hierdoor kan het aantal verkrachtingen slecht ingeschat worden (Ackermann & Klerk, 2002). Bij deze gedwongen seksuele handelingen bevinden vrouwen zich niet in een positie waarin ze kunnen onderhandelen over beschermde seks. Naast dit geweld tegen vrouwen versterkt de slechte economische positie van de vrouw het risico op een HIV-infectie. Bovendien maakt gebrek aan educatie en training de positie van de vrouw op de arbeidsmarkt kwetsbaar. Daarnaast wordt van vrouwen verwacht dat zij het huishoudelijk werk en de verzorging van de kinderen op zich nemen (Wechsberg, Luseno, & Lam, 2005). Dit beperkt de tijd en energie die vrouwen in een betaalde baan kunnen steken. Het vertrek van mannen naar de stad om werk te vinden heeft de positie van vrouwen in rurale gebieden verzwakt omdat hun afwezige man niet in staat is of niet bereid is om aan de huishoudpot bij te dragen. Hierdoor leven meer vrouwen in armoede en behoren meer huishoudens tot de armste categorie (Ackermann & Klerk, 2002).

Nu de sociale hiërarchie in Zuid-Afrika uiteengezet is komt de HIV-preventie aan bod, hier wordt bekeken welke vormen van preventie bestaan en hoe deze worden toegepast.

HIV-preventie

In de landelijke gebieden in Zuid-Afrika is kennis over seksuele aandoeningen veelal beperkt; ook in de informele woongemeenschappen weet men weinig (Cornish & Campbell, 2009). HIV-preventie wordt op verschillende manieren uitgevoerd. Ten eerste focust een groep zich op het bijbrengen van kennis over seks, seksualiteit en seksueel overdraagbare aandoeningen. Er zijn programma's opgezet waarin

educatieprojecten worden uitgevoerd door (internationale) hulporganisaties binnen de gemeenschappen; daarnaast begeleiden hulporganisaties seksuele voorlichting op scholen (Cornish & Campbell, 2009). Zulke educatieprogramma's betrekken steeds vaker de leden van gemeenschappen zelf in de projecten. Deze zogeheten *peer education* maakt gebruik van de steun van lokale bewoners in de preventieprojecten (Campbell & Mzaidume, 2001). Via bekende en vertrouwde personen wordt geïnventariseerd waar in de gemeenschap behoefte aan is om een effectieve HIV-preventie te realiseren. Omdat het hier om naasten in de gemeenschap gaat, wordt er een veilige omgeving gecreëerd.

Ten tweede bestaat er naast de educatieprogramma's met *peer education* nog een andere gemeenschapsgerichte werkwijze voor een meer effectieve HIV-preventie: *community empowerment*. Bij *community empowerment* wordt gewerkt aan het verbeteren van de kennis en vaardigheden van individuen, aan groepsdynamiek en aan het verwijderen van sociale barrières (Perkins & Zimmerman, 1995). Sociaal kapitaal speelt in Zuid-Afrika een grote rol in het gemeenschapsleven. Personen met een groot sociaal kapitaal hebben een hogere status in een gemeenschap. Het sociale kapitaal ontstaat door familiebanden, politieke posities en bekendheid in de gemeenschap. Met dit aanzien kunnen zij in de gemeenschap veel bereiken en zijn zij de ideale partners om preventieprojecten te doen slagen. Campbell en Mzaidume (2001) stellen dat de mate waarin reeds bestaand sociaal kapitaal wordt gebruikt en de mate waarin nieuw sociaal kapitaal wordt ontwikkeld belangrijke factoren zijn voor het succes van een gezondheidsinterventie.

Het begrip *community psychology* houdt in dat personen niet geïsoleerd leven en er altijd een context is in de vorm van andere mensen of omgevingsfactoren (Cornish & Campbell, 2009). De omgeving van het individu is van grote invloed op zijn handelen. Wanneer men zich veilig voelt in een situatie zal men andere keuzes maken dan wanneer men de situatie als bedreigend ervaart. Verschillen tussen mensen en dus ook de verschillen in gezondheid zijn niet verbonden aan het individu, maar aan de factoren binnen de sociale context. Om preventieprojecten te doen slagen is het van belang om de doelgroep te analyseren en het programma aan te passen aan de behoeften in kwestie. Gemeenschappen kunnen erg van elkaar verschillen en hebben aan de casus aangepaste interventies nodig. Het betrekken van leden met een hoog aanzien in de gemeenschap draagt eraan bij de participatie in de gemeenschap te

verhogen; men is meer geïnteresseerd in de projecten wanneer men ziet dat ook iemand met status deelneemt. Bovendien kunnen in hoog aanzien staande personen helpen informatie over te dragen.

Ten derde zijn er ook projecten die medicatie en beschermingsproducten verspreiden. Zo is het verstrekken van gratis condooms een veelgebruikt HIV-preventiemiddel. Het gebruik van een condoom bij seksuele handelingen verkleint de kans op besmetting met het virus aanzienlijk. Dit sluit aan bij de promotie van veiligere seks, waarbij ook open communicatie tussen partners over de seksuele interacties en monogamie van de ander wordt aangeraden (Stoebenau et al., 2011). Veiligere seks door open communicatie over seksuele partners en het gebruik van voorbehoedsmiddelen kan de HIV-prevalentie verminderen.

Als laatste kan HIV ook worden doorgegeven van moeder op kind. De preventie hiervan gebeurt aan de hand van informatieprogramma's in combinatie met medicatieverstrekking (Chopra, Doherty, Jackson, & Ashworth, 2005). Door toediening van de juiste medicatie kan HIV-transmissie van moeder op kind voorkomen worden. HIV-preventie dient in deze gevallen door gebruik van medicatie te gebeuren, omdat er geen andere methoden beschikbaar zijn. Deze programma's zijn echter niet voor iedereen beschikbaar, omdat sommige gebieden zich buiten het bereik bevinden van een medische voorziening die deze zorg biedt (Stopard, McGillen, Hauck, & Hallett, 2019).

Er zijn dus verschillende manieren van HIV-preventie met verschillende mate van effectiviteit, dit hangt af van de situatie waar het wordt geïmplementeerd. Aan de hand van de sociale hiërarchie en de mogelijke wijzen van HIV-preventie zal er worden gekeken naar de situatie rondom vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika.

HIV preventie bij vrouwelijke sekswerkers

Er zijn verschillende locaties waar de vrouwelijke sekswerkers zich hoofdzakelijk verzamelen. In de informele woongemeenschappen komen de sekswerkers samen; hier verlenen zij individueel diensten in ruil voor geld, maar ook in ruil voor voedsel of spullen. Andere populaire werklocaties zijn vrachtwagenstops, havens en fabrieksterreinen (Karim, Abdool, Soldan, & Zondi, 1995). Bij deze tankstations en rustplekken verkopen de vrouwen bier en bieden zij hun diensten aan.

Vrachtwagenstops leveren veel klanten op en er werken dan ook vaak

meerdere sekswerkers. Zij vormen een kleine gemeenschap en zorgen voor elkaar bij ziekte, geweld of arrestatie (Karim et al., 1995). Veel van de sekswerkers in deze gebieden zijn Afrikaanse/gekleurde vrouwen. Zij doen dit werk veelal uit financiële noodzaak. De vrouwen hebben de inkomsten nodig om hun huishouden draaiende te houden of om zelf te overleven. Door een gebrek aan (juiste) opleiding, een tekort aan banen en (financiële) discriminatie op de werkvloer kunnen zij vaak geen ander werk vinden (Langen, 2005). De vrouwen hebben door hun geslacht al een zwakke positie in de sociale hiërarchie en worden door het negatieve beeld over sekswerk nog lager geplaatst. Daarom vormen zij binnen de gemeenschap vaak een afzonderlijke groep waarin zij elkaar ondersteunen (J. Coetzee, Jewkes, & Gray, 2017).

Het HIV-probleem is in Zuid-Afrika sterk verbonden met gender en ras (Cornwall, Correa, & Jolly, 2013). Na de Apartheid is er nog steeds sprake van ongelijkheid op basis van ras, de Afrikaanse/gekleurde bevolking leeft vaker in armoede dan de blanke bevolking en heeft minder kansen op educatie van goede kwaliteit, werkgelegenheid, zorg en financiële groei. Ook zijn Afrikaanse/gekleurde vrouwen door de sociale positie waarin zij verkeren kwetsbaarder voor besmetting met het virus. Het verbeteren van de positie van de vrouwelijke sekswerkers moet op basis van een verandering in de gemeenschap plaatsvinden. De doelgroep van een *empowerment intervention* om HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers te verbeteren bestaat natuurlijk uit de vrouwen zelf, maar daarnaast behoren ook de mensen om hen heen tot de doelgroep. Dit betreft met name de gemeenschapsleiders, kennissen, leveranciers en anderen die producten en diensten leveren aan vrouwen in de gemeenschap (Bekker et al., 2015). Aan de hand van *community empowerment* die naar de behoefte van de individuele gemeenschap wordt opgezet kan de omgeving worden omgevormd tot een stimulerende, ondersteunende factor die de effectiviteit van HIV-preventie verbetert.

