

Socio-economische aspecten van de AIDS-epidemie in Afrika

door

M. LAGA * & A. BUVE **

TREFWOORDEN. — Afrika ; AIDS ; Socio-economische impact.

SAMENVATTING. — De AIDS-epidemie in Afrika heeft verstreckende gevolgen op socio-economisch gebied en leidt tot verarming van families en bevolkingsgroepen. De stijging van de mortaliteit in de meest economisch actieve leeftijdsgroepen heeft een vermindering van de economische productiviteit tot gevolg. De verzorging van grote aantallen AIDS-patiënten vormt een extra belasting voor gezondheidsdiensten en families. In zwaar getroffen streken zijn de limieten van de opvangmogelijkheden van de traditionele *extended family* bereikt. De begeleiding van families die zorgen voor patiënten en weeskinderen vereist een vernieuwende aanpak waarin gemeenschappen en hulporganisaties elk hun rol spelen. Een eerste vereiste daartoe is dat er geen discriminatie van AIDS-patiënten voorkomt.

RESUME. — *Les aspects socio-économiques de l'épidémie du SIDA en Afrique.* — L'épidémie du SIDA en Afrique est lourde de conséquences sur le plan socio-économique et entraîne un appauvrissement des familles et de fractions de la population. La hausse du taux de mortalité parmi les groupes d'âge les plus actifs économiquement provoque une baisse de la productivité économique. Les soins aux nombreux malades du SIDA représentent une charge supplémentaire pour les services de santé et les familles. Dans les régions durement frappées, les possibilités d'accueil de la traditionnelle *extended family* ont atteint leurs limites. L'accompagnement des familles ayant la charge de malades et d'enfants orphelins exige une approche nouvelle où les communautés et les associations d'aide jouent chacune leur rôle. Pour cela, une condition préalable est l'absence de toute discrimination à l'égard des malades du SIDA.

SUMMARY. — *Socioeconomic Aspects of the AIDS Epidemic in Africa.* — From the socioeconomic point of view, the AIDS epidemic in Africa has serious consequences and leads to an impoverishment of families and sections of the population. The rise in the death rate of the age groups taking the most active part in the economy causes a fall in the economic productivity. The treatment of numerous AIDS patients involves an extra burden for health services and families. In severely stricken areas the limits of relief possibilities in the traditional extended family have been reached. The guidance of families which care for patients and orphans requires a new approach in which communities and aid organizations each play their part. A prerequisite hereto is the absence of any discrimination against AIDS patients.

* Hoofd SOA/HIV Research en Interventie Eenheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen (België).

** Wetenschappelijk medewerkster SOA/HIV Research en Interventie Eenheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen (België).

*The epidemic of HIV-1 seropositivity in Africa is a social event,
not simply a biological occurrence [1] **

Inleiding

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie waren er begin 1995 wereldwijd minstens twintig miljoen mensen besmet met het HIV en waren er acht miljoen AIDS-patiënten. De overgrote meerderheid van de AIDS-patiënten zijn mensen uit ontwikkelingslanden. Afrika is nog altijd het zwaarst getroffen continent en neemt ongeveer 70% van alle HIV-infecties voor zijn rekening. In sommige Afrikaanse landen heeft de epidemie een schijnbaar evenwicht bereikt, in die zin dat de prevalentie van HIV-infectie niet meer schijnt toe te nemen; in andere landen, zoals Zuid-Afrika, is er nog wel een snelle stijging van de prevalentie. In de ergst getroffen landen van zuidelijk en oostelijk Afrika is het niet ongewoon om bij jonge volwassenen in steden HIV-prevalenties te vinden tussen 15% en 30%. Het spreekt dan ook vanzelf dat de socio-economische impact van de HIV/AIDS-epidemie (voorlopig) in Afrika het sterkst voelbaar zal zijn.

Het verband tussen de HIV/AIDS-epidemie in Afrika en slechte socio-economische omstandigheden is tweezijdig. De negatieve demografische en socio-economische impact van AIDS in Afrika is vrij goed gedocumenteerd. Het verband tussen armoede en de snelle verspreiding van het virus is minder bestudeerd. Toch zijn er aanwijzingen dat er een oorzakelijk verband kan bestaan tussen moeilijke economische omstandigheden en de AIDS-epidemie in bepaalde delen van Afrika. Armoede dwingt mannen tot migratie op zoek naar werk, terwijl hun vrouwen thuis blijven, en drijft vrouwen en meisjes in de prostitutie, om maar een paar mechanismen te noemen. Een studie in Zimbabwe bijvoorbeeld heeft duidelijk aangetoond dat HIV-positieve fabrieksarbeiders vaker gescheiden leven van hun vrouwen dan HIV-negatieve arbeiders [2].