Het verkleinen van de kans op HIV-besmetting door gebruik van condooms is lastig voor de sekswerkers. Als vrouw hebben zij een lagere sociale positie en daarnaast is er geen respect voor hen, ze staan volledig onder aan de maatschappelijke ladder omdat sekswerk illegaal is en er vanuit de maatschappij op wordt neergekeken (Cornish & Campbell, 2009). De mannelijke clientèle heeft een machtspositie in de situatie. Wanneer een sekswerker voorstelt om een condoom te gebruiken loopt zij

het risico geweigerd te worden of met geweld te worden benaderd. De sekswerkers krijgen voor seks met een condoom over het algemeen minder geld of worden er na het werk niet voor betaald (Wechsberg et al., 2005). De illegale status van het werk vormt een belemmering voor de effectieve HIV-preventie onder sekswerkers. Zij zijn moeilijk bereikbaar omdat er geen registratiesysteem is en wenden zich bij geweldsincidenten niet tot de politie omdat ze zelf strafbaar zijn. Dit maakt de positie van de sekswerkers nog kwetsbaarder, zij kunnen nergens heen voor bescherming tegen geweld of ongewenst gedrag (Karim et al., 1995). Zo is het voor de vrouwen niet mogelijk om diensten aan te bieden op een verantwoorde manier, waarbij de kans op HIV-besmetting wordt geminimaliseerd.

Een ander aspect van veilige seks is kennis over de seksuele partners. De sekswerkers hebben vaak geen kennis over de verdere seksuele situatie van hun klanten; zo kunnen zij niet goed inschatten of er een verhoogd risico is op een HIV-infectie (Ackermann & Klerk, 2002). Er zijn sekswerkers met een vaste partner die niet altijd van hun werk op de hoogte is, maar de mannen hebben dikwijls meerdere seksuele partners. Dit gebeurt ook wanneer zij zich in een relatie bevinden. Bij de vrachtwagenchauffeurs is er weinig bekend over de gevaren van onbeschermd seks en heersen er mythes over hoe men kan genezen van SOA's en HIV (Ackermann & Klerk, 2002). Vrachtwagenchauffeurs die lange afstanden afleggen zijn geïdentificeerd als groep met een verhoogd risico op het overdragen van HIV, door hun grote reikwijdte qua mobiliteit en het hebben van meerdere seksuele partners (J. Coetzee et al., 2017). Dit versterkt het beeld van een onveilige werksituatie voor de sekswerkers, het risico op HIV is met deze klanten sterk verhoogd.

Conclusie

De sociale hiërarchie in Zuid-Afrika is van beduidende invloed op het risico op HIV-infectie bij de vrouwelijke sekswerkers. De positie van de vrouwelijke sekswerkers in de gemeenschap is een barrière voor een effectieve HIV-preventie onder de sekswerkers. De vrouwelijke sekswerkers krijgen vanuit verschillende hiërarchische hoeken te maken met onderdrukking. Ten eerste hebben de vrouwen te maken met veel geweld en onderdrukking bij het uitvoeren van hun werk, in hun positie als sekswerker. Ten tweede speelt discriminatie op basis van ras een rol in de mogelijkheden die de vrouwen hebben op het gebied van financiële zekerheid. De kansen die verschillende raciale groepen krijgen zijn

ondanks de afschaffing van de apartheid 25 jaar geleden nog erg verschillend. Daarnaast is er sprake van genderongelijkheid waarbij de positie van vrouwen ondergeschikt is aan die van de man. De onmacht die hierbij ontstaat bij de vrouwen brengt een mate van onveiligheid tijdens hun werk. Ook speelt leeftijd een grote rol in de cultuur, oudere personen genieten aanzien en (politieke) macht binnen de gemeenschap. De veelal jonge vrouwen ervaren hier een tekort aan zeggenschap en acceptatie.

Er is niet één formule die toegepast kan worden om alle vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika te kunnen helpen omtrent HIV-preventie. De factoren zullen per geval verschillen, iedere vrouw heeft een andere positie, maar een aantal algemene punten kunnen verbetering bieden. Om HIV-preventie onder sekswerkers in de arme buurten, informele woongemeenschappen en vrachtwagenstops effectiever te laten verlopen zal de focus moeten worden verlegd van de sekswerkers zelf naar de gemeenschap waarin zij wonen en werken. Het gebruik van condooms bij de diensten is de eenvoudigste manier om de kans op HIV te verkleinen, maar deze wordt haast niet aangenomen door de mannelijke klanten. Het is cruciaal om kennis over HIV en de preventie aan te bieden aan de sekswerkers en hun klanten zodat preventiemiddelen ook daadwerkelijk worden gebruikt.

Om een effectievere HIV-preventie te kunnen bieden moet er worden gekeken naar een aantal punten. Het is van belang dat de hiërarchische cultuur binnen de leefgemeenschappen van de vrouwelijke sekswerkers verandert zodat er een veiligere werkomgeving kan worden gecreëerd. Het legaliseren van sekswerk kan hieraan eventueel een bijdrage leveren. Personen met een groot sociaal kapitaal zijn van belang om deze hiërarchie bij de rest van de gemeenschap te veranderen. Zij hebben grote invloed op de groep en kunnen een aanzienlijk verschil maken.

De sociale hiërarchie speelt een aanzienlijke rol bij het creëren van een meer effectieve HIV-preventie onder sekswerkers in Zuid-Afrika. De preventieprogramma's kunnen op een meer effectieve wijze worden geïmplementeerd wanneer de sekswerkers door meer respect van de omgeving waarin zij wonen en werken een veiliger werkomgeving krijgen.

Overheidsbeleid ten aanzien van HIV-preventie in Zuid-Afrika – Isa Verwaal Internationale betrekkingen

Vanuit Internationale betrekkingen in historisch perspectief wordt de politieke dimensie van het HIV-probleem onder sekswerkers in Zuid-Afrika onderzocht. Om bij te dragen aan een antwoord op de hoofdvraag, zal dit disciplinaire hoofdstuk de volgende deelvraag beantwoorden: Welke rol speelt het overheidsbeleid van Zuid-Afrika in HIV-preventie en hoe heeft deze rol zich sinds de apartheid ontwikkeld? Het hoofdstuk is opgedeeld in drie historische fases: de eerste fase is de Apartheid (tot ongeveer 1994), de tweede periode beslaat Nelson Mandela's presidentschap (1994-1999) en de laatste fase betreft de periode dat Thabo Mbeki aan de macht was (1999-2008). Deze historische fases zullen geanalyseerd worden aan de hand van twee stromingen die betrekking hebben op het type regeringsbeleid. De eerste, biomedische stroming zal worden besproken aan de hand van Mandela. Hierbij speelt duidelijk nationaal politiek leiderschap dat investeert in antiretrovirale behandelingen een belangrijke rol in het aanpakken van het HIV-probleem. De tweede stroming, nationale/verlichtende stroming zal worden besproken aan de hand van Mbeki. De focus ligt bij deze stroming voornamelijk op de gemeenschap, individuele verantwoordelijkheid en traditionele medicijnen. Na een analyse van de drie historische fases zal uiteindelijk blijken dat het overheidsbeleid van Zuid-Afrika een grote rol speelt in HIV-preventie, maar dat de implementatie van dit beleid van nog groter belang is.

Apartheid (1948-1994)

De apartheid heeft een duidelijke link met de politiek in Zuid-Afrika. In 1961 heeft de staatspresident de monarch als hoofd van de staat vervangen, waarbij de Nationale Partij aan de macht kwam. Deze politieke partij begon als een Zuid-Afrikaanse nationalistische partij die alle Zuid-Afrikanen wilde representeren, maar implementeerde in 1948 een beleid van rassenscheiding (O'Meara, 1997). Gedurende de Apartheid stond HIV-preventie niet op de politieke agenda. Ook de laatste Staatspresident, Fredrik Willem de Klerk (aan de macht van 1984 tot 1994), heeft tien jaar niets gedaan aan HIV.

Volgens Stephens Ntsoakae Phatlane (2003) werd er tijdens de Apartheid weinig aandacht besteed aan HIV en AIDS, omdat AIDS pas in 1981 erkend werd als ziekte. Maar met deze erkenning ontstond ook een

stigma rondom deze ziekte. De aanvankelijke reactie rondom HIV was dan ook ontkenning, vooral bij de regering. Doordat het bestaan van de ziekte lange tijd is ontkend, werd er ook geen beleid gemaakt om HIV te bestrijden. Beleid maken zou namelijk de erkenning van het probleem betekenen. De prioriteiten van de Nationale Partij lagen om politieke en ideologische redenen niet bij de gezondheidszorg. De Nationale Partij beschouwde de HIV-epidemie als een *black issue* en dus als onbelangrijk. Het systeem van rassenscheiding zorgde ervoor dat er pas maatregelen en beleid zouden worden gemaakt wanneer HIV een gevaar zou vormen voor de blanke bevolking in Zuid-Afrika (Phatlane, 2003).

Door ontkenning, stigmatisering en het systeem van rassenscheiding blokkeerde de regering dus beleid dat het HIV-probleem zou moeten oplossen, hoewel er uiteindelijk wel vooruitgang werd geboekt met betrekking tot medische kennis over de ziekte. Maar in 1933 veranderde een aantal politieke leiders van houding tegenover HIV. Deze ommezwaai werd veroorzaakt door de publicatie van nieuwe medische onderzoeken. Een van die invloedrijke bevindingen was de theorie van Robert Root-Bernstein over de connectie tussen HIV en AIDS (Phatlane, 2003). Desondanks kwam HIV pas prominenter op de politieke agenda te staan toen de apartheid eenmaal was opgeheven. Regeringsbeleid moest ervoor zorgen dat het probleem van HIV werd aangepakt.

Toen de regering een coherent nationaal strategisch *framework* wilde ontwikkelen om het HIV-probleem aan te pakken, ontstond er een conflict over welk beleid het meest efficiënt zou zijn. In zijn paper 'South Africa's HIV/AIDS policy 1994-2004: how can it be explained?' beschrijft Anthony Butler twee stromingen met verschillende ideeën over efficiënt regeringsbeleid. De eerste stroming focuste op de mobilisatie en biomedische aanpak door te investeren in mobilisatie, politieke wil en antiretrovirale behandelingen (ART). Deze stroming wilde het HIV-probleem aanpakken door middel van een duidelijk nationaal politiek leiderschap en was vooral in zwang tijdens de regeringsperiode van Nelson Mandela (Butler, 2005).

De tweede stroming, de nationale/verlichtende stroming, kwam op tijdens de regeringsperiode van Mbeki. Deze legde de focus op individuele verantwoordelijkheid, traditionele medicijnen, geschikte voeding en het aanpakken van armoede. Het HIV-probleem moest volgens de voorstanders van deze stroming dan ook aangepakt worden door meer

nadruk te leggen op het belang van de gemeenschap in plaats van op het nationale niveau (Butler, 2005).

Nelson Mandela (1994-1999)

Het presidentschap van Mandela betekende een radicale politieke transformatie voor Zuid-Afrika. De nieuwe democratie vertrouwde op consensus en inclusiviteit. Kwesties die de nieuwe en gevoelige balans van machten bedreigden werden vermeden (Parkhurst & Lush, 2004). Door de jonge en fragiele democratie werd het probleem van HIV en AIDS niet opgenomen in de politieke agenda van Mandela, terwijl politiek leiderschap in die tijd juist belangrijk was voor het bevorderen, steunen en behouden van HIV-beleid. Desalniettemin werd er in 1994 een actieplan ontwikkeld door de National AIDS Committee of South Africa (NACOSA). Een van de vroege reacties van de overheid op de HIV-epidemie was Sarafine II, een op de jeugd gerichte dramaserie ontwikkeld om mensen bewust te maken van HIV (Leclerc-Madlala, 2006). Een andere reactie van de regering was een revolutionaire behandeling genaamd Virodene. Er ontstond al snel openbare verontwaardiging over de manier waarop de regering het HIV-probleem heeft aangepakt. Zo werd de afdeling gezondheid beschuldigd van het negeren van juridische procedures door een drama te financieren om het HIV-bewustzijn te verhogen. Daarnaast bleek Virodene een door de staat gefinancierd experiment te zijn geweest dat tegen het advies van de technische comités inging. Uiteindelijk bleek Virodene een giftig industrieel oplosmiddel te zijn (Fassin, 2008). In theorie waren de plannen dus succesvol, maar in de praktijk bleek dit niet zo te zijn. De verschillende redenen worden hieronder uiteengezet.

In haar paper 'Popular responses to HIV/AIDS and policy in South Africa' stelt Suzanne Leclerc-Madlala dat de nalatenschap van de apartheid een grote rol speelde. Vanaf 1994 werd er hard gewerkt aan het opbouwen van een democratie. Dit betekende dat er veel hervormd moest worden, ook binnen de gezondheidszorg. Het implementeren, en met name het coördineren, van het nieuwe gezondheidsbeleid op de verschillende niveaus (lokaal, provinciaal en nationaal) verliep moeizaam. Dit heeft dan ook de invoering van het – ook nog eens gloednieuwe – actieplan voor HIV gecompliceerd (Leclerc-Madlala, 2006).

Justin O. Parkhurst en Louisiana Lush zijn van mening dat het nieuwe bureaucratische systeem heeft geleid tot een kloof tussen het formuleren en het daadwerkelijk implementeren van beleid. Hoewel er een

sterk, nationaal centraal punt was voor het maken en formuleren van beleid, was de implementatie op provinciaal niveau zwak. Het nieuwe federale systeem gaf het provinciale bestuur namelijk een grote mate van onafhankelijkheid. Dit betekende dat het provinciale bestuur bijvoorbeeld zelf het centraal bepaalde budget mocht toewijzen en verdelen. Dit systeem, genaamd de 'sunset clauses', garandeerde werkzekerheid voor ambtenaren, zodat de nieuwe bureaucratische structuur bleef bestaan. Maar omdat deze structuur ontwikkeld was in een tijd van onderdrukking, kende ze een inflexibele en moeilijke samenwerking met de regering (Parkhurst & Lush, 2004).

Een laatste reden waarom de actieplannen niet werkten in de praktijk was het gebrek aan wilskracht en vastberadenheid bij de regering van Mandela om de epidemie te bestrijden (Leclerc-Madlala, 2006). De actieplannen waren duidelijk, maar door verwarring en wanbeheer mislukte hun implementatie. Inspanningen van de regering om lokale initiatieven te steunen waren wankel door de toenemende onzekerheid onder de politieke elite van het ANC. Hierdoor brokkelden ook de loyaliteiten tussen de leden van het ANC af, die in de eerste jaren van de nieuwe democratie zo effectief hadden uitgepakt. Deze spanningen binnen het ANC bemoeilijkten de strijd tegen de HIV-epidemie. Maar omdat de ernst van de HIV-epidemie in de tijd van Mandela's presidentschap minder algemeen bekend was, kon het HIV-probleem makkelijker onder de tafel geschoven worden dan tijdens de regering van Mandela's opvolger Mbeki (Leclerc-Madlala, 2006).

De presidentsperiode van Nelson Mandela wordt gekenmerkt door chaos en verwarring. De democratie moest van de grond af aan worden opgebouwd, wat het bestrijden van de HIV-epidemie in de weg zat. In theorie waren de ideeën en plannen om HIV te bestrijden goed, maar in de praktijk liep het mis. Dit kwam door algehele hervormingen in verschillende sectoren, een nieuw bureaucratisch systeem met een zwak provinciaal bestuur en toenemende onzekerheid binnen de politieke partij ANC. Het creëren van overheidsbeleid is weliswaar belangrijk bij HIV-preventie, maar er had meer aandacht moeten worden besteed aan de implementatie ervan.

Thabo Mbeki (1999-2008)

Het presidentschap van Mbeki was een periode van ontkenning en weerstand. Hoewel de ernst van de HIV-epidemie in de tijd van Mbeki meer algemeen bekend was dan tijdens het presidentschap van Mandela,

heeft Mbeki jarenlang ontkend dat HIV tot AIDS leidt. In plaats daarvan zag hij AIDS als een ziekte die ontstaat door armoede. Ontoereikende gezondheidszorg, ondervoeding, infecties en onhygiënisch drinkwater zouden volgens hem leiden tot AIDS (Phatlane, 2010). Deze ontkenning van Mbeki berust waarschijnlijk op een diep gelegen wantrouwen onder Afrikanen jegens de medische wetenschap (Nattrass, 2005) dat ook het opkomen van de nationale/verlichtende stroming tijdens de regeringsperiode van Mbeki verklaart. Volgens Samantha Willan (2004) leidde dit wantrouwen ertoe dat Mbeki Afrikaanse oplossingen voor Afrikaanse problemen aanmoedigde. 'Afrikaanse oplossingen' betekende in dit geval dat het HIV-probleem opgelost moest worden met alternatieve, vaak niet wetenschappelijk geteste, geneesmiddelen, zoals een bepaald dieet of vitaminen en microvoedingsstoffen (Nattrass, 2005).

Deze ontkenningsfase had grote gevolgen, onder andere voor de wetenschap. In 2000 organiseerde Mbeki een Presidential AIDS Advisory Panel. In dit panel kon informatie worden uitgewisseld en werden debatten gevoerd. Mbeki hield echter een speech over het belang van *self-education*. Hij betoogde dat de ministers zelf kennis moeten opdoen over AIDS, door middel van onderzoek op het internet. Deze uitspraak vormde uiteraard een veronachtzaming van de autoriteit en geloofwaardigheid van de gevestigde wetenschappelijke expertise. Het panel was voor Mbeki en zijn minister van gezondheid, Dr Manto Tshabalala-Msimang, een manier om AIDS en het formuleren van beleid als betwistbaar neer te zetten (Nattrass, 2005). Dit gaf hun de ruimte om zich te verzetten tegen HIV-beleid: er was immers nog meer onderzoek nodig.