In dit hoofdstuk willen we het vooral hebben over de socio-economische impact van AIDS op families en bevolkingsgroepen. We zullen eerst in het kort de demografische impact van AIDS bespreken, die een daling van de economische productiviteit tot gevolg heeft. Vervolgens zullen we het hebben over de kosten van de ziekte en ten slotte bespreken we de impact op familiestructuren en kinderen.

* De cijfers tussen haakjes [] verwijzen naar de noten en referenties pp. 36-38.

AIDS heeft een micro-economische en een macro-economische impact

Dat chronische ziekten tot verarming leiden van patiënten en hun familie is een al lang bekend feit. Deze verarming wordt veroorzaakt door de kosten die ziekten met zich meebrengen, samen met een daling van de economische productiviteit tengevolge van ziekte. Het ligt dan ook in de lijn der verwachtingen dat AIDS-patiënten en hun families afdalen op de socio-economische ladder.

AIDS in Afrika onderscheidt zich echter van de meeste andere chronische ziekten door de grote aantallen patiënten en families die eronder lijden, zodat er niet alleen effecten op micro-economisch niveau te verwachten vallen maar ook een impact op macro-economisch niveau. Men heeft geschat dat binnenkort AIDS globaal vijfhonderd miljard dollar per jaar zal kosten en een daling van het globaal bruto nationaal product met 1% zal veroorzaken [3]. In Afrika zou de daling in *per capita* bruto nationaal product tegen het jaar 2015 zelfs 10% bedragen [4], dit als direct gevolg van de stijging van de morbiditeit en de mortaliteit, die vooral de economisch actieve leeftijdsgroepen treft.

De demografische impact van AIDS

AIDS is een aandoening met een dodelijke afloop die vooral volwassenen in de leeftijdsgroep 15 tot 50 jaar treft en in bepaalde streken in Afrika is AIDS nu al de eerste doodsoorzaak onder volwassenen. Een studie in het Massaka district in Oeganda wees uit dat de jaarlijkse sterfte onder HIV-seropositieve personen zestig maal hoger was dan onder HIV-seronegatieve personen. AIDS was verantwoordelijk voor 40% van de mortaliteit bij de bevolking, doch in de leeftijdsgroep 20-35 jaar waren 89% van alle sterfgevallen te wijten aan AIDS [5].

Het is nog onduidelijk wat het effect van deze toename van de mortaliteit bij relatief jonge volwassenen op de bevolkingsgroei in Afrika zal zijn. Het maken van projecties van de bevolkingstoename is moeilijk omdat er tot nog toe weinig empirische gegevens zijn die toelaten realistische schattingen van bepaalde parameters te maken. Zo is er bvb. voor Afrika nog altijd geen goede schatting van de gemiddelde incubatieperiode tussen het moment van infectie en het begin van AIDS. Er is ook nog heel weinig cijfermateriaal over het effect van hoge prevalenties van HIV-infectie op fertiliteit. In de beginjaren van de AIDS-epidemie was er grote bezorgdheid dat de epidemie in Afrika zou leiden tot een negatieve bevolkingsaangroei en dus tot de ontvolking van grote delen van Afrika. Tegenwoordig zijn experts het erover eens dat, zelfs met de meest pessimistische scenario's voor mortaliteit en fertiliteit, de bevolkingsgroei in Afrika wel zal afnemen maar niet zal negativeren. Men mag daarbij niet vergeten dat de gemiddelde bevolkingsaangroei in Afrika

ten zuiden van de Sahara hoog is, rond de 3% per jaar [6]. In Zambia bvb., één van de zwaarst getroffen landen in Afrika, zou zelfs in het slechtste geval de bevolking tussen 1990 en 2030 nog verdubbelen. Zonder AIDS zou de Zambiaanse populatie tussen 1990 en 2030 toenemen van acht miljoen naar vierendertig miljoen. In de veronderstelling dat de AIDS-epidemie wel een toename van de mortaliteit maar geen afname van de fertiliteit veroorzaakt, zouden er tegen het jaar 2030 vijftieng miljoen Zambianen zijn, dus 25% minder dan verwacht. In het slechtste geval, d.w.z. in het geval dat de AIDS-epidemie niet alleen het sterftecijfer zou doen stijgen maar ook de fertiliteit zou doen dalen, zou de bevolking van Zambia tegen het jaar 2030 toch nog toenemen tot vijftien miljoen [7].