Eind 2000 ondervond Mbeki echter steeds meer tegenstand vanuit zijn eigen partij, wat uiteindelijk leidde tot zijn terugtrekking uit het publieke debat over de wetenschap van AIDS en HIV (Nattrass, 2005). De groeiende verdeeldheid binnen zijn partij heeft Mbeki uiteindelijk tot zwijgen gebracht, maar hij heeft nooit publiekelijk afstand gedaan van zijn opvattingen (Willan, 2004). In 2000 werden tevens de National AIDS Council (SANAC) en het National HIV/AIDS and STI Strategic Plan (2000-2005) opgericht. Dit plan had vier pijlers: preventie; behandeling, zorg en ondersteuning; mensen- en wettelijke rechten; en toezicht houden, onderzoek en inspectie (Leclerc-Madlala, 2006). De op het oog werkelijke verandering in beleid kwam pas in 2002, toen het kabinet vastlegde dat het een plan zou ontwikkelen dat het land van antiretrovirale medicijnen zou voorzien (Willan, 2004). Desalniettemin bleek er, net als tijdens het

presidentschap van Mandela, een kloof te bestaan tussen het ontwikkelen en het daadwerkelijk invoeren van beleid. De redenen hiervan zullen hieronder worden toegelicht.

De eerste reden voor de kloof is het gebrek aan middelen. Vooral de pijler 'zorg en ondersteuning' van het National HIV/AIDS en STI Strategic Plan miste de voor implementatie benodigde middelen. Hierdoor kwam de last vooral op de vrouwen te liggen, terwijl dit een taak van de staat had moeten zijn. Maar doordat de betreffende vrouwen niet over toereikende training en financiële middelen beschikten, faalde de implementatie van het plan (Willan, 2004). Het lukte Mbeki dus niet om de, zowel menselijke als financiële middelen, te voor de implementatie van het plan te mobiliseren (Butler, 2005). Dit zegt veel over de politieke wil van Mbeki en zijn regering.

Hier ligt tevens de tweede reden voor de kloof tussen de verklaring en de daadwerkelijke actie van de regering: de invloed van leiderschap. In haar paper 'Neoliberalism, activism, and HIV/AIDS in postapartheid South Africa' schrijft Deborah Mindry dat de transitie die Zuid-Afrika doormaakte, die van de ontwikkeling tot een democratie, grote gevolgen had voor het leiderschap. De leiding verplaatste zich van de burgermaatschappij naar de regering en ook buitenlandse financieringen stroomden van niet-gouvernementele organisaties naar de nieuwe regering (Mindry, 2008). In het ANC ontstond *democratic centralism*. Dat wil zeggen: er ontstond meer hiërarchie en discipline binnen de partij. Tevens kwam er een verankering van respect voor het leiderschap tot stand. Tegelijkertijd werd dit leiderschap steeds minder tolerant tegenover meningsverschillen op gebieden als HIV (Butler, 2005). Dit autoritaire en dwingende leiderschap drong zijn beslissingen steeds meer op aan de bevolking, in plaats van ermee samen te werken (Johnson, 2004). Zonder politieke wil en financiële inzet van de regerende partij werd het erg moeilijk om de plannen rond HIV daadwerkelijk te implementeren. Toch waren enkele ministers binnen het kabinet duidelijk over hun positie in de strijd tegen HIV. Maar dit was helaas niet toereikend om politieke inzet te garanderen (Willan, 2004). Ondanks de recente transitie naar een democratie begon de regering van Mbeki steeds meer op een dictatuur te lijken.

Het type regime is de derde reden die een verklaring kan geven voor de kloof tussen het ontwikkelen en het daadwerkelijk invoeren van beleid. In tegenstelling tot een democratie is een dictatuur immers het

minst sympathiek en reactief naar een crisis toe (Johnson, 2004). Tijdens de regeringsperiode van Mbeki was de staat zo georganiseerd dat de macht over de beleidsvorming bij de president en het ministerie van volksgezondheid lag, in plaats van bij het kabinet. Het kabinet was niet meer in staat om kennis te mobiliseren en conflicten te bemiddelen (Butler, 2005). Volgens Nicoli Nattrass (2005) hadden Mbeki en de minister van gezondheid grote invloed op de nationale politieke agenda. Het was tevens een van Mbeki's prioriteiten om de politieke controle in handen te houden. Zo benoemde hij alleen ministers in het kabinet die zijn presidentiële controle zouden toelaten. Als gevolg hiervan kon de oppositie niet genoeg stemmen krijgen om interventies tegen de regering door te voeren (Butler, 2005). Om het HIV-beleid te implementeren was echter een herverdeling van middelen in het nationale budget nodig. Er was behoefte aan meer fondsen, meer menselijke hulpbronnen, goedkopere medicijnen en betere faciliteiten. Maar deze veranderingen zouden alleen realiteit worden wanneer Mbeki en zijn regering zich daadwerkelijk ervoor zouden inzetten, iets wat ze niet deden (Willan, 2004).

Zo bleef ook de presidentsperiode van Thabo Mbeki gekenmerkt door chaos. De ontkenningfase leidde tot diepe verdeeldheid binnen het ANC, wat uiteindelijk Mbeki tot zwijgen bracht. Toch was de macht van de president groter dan ooit. Als leider werd Mbeki steeds minder tolerant tegenover meningsverschillen over onderwerpen als HIV. De democratie leek steeds meer in een dictatuur te veranderen. De politieke controle van Mbeki had vergaande gevolgen voor het implementeren van het HIV-beleid. Het ontbrak hem namelijk aan politieke wil om de voorgestelde verregaande veranderingen daadwerkelijk in te voeren. Net zoals bij de presidentsperiode van Mandela blijkt dat het creëren van overheidsbeleid belangrijk is, maar dat dit zonder aandacht voor de implementatie ervan een vrijwel nutteloze activiteit is.

Conclusie

Met betrekking tot de deelvraag – Welke rol speelt het overheidsbeleid van Zuid-Afrika in HIV-preventie en hoe heeft deze rol zich sinds de apartheid ontwikkeld? – kan geconcludeerd worden dat overheidsbeleid weliswaar belangrijk is bij HIV-preventie, maar dat goede implementatie van dit beleid van nog groter belang is. Na het afschaffen van de apartheid is er ten aanzien van overheidsbeleid veel veranderd. Tijdens de

apartheid was er weinig aandacht voor HIV, het bestaan van de ziekte werd zelfs ontkend en gestigmatiseerd. HIV werd gezien als een *black issue* en dus als onbelangrijk. Hier kwam echter verandering in door de publicatie van een aantal nieuwe medische onderzoeken. Naar aanleiding hiervan veranderden politieke leiders hun houding tegenover HIV, maar pas na het afschaffen van de apartheid kwam het probleem prominenter op de politieke agenda te staan.

Met het aanstellen van president Mandela brak ook een periode van radicale politieke transformatie aan. Door de nieuwe fragiele democratie kwam HIV niet onmiddellijk op de politieke agenda. Zulke omstrede problemen vormden namelijk een bedreiging voor het nieuwe politieke systeem van het land. De plannen en het beleid die wel werden gemaakt, waren in de praktijk niet zo succesvol. Dit kwam onder andere door de nalatenschap van de apartheid. Algehele hervormingen zorgden ervoor dat de coördinatie moeizaam verliep. Ook het nieuwe bureaucratische systeem speelde een rol in het gebrek aan succes van het beleid. Er bestond namelijk een sterk centraal punt voor het formuleren van het beleid, maar op provinciaal niveau was de implementatie zwak. Tot slot speelde het gebrek aan wilskracht en vastberadenheid ook een rol. Dit zorgde namelijk voor verwarring en wanbeheer van het beleid.

De opvolger van Mandela, president Mbeki, ontkende aan het begin van zijn aanstelling dat HIV tot AIDS leidt. Volgens hem zou de ziekte ontstaan door armoede. Hij pleitte dan ook voor Afrikaanse oplossingen voor Afrikaanse problemen. Deze omvatten onder andere alternatieve geneesmiddelen. Eind 2000 ontstond er echter steeds meer tegenstand en verdeeldheid binnen Mbeki's politieke partij. Uiteindelijk werd in 2002 een beleid gevormd dat voor antiretrovirale medicijnen moest zorgen. Maar net als bij Mandela bestond er een kloof tussen beleid en implementatie. Zo was er een gebrek aan middelen, zowel financieel als menselijk. Daarnaast speelde leiderschap een rol. Mbeki werd steeds minder tolerant en er ontstond steeds meer hiërarchie en discipline binnen zijn partij. Zijn autoritaire en dwingende leiderschap had tot gevolg dat hij zijn beslissingen opdrong aan het volk. Tot slot was ook het type regime van belang. De nieuwe democratie van Zuid-Afrika begon steeds meer op een dictatuur te lijken. Een dictatuur is het minst sympathiek en reactief naar een crisis toe. De macht over de beleidsvorming lag bij de president. Zonder zijn overtuigende inzet lukte het niet om het gevormde HIV-beleid succesvol te implementeren.

Integratie

De voorgaande hoofdstukken hebben vanuit verschillende perspectieven de situatie rond HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers belicht. Economie gaat ervan uit dat mensen schaarste rationeel oplossen. Vanuit dit disciplinaire perspectief staan de keuzes van mensen centraal, met de focus op financiële motieven. De motivatie van keuzes kent meerdere invalshoeken. De combinatie van ruimtelijke en culturele invloeden speelt in de sociale geografie een belangrijke rol bij de keuzes van mensen. Voor sociale geografie zijn de invloeden uit de omgeving dus de bron van verklaring voor de keuzes die mensen maken. Daarnaast zijn keuzes afhankelijk van de keuzevrijheid die het beleid biedt. Internationale betrekkingen in historisch perspectief bestudeert problemen met een politieke blik. Deze discipline houdt zich onder andere bezig met beslissingen die gemaakt worden op basis van machtsverhoudingen. Deze perspectieven zullen in dit hoofdstuk bijeengebracht worden met behulp van de interdisciplinaire onderzoeksmethode van Repko en Szostak (2017) om een nieuw interdisciplinair inzicht te bieden dat een meeromvattend antwoord geeft op de vraag: Waarom is de HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika niet effectief? Allereerst zullen de belangrijkste disciplinaire inzichten met betrekking tot de probleemstelling worden herhaald. Vervolgens worden de overeenkomsten en conflicten tussen deze inzichten geanalyseerd en georganiseerd met de technieken van Repko en Szostak (2017). Ten slotte zal de zo gecreëerde *common ground* als basis fungeren voor de geïntegreerde *more comprehensive understanding* die antwoord geeft op de hoofdvraag.

Disciplinaire perspectieven

Voor het onderwerp van een effectieve HIV-preventie onder sekswerkers in Zuid-Afrika legt sociale geografie de focus bij de directe omgeving van de sekswerkers. De gemeenschap is een belangrijk middel om de effectiviteit te verhogen. Ten gevolge van de sociaalmaatschappelijke verhoudingen is er sprake van onderdrukking en uitsluiting van de vrouwelijke sekswerkers. De maatschappelijke positie van sekswerkers is zeer zwak en kan niet door de sekswerkers zelf worden veranderd door het stigma rond HIV. *Community empowerment* is van belang om de gemeenschap om te vormen naar een veilige, stimulerende omgeving waarbinnen effectieve HIV-preventie onder sekswerkers mogelijk is.

Tegenover deze context-gerelateerde visie van de sociale geografie staat de economische rationele kijk. Het economische hoofdstuk verklaart de hoge HIV-prevalentie onder vrouwelijke sekswerkers vanuit twee invalshoeken: vraag en aanbod van zorg. Op individueel niveau speelt HIV een rol bij de vraag naar zorg. Het aanbod wordt geanalyseerd door het zorgsysteem in kaart te brengen. De behandeling van HIV levert veel gezondheidswinst op voor relatief weinig geld. Door de slechte gezondheid van patiënten is de marginale winst van het behandelen van HIV groot. Als minder mensen ziek zijn of dood gaan aan HIV/AIDS, kunnen ze langer productief zijn. Hierdoor is het bestrijden van de epidemie in het belang van de economie van Zuid-Afrika.

De grote corridors (doorgangswegen en havens) van het land zijn essentieel voor de groeiende economie van Zuid-Afrika maar bieden ook een zeer gemakkelijkste route voor verspreiding van HIV. Door de afgelegenheid en de armoede rond truckstops is sekswerk aldaar een onvermijdelijk verschijnsel. Het lage opleidingsniveau van de betrokkenen voorkomt adequate behandeling van en effectieve voorlichting over HIV, waardoor deze transmissieroute blijft bestaan. In het voorafgaande is gebleken dat individuen maar tot op zekere hoogte rationele keuzes maken, bijvoorbeeld door gebrek aan opleiding of werkgelegenheid. Hoewel gezondheid letterlijk over leven en dood gaat, is het niet altijd de eerste prioriteit van mensen of van de politiek. Het hoofdstuk interdisciplinaire betrekkingen laat zien dat macht een grote rol speelt bij het verklaren van de gebeurtenissen omtrent HIV-beleid. De keuzes van de machthebber reflecteren diens waarden en prioriteiten met betrekking tot de problemen in het land. De machthebber bepaalt het overheidsbeleid. Daarnaast moet hij of zij ook de wilskracht en vastberadenheid hebben om het vastgestelde beleid daadwerkelijk uit te voeren. Zonder overtuigende inzet lukt het namelijk niet om het voorgenomen HIV-beleid succesvol te implementeren. De machtspositie van de president, maar ook het gebrek aan macht van de rest van de regering, heeft dus een grote invloed op het opstellen en implementeren van beleid met betrekking tot HIV-preventie.

Verschillen en overeenkomsten

Er zijn een aantal overeenkomsten en verschillen tussen de disciplines met betrekking tot het probleem van HIV-preventie. Deze worden hier als voorbereiding op de creatie van een *common ground* uiteengezet.

Armoede

Alle disciplines wijzen armoede aan als een belangrijke factor in het gebrek aan effectieve HIV-preventie. Er heerst forse inkomensongelijkheid in Zuid-Afrika en veel mensen leven onder de armoedegrens. Deze groep is vaak analfabeet en er is weinig tot geen werkgelegenheid. Zowel economie als sociale geografie beargumenteren dat gekleurde vrouwen zich keren tot sekswerk als economisch overlevingsstrategie.

Internationale betrekkingen stelt dat president Mbeki HIV zag als een ziekte die ontstaan is door armoede. Na de moeilijke jaren van de apartheid was het beleid vooral gericht op economische groei, niet op herverdeling van de welvaart. Economische groei was van groter belang dan een goedlopende en eerlijke verdeelde gezondheidszorg. Voor economische groei is een betere infrastructuur essentieel. Het wegennetwerk zorgt voor een groot deel van de werklocaties van de sekswerkers. De sociale dynamiek tussen de sekswerkers en vrachtwagenchauffeurs verklaart de hogere prevalentie van HIV bij doorgangswegen. Hier doet zich een paradox voor: enerzijds leiden wegen tot minder armoede, maar ook tot meer HIV-besmettingen onder sekswerkers. Aan de andere kant leidt minder armoede tot minder HIV. Economische onderzoek heeft aangetoond dat wegen vooral tot hogere HIV-prevalentie leiden.

Vrachtwagenchauffeurs en de sekswerkers rond truckstops zijn vaak analfabeet. De discipline economie laat zien dat de hoge mate van analfabetisme en de slechte onderhandelingspositie vrouwen, met name sekswerkers, kwetsbaar maken voor HIV. De verwevenheid met de vrachtwagenchauffeurs creëert de perfecte voedingsbodem voor een ongeremde verspreiding van het HIV-virus. Het gebrek aan scholing leidt behalve werkloosheid ook tot vernedering binnen de sociale hiërarchie. De maatschappelijke positie van vrouwen kan enkel worden verbeterd wanneer de gehele hiërarchie binnen de gemeenschap op de schop gaat. Aan de hand van *community empowerment* programma's dient de volledige gemeenschap naar behoefte van de groep te worden getransformeerd. Bij internationale betrekkingen blijkt dat Mbeki in zijn termijn ook de focus heeft gelegd op het belang van de individuele gemeenschap in plaats van het nationale niveau. Hij vertrouwde echter de medische wetenschap niet en stimuleerde alternatieve en traditionele geneesmiddelen die vaak niet wetenschappelijk getest zijn. Een verbetering van de maatschappelijke positie van vrouwen betekent dat

vrouwen ook meer kansen krijgen, onder andere op het gebied van werk. Vrouwen kunnen zo meer gaan verdienen en hoeven niet terug te vallen op sekswerk om financieel rond te komen.

Nasleep van apartheid

Sociale geografie wijt het blijvende stigma van vrouwelijke gekleurde sekswerkers aan de nasleep van de apartheid. Hoewel de rassenscheiding juridisch is afgeschaft, blijft ze een dominante rol spelen in het alledaagse leven. De onderdrukking van gekleurde vrouwelijke sekswerkers blijft binnen de gemeenschap een barrière voor effectieve HIV-preventie. De opvattingen uit de periode van de Apartheid heersen nog steeds onder de bevolking en in het politieke milieu. Economie en internationale betrekkingen beschrijven de impact van deze blijvende rassenscheiding op het mislukken van HIV-beleid. Mandela's agenda was gevuld met het opbouwen van de nieuw geschapen democratie, waardoor er geen aandacht werd besteed aan het bestrijden van de nieuwe onbekende ziekte HIV. Zijn opvolger, president Mbeki, heeft AIDS lang ontkend maar zag zich uiteindelijk door toenemende druk vanuit de samenleving en zijn eigen regering gedwongen om het gratis ART-programma op te nemen in de publieke gezondheidszorg. Volgens het economische perspectief werd het beleid door de kersverse democratie ingericht om economische groei te stimuleren. Hierdoor is geen aandacht besteed aan de financiële herverdeling binnen Zuid-Afrika. Vooral de rijke blanke populatie ging er hierdoor op vooruit, zodat de achterstand van de armste mensen nog groter werd. Daarnaast biedt economie het inzicht dat de kwaliteit van gezondheidszorg verslechterd is door de focus op diversiteit binnen het management van zorginstellingen. Het bijkomende verlies van institutioneel geheugen veroorzaakte ineffectiviteit binnen de zorg.

Macht

In eerste instantie lijken de disciplines internationale betrekkingen en sociale geografie overeen te komen wat betreft het concept macht. Beiden duiden ras als belangrijke factor in de machtspositie. Vanuit internationale betrekkingen wordt HIV in de nasleep van de apartheid nog steeds beschouwd als 'gekleurde ziekte'. De Zuid-Afrikaanse politiek beschouwde het als een minderwaardig probleem waar geen aandacht aan besteed moest worden. Hoewel de rassenscheiding wettelijk is afgeschaft heerst deze gedachte nog steeds bij veel mensen. Sociale geografie benadrukt het heersende stigma van gekleurde vrouwelijke sekswerkers en licht de

gevolgen toe van het leven onderaan de sociale hiërarchische ladder. Het stigma bestaat door het culturele taboe op seks en de schaamte die men ervaart bij het hebben van een seksueel overdraagbare aandoening. Behalve het cultuurgebonden rollenpatroon speelt tegenwoordig ook sociaaleconomische status een grote rol.