Achter deze cijfers verschuilen zich veranderingen in de leeftijdsstructuur die heel belangrijke implicaties hebben voor socio-economische ontwikkeling. In Zambia zou op korte tot middellange termijn het percentage volwassenen in de leeftijdsgroep 15 tot 49 jaar afnemen, met als gevolg dat een kleinere groep economisch productieve volwassenen moet werken voor een grotere groep kinderen en ouderlingen. Op langere termijn zouden de effecten van de AIDS-epidemie op de vruchtbaarheid zich kunnen laten voelen en zou het percentage volwassenen in de leeftijdsgroep 15 tot 49 jaar terug toenemen.

Verlies van productiviteit

Zoals al aangegeven in de vorige paragraaf, heeft de morbiditeit en mortaliteit in de jonge bevolkingsgroepen een vermindering van arbeidskracht tot gevolg. Daarbij komt nog dat HIV-infectie in de beginjaren vooral mensen in steden en hoger geschoolden in de maatschappij trof. Er zijn verschillende verklaringen naar voor gebracht om de associatie tussen HIV-infectie en hoger socio-economisch niveau te verklaren. Een vaak aangehaalde verklaring was dat rijkere mannen, door het feit dat ze meer geld hebben, meer mogelijkheden hebben om naar prostituées te gaan en dus een hoger risico hebben op HIV-infectie [8, 9, 10]. Een meer plausibele verklaring is wellicht dat hoger geschoolde mensen op latere leeftijd huwen en meer kortdurende relaties aangaan vóór hun huwelijk [11]. Anderzijds is er in rurale populaties herhaaldelijk een associatie aangetoond tussen een verblijf in een stad en HIV-infectie.

Verlies van hoger geschoolde elementen in de maatschappij betekent niet alleen het verlies van specifieke competenties maar ook het verlies van relatief zware investeringen in onderwijs en opleiding. De stijging van het sterftecijfer onder geschoold personeel is gedocumenteerd door een paar studies die in Zambia zijn verricht. Een eerste studie was uitgevoerd bij verpleegsters in twee ziekenhuizen. Tussen 1980 en 1991 was de mortaliteit onder deze verpleegsters toegenomen met een factor 13, van 2 per 1 000 tot 27 per 1 000 [12]. Met andere woorden, deze gezondheidsdiensten in Zambia verliezen jaarlijks

ongeveer 3% van hun verplegend personeel door mortaliteit, voor het grootste deel ten gevolge van AIDS. Een studie verricht in eenentwintig bedrijven in de hoofdstad Lusaka en de Copperbelt bracht eenzelfde trend aan het licht, d.w.z. een stijging van de mortaliteit onder hun personeel van 2 per 1 000 in 1987 tot 20 per 1 000 in 1993 [13].

De maatschappij verliest nu dus volwassenen met hogere scholing, maar op langere termijn is het te vrezen dat deze mensen niet volledig vervangen zullen worden door nieuwe cohorten van geschoolde jongeren. Het is immers zo dat, als een familie het economisch moeilijk krijgt en prioriteiten voor uitgaven moeten herschikt worden, de scholing van kinderen één van de eerste uitgaven is die geschrapt worden. Waar een ouder ziek is, worden kinderen, en dan vooral meisjes, ook vaak van school gehouden om in het huishouden te helpen.

De impact van de AIDS-epidemie op de landbouwproductiviteit zal variëren van streek tot streek en afhangen van een aantal factoren zoals het relatief belang van seizoenarbeid, het niveau van specialisatie van de landbouwproductie en de tijd die moet besteed worden aan het halen van water en brandstof [14]. Als men bedenkt dat de *per capita* voedselproductie in Afrika de laatste tien jaar al ernstig is afgenomen door droogte en economische crisis, dan moet men vrezen dat er in bepaalde streken in Afrika ernstige voedselschaarsten zullen optreden. De AIDS-epidemie maakt families in rurale gebieden meer kwetsbaar voor natuurrampen zoals droogte [15]. In streken waar *cash crops*, zoals koffie, een belangrijke bron van inkomsten vormen, zullen deze gewassen vervangen worden door andere, minder arbeidsintensieve gewassen, zoals maniok, die in de primaire voedselbehoeften voorzien [16]. Dit betekent dan weer verarming van rurale families.