De sociale geografie concentreert zich echter verder op de sociaalmaatschappelijke machtspositie van het individu op basis van leeftijd, gender en ras, waar internationale betrekkingen de blik richt op de politieke machtshiërarchie. De beide disciplines gebruiken het concept macht dus op andere autoriteitsschalen, die niet samengevoegd kunnen worden omdat er dan essentiële betekenisaspecten verloren gaan.

Nuance

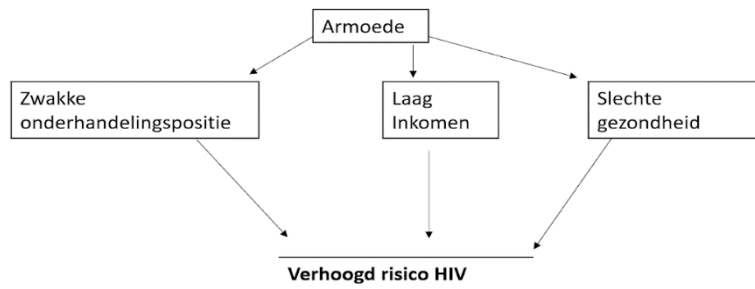
Economie en internationale betrekkingen maken slechts onderscheid tussen de blanke en de gekleurde bevolking in Zuid-Afrika. Sociale geografie spreekt hier genuanceerder over. Tijdens de apartheid werd een vierrassenmodel gehanteerd. Dit paper richt zich op de sekswerkers met een voornamelijk Afrikaans/gekleurde achtergrond. Het nuanceverschil is van belang omdat de twee groepen op sociaalmaatschappelijk vlak een verschillende status hebben. Zelfs na de apartheid ervaart de Afrikaanse bevolking meer achterstelling dan de gekleurde bevolking. Dit kan worden herleid tot de tijd waarin status verbonden was met de tint van de huid: hoe lichter de tint, hoe hoger de status. Gekleurde burgers hadden veelal een hogere sociaalmaatschappelijke positie dan Afrikaanse burgers. Sociale geografie hanteert een meer uitgebreide definitie voor gekleurde mensen.

Common Ground

Armoede

De armoede in Zuid-Afrika treedt bij alle disciplines op als cruciale factor in het HIV-preventieprobleem. Het onderstaande schema (figuur 9) is opgezet met gebruikmaking van organisatie, een techniek van Repko & Szostak (2017) om *common ground* te creëren. De vrouwelijke sekswerkers doen hun werk om rond te kunnen komen; het is noodzakelijk om langs deze weg geld binnen te krijgen. Dit aspect zorgt voor een verzwakking van de onderhandelingspositie van deze toch al kwetsbare vrouwen. Vanuit de politiek is ook vastgesteld dat armoede een grote rol speelt in de algehele gezondheidssituatie. Door de armoede

ontstaan er dus verschillende situaties die een verhoogd risico op HIV opleveren voor de vrouwelijke sekswerkers.



Figuur 9: Schema armoede

Nasleep van apartheid

Economie en internationale betrekkingen hebben het over een jonge frisse democratie met volle agenda ten gevolge van afschaffing van de apartheid. Internationale betrekkingen beargumenteert vervolgens dat de overheid geen aandacht schenkt aan de *black disease*. Deze ziekte zou voor veel ophef zorgen die een gevaar zou kunnen vormen voor de nieuwe democratie en kan daarom beter onder het tapijt worden geschoven. Het economische hoofdstuk beschrijft de focus op economische groei en diversiteit in management. De rijke blanke bevolking werd hierdoor nog rijker en onopgeleid management leidde tot inefficiëntie in de zorg.

We kunnen de techniek van herdefinitie (Repko & Szostak, 2017) toepassen op wat beide disciplines schrijven over de gevolgen van de apartheid voor HIV: het economische gevolg dat de focus op diversiteit en economische groei noemt en het politieke gevolg dat het gebrek aan aandacht voor het HIV-probleem noemt worden opnieuw gedefinieerd als verschijningsvormen van een meeromvattend fenomeen, namelijk de nasleep van de apartheid. Deze nasleep van de apartheid doet zich niet alleen in het beleid maar ook op sociaalmaatschappelijk niveau voor. De verschillen tussen ras en gender zijn ingebrand in de cultuur. Verandering in de gemeenschappen vinden slechts plaats in de loop van een uitgestrekte tijdspanne. Het stigma van HIV blijft bestaan en staat effectieve HIV-preventie in de weg.

Macht

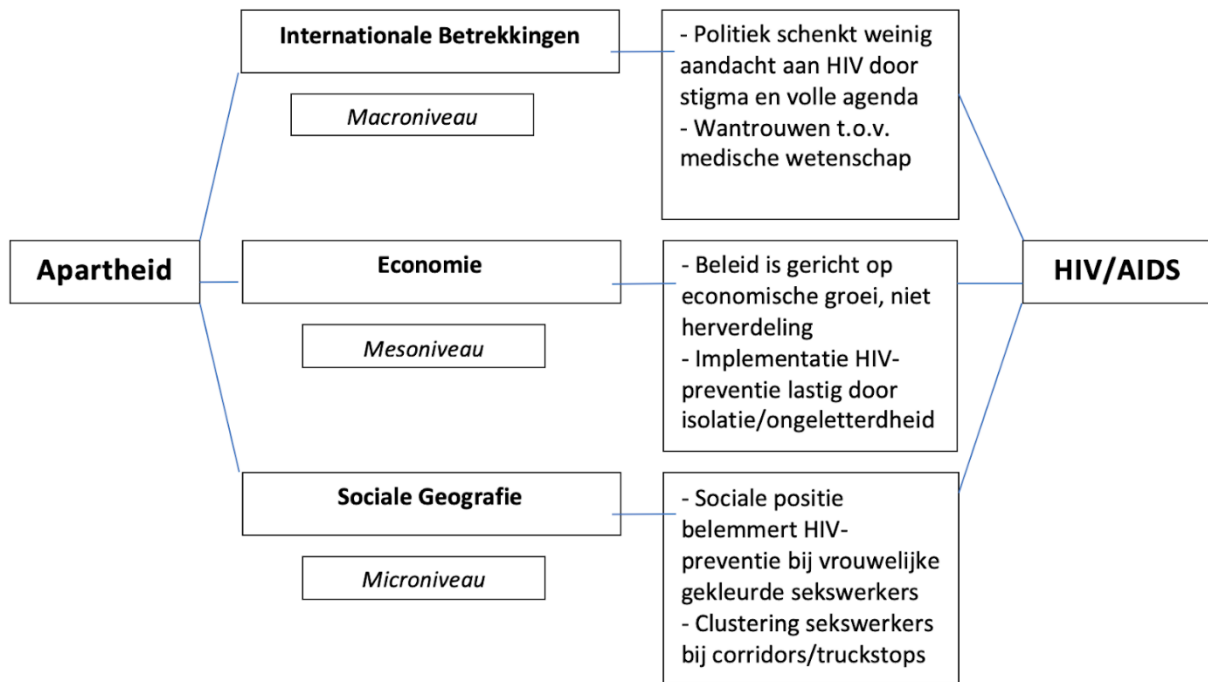
Sociale geografie en internationale betrekkingen beschrijven macht elk op een andere autoriteitschaal. Waar sociale geografie focust op de

sociaalmaatschappelijke machtspositie van het individu (gebaseerd op leeftijd, gender en ras), richt internationale betrekkingen de blik op de politieke machts hiërarchie. De technieken die Repko & Szostak (2017) bieden voor het oplossen van conceptuele conflicten (namelijk herdefinitie, transformatie, organisatie en extensie) zijn in dit geval niet toereikend. Daarom zal gebruik worden gemaakt van de techniek die Van der Lecq (2012) *distinguishing* noemt. Binnen het concept 'macht' zal onderscheid gemaakt worden tussen 'politieke macht' en 'sociale macht'. Hierbij heeft politieke macht betrekking op de autoriteit en controle in die het individu heeft over de nationale politieke agenda en verwijst sociale macht naar de autoriteit die het individu heeft binnen een groep of gemeenschap.

De nuance

De verschillende nuancering van rassenindeling in de disciplinaire delen kan worden verduidelijkt met een metafoor betreffende koffie, thee en melk. Binnen deze metafoor zien economie en internationale betrekkingen de blanke bevolking als melk en de gekleurde bevolkingsgroep als koffie. Sociale geografie ziet de gekleurde bevolking als een subgroep. Het drankenspectrum wordt dan als volgt ingedeeld. De blanke bevolking blijft verwijzen naar melk, de Afrikaanse bevolking kan worden gekarakteriseerd als espresso, de gekleurde bevolking heeft betrekking op alle verschillende soorten koffie met melk, van cappuccino tot koffie verkeerd, en de Aziatische groep kan worden beschouwd als thee, waaraan ook melk kan worden toegevoegd. Binnen deze metafoor kunnen koffie en thee ook samen gedronken worden.

Deze nuance veroorzaakt geen problemen in de afzonderlijke disciplinaire delen maar het is wel belangrijk om haar te erkennen bij de integratie, omdat de focus van deze scriptie ligt op het sociale en culturele aspect van het probleem. Daarom is het van groot belang om met het onderscheid rekening te houden. De verschillende groepen kennen immers een eigen geschiedenis en delen culturele waarden die van grote invloed kunnen zijn op het slagen of falen van geïmplementeerde oplossingen. Toepassing van *distinguishing* op de onderscheiding van rassen maakt duidelijk dat de economie en internationale betrekkingen er twee onderscheiden en dat de sociale geografie een uitbreiding naar vier om de materie te verhelderen.



Figuur 10: Schema Common Ground

De apartheid is de primaire bron van de hedendaagse problemen in Zuid-Afrika; het land onderscheidt zich met deze geschiedenis van zijn buurlanden die eenzelfde economische systeem hebben. Er is sprake van een enorme inkomensongelijkheid waardoor een groot deel van de bevolking in armoede leeft. In figuur 10 is schematisch weergegeven hoe de nasleep van de apartheid leidt tot een ineffectieve HIV-preventie onder vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika.

More comprehensive understanding

De opvattingen uit de periode van de apartheid hebben nog steeds een overheersende rol in Zuid-Afrika. Het taboe rond seks en HIV maakt het lastig om erover praten en om uit te komen voor een HIV-positieve status. Hierdoor zijn er veel onzichtbare geïnfecteerden die niet opgevangen worden door het matige Zuid-Afrikaanse gezondheidsstelsel. Ondanks het antiretrovirale-therapie-programma blijven veel mensen onder de radar, waaronder ook de sekswerkers in afgelegen en arme gebieden. Vooral rond truckstops langs de grote transportcorridors leven veel mensen in armoede met weinig contact met de buitenwereld.

Door het wantrouwen van de Afrikaanse bevolking jegens de medische wetenschap werd pas laat behandeling aangeboden. Toen het programma dan toch werd ingevoerd, belemmerde een gebrek aan wilskracht en vastberadenheid van de politiek een effectieve implementatie van het

beleid. De jonge democratie had een groot aantal actiepunten maar haar prioriteit lag niet bij het gezondheidsstelsel en de aanpak van HIV. Om de effectiviteit van HIV-preventie te vergroten schiet de medische kant van de wetenschap tekort. Er is behoefte aan een meer omvattende aanpak van de situatie. Het taboe rond HIV moet verdwijnen uit de politiek en de hele bevolking van Zuid-Afrika. Alleen als HIV een bespreekbare ziekte wordt, kan het probleem goed worden opgelost. Er is behoefte aan een veiliger omgeving voor sekswerkers en voor vrouwen in het algemeen. De mensen in Zuid-Afrika moeten doorgroeien, zich uit het verleden bevrijden en op een transparante, tolerante wijze werken aan een welvarende toekomst voor iedereen.

Discussie

We kunnen niet ontkennen dat het HIV dilemma een biomedische aspect bevat. In onze scriptie hebben we de huidige stand van de medische wetenschap aan het begin belicht waardoor we in de rest van de scriptie steeds van dezelfde medische basiskennis zijn uitgegaan. Desondanks blijven er medische aspecten onbelicht. De besnijdenis van mannen wordt bijvoorbeeld ook als preventiemaatregel beschouwd. Dit is medisch gezien een interessant onderwerp, maar wordt door literatuur niet bepaald erkend als de *golden bullet*. Wij zijn van mening dat de ongrijpbaarheid van het probleem niet in de medisch-wetenschappelijke onmogelijkheden besloten ligt. Daarom hebben wij ervoor gekozen om de economische, culturele en politieke aspecten van HIV te belichten.

De HIV-epidemie is een groot probleem in Zuid-Afrika dat wereldwijd veel aandacht heeft gekregen. Er bestaat een overvloed aan literatuur over dit probleem. De HIV-epidemie kent veel verschillende invalshoeken en het is daardoor bijna onmogelijk om alle factoren te bespreken. Desondanks denken wij dat onze analyse de belangrijkste aspecten en problemen rond HIV bij vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika heeft behandeld. Onze discipline-overschrijdende analyse voegt daarom naar onze mening een meeromvattend interdisciplinair inzicht toe aan de huidige literatuur.

Omdat de epidemie zich niet meer exponentieel uitbreidt, neemt de wetenschappelijk interesse af. Veel data zijn nu daarom verouderd. Daarnaast is het lastig om goede data te verzamelen over vrouwelijke sekswerkers in Zuid-Afrika. Door de isolatie en afgelegenheid waarin de HIV-epidemie zich vandaag de dag afspeelt, zijn goede getallen lastig te

verkrijgen. Voor een goede kwantitatieve analyse moet er eerst uitvoering veldwerk gedaan worden om inzicht te krijgen in de ontoegankelijke gemeenschap van sekswerkers en vrachtwagenchauffeurs. Op basis van zo'n vervolgonderzoek kunnen er conclusies getrokken worden over de implementatie van adequaat beleid. Ons onderzoek kan een goede basis vormen voor een aanbeveling aan beleidsmakers in Zuid-Afrika. Er is kortom behoefte aan vervolgonderzoek waarbij actuele data worden verzameld om het belang van een effectievere aanpak van HIV-preventie onder sekswerkers prominenter op de (lokale) politieke agenda van Zuid-Afrika te plaatsen.

Literatuur

Inleiding

AVERT. (2018). Global HIV and AIDS statistics. [online] Opgehaald van: <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics> [Accessed 7 May 2019].

AVERT. (2019). HIV and AIDS in South Africa. [online] Opgehaald van: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/south-africa> [Accessed 7 May 2019].

Hoepelman, A., Kroes, A., Sauerwein, R., Verbrugh, H. and Nouwen, J. (2016). *Leerboek microbiologie en infectieziekten*. 4th ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Potter, R., Conway, D., Evans, R., & Lloyd-Evans, S. (2012). *Key Concepts in Development Geography*. Londen, Verenigd Koninkrijk: SAGE Publications.

Quaife, M., Vickerman, P., Manian, S., Eakle, R., Cabrera-Escobar, M., Delany-Moretlwe, S. and Terris-Prestholt, F. (2018). The effect of HIV prevention products on incentives to supply condomless commercial sex among female sex workers in South Africa. *Health Economics*, 27(10), pp.1550-1566.

Repko, A. and Szostak, R. (2017). *Interdisciplinary research*. 3rd ed. Sage.

Disciplinaire verdieping

Economie

Bidzha, M. L., Greyling, D. T., & Mahabir, M. J. (2007). *Has South Africa's Investment in Public Health Care Improved Health Outcomes?* 28.

Chersich, M. F., Luchters, S., Ntaganira, I., Gerbase, A., Lo, Y.-R., Scorgie, F., & Steen, R. (2013). Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 17980. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.17980>

Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D., & McIntyre, D. (2009). The health and health system of South Africa: Historical roots of current public health challenges. *The Lancet*, 374(9692), 817–834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60951-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60951-X)

Creese, A., Floyd, K., Alban, A., & Guinness, L. (2002). Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: A systematic review of

the evidence. *The Lancet*, 359(9318), 1635–1642.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08595-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08595-1)

Dixon, S. (2002). The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. *BMJ*, 324(7331), 232–234.

<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7331.232>

Djemai, E. (2018). Roads and the spread of HIV in Africa. *Journal of Health Economics*, 60, 118–141.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.05.004>

Garber, A. M., & Skinner, J. (2008). Is American Health Care Uniquely Inefficient? *Journal of Economic Perspectives*, 22(4), 27–50.

<https://doi.org/10.1257/jep.22.4.27>

George, G., Nene, S., Beckett, S., Durevall, D., Lindskog, A., & Govender, K. (2019). Greater risk for more money: The economics of negotiating condom use amongst sex workers in South Africa. *AIDS Care*, 1–4. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1563284>

Gibson, J., & Rozelle, S. (2003). Poverty and Access to Roads in Papua New Guinea. *Economic Development and Cultural Change*, 52(1), 159–185. <https://doi.org/10.1086/380424>

Gini-coefficient. (2018). In *Wikipedia*. Retrieved from <https://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Gini-co%C3%ABffici%C3%ABnt&oldid=51242207>

Gomez, G. B., Venter, W. D. F., Lange, J. M. A., Rees, H., & Hankins, C. (2013). North-South Corridor Demonstration Project: Ethical and Logistical Challenges in the Design of a Demonstration Study of Early Antiretroviral Treatment for Long Distance Truck Drivers along a Transport Corridor through South Africa, Zimbabwe, and Zambia. *Advances in Preventive Medicine*, 2013, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2013/190190>

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.

<https://doi.org/10.1086/259880>

H Schneider, Chabikuli, N., & Blaauw, D. (2005). *Sexually transmitted infections - factors associated with quality of care among private general practitioners*. 95(10), 782–785.