AIDS veroorzaakt ook op een minder directe manier verlies van productiviteit. Zorg voor een ziek familielid kan tijd vergen en moeilijk te combineren zijn met voltijds werk. Gezondheidsdiensten die moeite hebben om de grote aantallen zwaar zieke patiënten te verzorgen, delegeren meer en meer van deze zorg naar de familie of vrijwilligers in de omgeving van deze patiënt. Hiermee zouden in de gezondheidszorg kosten kunnen gespaard worden als bvb. de hospitalisatieduur ingekort wordt. Het blijft echter de vraag in hoeverre thuisgezondheidszorg kosten van verzorging niet afwentelt op families die het zo al moeilijk hebben om het hoofd boven water te houden.

Ten slotte is er nog de tijd die besteed wordt aan het bijwonen van begrafenis, traditioneel in Afrika een zeer belangrijk ritueel. In hun boek *AIDS in Afrika* halen BARNETT & BLAIKIE het geval aan van een dorp in Oeganda waar men noodgedwongen de traditionele duur van een begrafenis heeft moeten reduceren van één week tot anderhalve dag [17].

De kosten van de ziekte

De verzorging van patiënten met AIDS is relatief duur voor gezondheidsdiensten die al te kampen hebben met tekorten, zoals dit het geval is met de meeste gezondheidsdiensten in ontwikkelingslanden. Een van de eerste studies over de kosten van behandeling van AIDS-patiënten in Afrika becijferde dat de kost per patiënt in Zaïre tussen de 132 en de 1 585 dollar schommelde en in Tanzania tussen de 104 en de 631 dollar [18]. Een meer recente studie van de Wereldbank in Tanzania zet dit in scherp perspectief: indien alle AIDS-patiënten in Tanzania in officiële gezondheidsdiensten zouden behandeld worden en inderdaad ook de medicatie krijgen die hen is voorgeschreven, dan zou dit in 1991 de Tanzaniaanse staat 27,2 miljoen dollar gekost hebben, ongeveer de helft van het budget voor volksgezondheid [19].

Daarbij moeten nog de kosten geteld worden die patiënten en hun families zelf maken. Ziek zijn kost geld, zelfs daar waar gezondheidszorg in principe gratis is. Dit is gedocumenteerd door een studie in een districtsziekenhuis in Zambia. Een gemiddelde opname van tien dagen in het ziekenhuis kostte de familie het equivalent van vijf dagen loon van een arbeider (BUVE & FOSTER), dit niettegenstaande verzorging in het ziekenhuis praktisch gratis was en patiënten gratis te eten kregen. Veel geld werd besteed aan kleine „verwennerijen” zoals een fles Coca-Cola of koekjes. De kosten van verlies van productiviteit door familieleden die bij de patiënt in het ziekenhuis bleven, waren niet meegerekend. Ontevredenheid over de kwaliteit van officiële gezondheidszorg of teleurstelling over het uitblijven van genezing, heeft ook tot gevolg dat vele patiënten hun geluk gaan beproeven in de privé-sector, bij traditionele genezers en bij kwakzalvers, waarvoor grote sommen geld moeten neergeteld worden.

Al deze kosten zijn te becijferen, maar er zijn ook verborgen kosten voor het gezondheidssysteem die moeilijker in cijfers zijn uit te drukken. Studies uitgevoerd in verschillende landen in Afrika hebben een grote bezettingsgraad van hospitaalbedden door HIV-geïnfecteerde patiënten aangetoond. Op diensten interne geneeskunde in Kinshasa, Abidjan en Kampala waren 50 tot 55% van de patiënten besmet met HIV [20, 21, 22]. Een gelijkaardige prevalentie van HIV-seropositiviteit is gedocumenteerd in een districtsziekenhuis in Zambia [23]. Als men bedenkt dat in deze ziekenhuizen vóór de AIDS-epidemie de bezettingsgraad al hoog was en dat de gezondheidsinfrastructuur nauwelijks is uitgebreid, dan moet het wel zo zijn dat HIV-negatieve patiënten uit ziekenhuizen zijn „verdreven”. Het is moeilijk te zeggen wat het effect hiervan is op de kwaliteit van de verzorging van niet-HIV-geïnfecteerde patiënten.

Ten slotte moet hier ook nog even het probleem van tuberculose vermeld worden. Mensen die geïnfecteerd zijn met tuberculose — ongeveer 60% van de volwassenen in Afrika — en met HIV, hebben een sterk verhoogd risico op actieve TB. In tal van landen ziet men dan ook een enorme stijging van

het aantal nieuwe TB-gevallen. Het is nog onduidelijk wat het effect op HIV-seronegatieve mensen zal zijn van deze toename van TB-patiënten, maar men verwacht dat ook onder niet-HIV-geïnfecteerden er een stijging zal optreden van tuberculosegevallen.