Heise, L. L., & Elias, C. (1995). Transforming AIDS prevention to meet women's needs: A focus on developing countries. *Social Science & Medicine*, 40(7), 931–943. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00165-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00165-P)

P

HIV and AIDS in South Africa. (2015, July 21). Retrieved May 18, 2019, from AVERT website: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/south-africa>

Karim, S. S. A., Churchyard, G. J., Karim, Q. A., & Lawn, S. D. (2009). HIV infection and tuberculosis in South Africa: An urgent need to escalate the public health response. *The Lancet*, *374*(9693), 921–933. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60916-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60916-8)

Life expectancy at birth, total (years) | Data. (n.d.). Retrieved June 10, 2019, from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=ZA>

Lippman, S. A., Pulerwitz, J., Chinaglia, M., Hubbard, A., Reingold, A., & Díaz, J. (2007). Mobility and its liminal context: Exploring sexual partnering among truck drivers crossing the Southern Brazilian border. *Social Science & Medicine*, *65*(12), 2464–2473. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.002>

Marten, R., McIntyre, D., Travassos, C., Shishkin, S., Longde, W., Reddy, S., & Vega, J. (2014). An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet*, *384*(9960), 2164–2171. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60075-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60075-1)

Mayosi, B. M., & Benatar, S. R. (2014). Health and Health Care in South Africa — 20 Years after Mandela. *New England Journal of Medicine*, *371*(14), 1344–1353. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1405012>

Parker, R. G., Easton, D., & Klein, C. H. (2000). Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research. *AIDS (London, England)*, *14 Suppl 1*, S22-32.

Rangasami, J., Konstant, T., & Mulder, A. (2016). *Police abuse of sex workers: Data from cases reported to the Women's Legal Centre between 2011 and 2015*. Women's Legal Centre.

Schut, E., van Doornslaer, E., & Keuzenkamp, H. (2015). *Canon Gezondheidseconomie* (pp. 198–202). ESB.

Tregenna, F., & Tsela, M. (2012). Inequality in South Africa: The distribution of income, expenditure and earnings. *Development Southern Africa*, *29*(1), 35–61. <https://doi.org/10.1080/0376835X.2012.645640>

Sociale Geografie

Ackermann, L., & Klerk, G. W. (2002). SOCIAL FACTORS THAT MAKE SOUTH AFRICAN WOMEN VULNERABLE TO HIV INFECTION. *Health*

Care for Women International, 23(2), 163–172.

<https://doi.org/10.1080/073993302753429031>

Bekker, L., Johnson, L., Cowan, F., Overs, C., Besada, D., Hillier, S., & Cates, W. (2015). Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *The Lancet*, 385(9962), 72–87.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60974-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60974-0)

Brown, K. (2000). Coloured and Black Relations in South Africa: The Burden of Racialized Hierarchy. *After Apartheid: South Africa in the New Century*, 198–207. Retrieved from

<https://digitalcommons.macalester.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.nl/&httpsredir=1&article=1194&context=macintl>

Campbell, C. (2000). Selling sex in the time of AIDS: the psycho-social context of condom use by sex workers on a Southern African mine. *Social Science & Medicine*, 50(4), 479–494.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00317-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00317-2)

Campbell, C., & Mzaidume, Z. (2001). Grassroots Participation, Peer Education, and HIV Prevention by Sex Workers in South Africa. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1978–1986.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.91.12.1978>

Christopher, A. J. (2001). Urban Segregation in Post-apartheid South Africa. *Urban Studies*, 38(3), 449–466.

<https://doi.org/10.1080/00420980120027447>

Chopra, M., Doherty, T., Jackson, D., & Ashworth, A. (2005). Preventing HIV transmission to children: Quality of counselling of mothers in South Africa. *Acta Paediatrica*, 94(3), 357–363.

<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb03080.x>

Coetzee, J., Jewkes, R., & Gray, G. E. (2017). Cross-sectional study of female sex workers in Soweto, South Africa: Factors associated with HIV infection. *PLOS ONE*, 12(10), e0184775.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184775>

Cornish, F., & Campbell, C. (2009). The Social Conditions for Successful Peer Education: A Comparison of Two HIV Prevention Programs Run by Sex Workers in India and South Africa. *American Journal of Community Psychology*, 44(1–2), 123–135.

<https://doi.org/10.1007/s10464-009-9254-8>

Cornwall, A., Correa, S., & Jolly, S. (2013). *Development with a Body: Sexuality, Human Rights and Development*. Zed Books.

Finchilescu, G., & Tredoux, C. (2010). The Changing Landscape of Intergroup Relations in South Africa. *Journal of Social Issues*, 66(2), 223–236. Retrieved from

<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1540-4560.2010.01642.x>

Karim, Q. A., Abdool, S. S., Soldan, K., & Zondi, M. (1995). Reducing the Risk of HIV Infection among South African Sex Workers: Socioeconomic and Gender Barriers. *American Journal of Public Health*, 85(11), 1521–1525. Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615708/>

Langen, T. T. (2005). Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *African Health Sciences*, 5(3), 188–197.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60974-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60974-0)

Merson, M. H., O'Malley, J., Serwadda, D., & Apisuk, C. (2008). The history and challenge of HIV prevention. *The Lancet*, 372(9637), 475–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60884-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60884-3)

Morrell, R., Jewkes, R., & Lindegger, G. (2012). Hegemonic Masculinity/Masculinities in South Africa. *Men and Masculinities*, 15(1), 11–30. <https://doi.org/10.1177/1097184X12438001>

Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569–579. Retrieved from

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02506982>

Posel, D. (2010). Races to consume: revisiting South Africa's history of race, consumption and the struggle for freedom. *Ethnic and Racial Studies*, 33(2), 157–175.

<https://doi.org/10.1080/01419870903428505>

Stoebenau, K., Nixon, S. A., Rubincam, C., Willan, S., Zembe, Y. Z. N., Tsikoane, T., ... Razafintsalama, V. (2011). More than just talk: the framing of transactional sex and its implications for vulnerability to HIV in Lesotho, Madagascar and South Africa. *Globalization and Health*, 7(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-34>

Stopard, I. J., McGillen, J. B., Hauck, K., & Hallett, T. B. (2019). The influence of constraints on the efficient allocation of resources for HIV prevention. *AIDS*, 33(7), 1241–1246.

<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002158>

Wechsberg, W. M., Luseno, W. K., & Lam, W. K. (2005). Violence against substance-abusing South African sex workers: intersection with

culture and HIV risk. *AIDS Care*, 17(sup1), 55–64.

<https://doi.org/10.1080/09540120500120419>

Internationale Betrekkingen

Butler, A. (2005). South Africa's HIV/AIDS policy, 1994–2004: How can it be explained? *African Affairs*, 104(417), 591-614.

Fassin, D. (2008). The embodied past. From paranoid style to politics of memory in South Africa. *Social Anthropology*, 16(3), 312-328.

Johnson, K. (2004). The politics of AIDS policy development and implementation in Postapartheid South Africa. *Africa Today*, 51(2), 107-128.

Leclerc-Madlala, S. (2006). Popular responses to HIV/AIDS and policy in South Africa. *Journal of Southern African Studies*, 31(4), 845-856.

Mindry, D. (2008). Neoliberalism, activism, and HIV/AIDS in Postapartheid South Africa. *Social Text*, 25(1), 75-93.

Nattrass, N. (2005). AIDS policy in Post-Apartheid South Africa. *African Affairs*, 107(427), 1-26.

O'Meara, D. (1997). *Forty years lost: the Apartheid state and the politics of the National Party, 1848-1994*. Johannesburg, Zuid-Afrika: Ravan Press.

Parkhurst, J.O. & Lush, L. (2004). The political environment of HIV: lessons from a comparison of Uganda and South Africa. *Social Science and Medicine*, 59, 1913-1924.

Phatlane, S. N. (2003). Poverty and HIV/Aids in Apartheid South Africa. *Social Identities*, 9(1), 73-91.

Willan, S. (2004). Recent changes in the South African government's HIV/AIDS policy and its implementation. *African Affairs*, 103, 109-117.

Integratie

Repko, A. and Szostak, R. (2017). *Interdisciplinary research*. 3rd ed. Sage.

Appendix A

Gini-coëfficiënt

De Gini-coëfficiënt is een statistische maatstaf voor de ongelijkheid van een verdeling. Deze wordt met name in de economie gebruikt om ongelijkheid van inkomen aan te geven. De Gini-coëfficiënt kan de waarden tussen 0 en 1 aannemen, maar wordt soms ook in percentages uitgedrukt. De laagste waarde 0 betekent perfecte gelijkheid van inkomen. Een waarde van 1 betekent dat er pure ongelijkheid heerst. Theoretisch gezien kan de waarde boven de 1 uitkomen als er mensen zijn met veel schulden of negatief inkomen.

De Gini-coëfficiënt is intuïtief opgebouwd aan de hand van de Lorenz-curve. Deze tekent het cumulatieve percentage van het inkomen tegenover het cumulatieve percentage van de populatie. De gelijkheidslijn illustreert compleet eerlijke verdeling van inkomen. Voor elk procent populatie, komt er ook een procent inkomen bij. De Gini-coëfficiënt wordt berekend door: $A/(A+B)$. De verhouding tussen de ruimte tussen de Lorenz-curve en de gelijkheidslijn ("Gini-coëfficiënt," 2018).