De impact van AIDS op de familie

Hoewel de impact van AIDS op individuen en families in Afrika varieert al naargelang de socio-economische context, kunnen toch enkele algemene observaties gemaakt worden. De hoger beschreven extra kosten van ziekte en de daling van inkomsten vormen een zware belasting voor families. Traditioneel zorgt de *extended family* in Afrika voor de opvang van zieken, ouderen en wezen of, zoals CAMPBELL & WILLIAMS het uitdrukken, „in the context of AIDS care and prevention, the family is the national strength. The family is already available, and capable of sharing responsibility with the health services for the care of people with HIV/AIDS” [24]. Maar in zwaar getroffen gebieden waar bijna elke familie direct of indirect met AIDS geconfronteerd is, is de economische, sociale en emotionele druk op de families te groot en zijn de limieten van de capaciteiten van de *extended family* bereikt. In Lusaka (Zambia) bvb. bleken familieleden van AIDS-patiënten die in het ziekenhuis waren opgenomen, bereid om voor hun ziek familielid te zorgen, maar gaven de meesten er toch de voorkeur aan dat de patiënt in het ziekenhuis bleef, om de eenvoudige reden dat ze het materieel niet aankonden. Vooral AIDS-patiënten met diarree waren een probleem voor families die geen stromend water noch sanitair hebben [25]. Noerine Kaleeba, stichtster van TASO, een NGO die zich bezighoudt met de opvang van AIDS-patiënten in Oeganda, verwoordt het als volgt: „family links are tight and binding, but AIDS is beginning to challenge this useful and traditionally understood process” [26]. Van dertig AIDS-patiënten die in het Masaka district in Oeganda werden gevolgd, kreeg de overgrote meerderheid slechts minimale verzorging van familieleden. Als redenen voor deze verwaarlozing werden voedselschaarste, gebrek aan geld voor medicatie en tijdgebrek aangehaald, maar ook stigmatisatie. In een paar gevallen zou verwaarlozing zelfs het leven verkort hebben [27].

De opvang en begeleiding van AIDS-patiënten en hun families vormen een enorme uitdaging voor gemeenschappen en hulporganisaties. Families hebben niet alleen psycho-sociale begeleiding nodig maar in de meeste gevallen is het lenigen van materiële noden een grotere prioriteit [28]. Hoe deze opvang het best georganiseerd kan worden en op langere termijn in stand kan gehouden worden is in de meeste gevallen nog niet duidelijk.

De impact van AIDS op kinderen

De internationale belangstelling voor de impact van de AIDS-epidemie op de kinderen is tot nu toe vooral gegaan naar het probleem van het stijgend aantal AIDS-wezen. Het aantal kinderen dat één of beide ouders verloren heeft aan AIDS, stijgt dramatisch snel in bepaalde streken van Afrika. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat ongeveer vijftien miljoen kinderen die zelf niet geïnfecteerd zijn met HIV, tegen het eind van de eeuw hun moeder zullen verliezen aan AIDS. Weeskinderen wier ouders aan AIDS gestorven zijn, hebben vaak te kampen met stigmatisatie en discriminatie, wat tot vereenzaming en vervreemding leidt, vooral als de *extended family* niet langer in staat is om ze te verzorgen en op te voeden. Hun kansen op adoptie zijn geringer. Potentiële adoptieouders zijn — begrijpelijkerwijze — terughoudend om zich te engageren tegenover een zeer jong weeskind dat mogelijk zelf besmet is met HIV.

In elk geval heeft het wegvallen van één of beide ouders over het algemeen een sterke daling van de levensstandaard tot gevolg. Voor vele kinderen betekent dit het einde van hun scholing. Ofwel wordt naar school gaan te duur, ofwel moeten ze zorg dragen voor de jongere broertjes en zusjes, ofwel worden ze naar familie gestuurd op het platteland waar geen scholen zijn of scholen met een laag niveau van onderwijs. BARNETT & BLACKIE beschrijven heel treffend een „gezin” in het Rakai district, waar vier kinderen tussen drie en elf jaar alleen proberen te overleven.

They are living in their parental home and are looked after by two aunts, sisters of their deceased father. Sometimes the children spend time in their grandfather's house. The aunts provide food for the orphans. Other aunts living in adjacent villages help with school fees, clothes and when there is sickness.

The oldest three children are in school, but all have had their education seriously disrupted by the illness and death of their parents; so they are still in the first year of primary school.

The family has chosen to care for the orphans in this way to avoid the danger of them losing their home and their land because landowners in the district have been trying to use an old law to claim the property of orphans [29].

In steden zullen weeskinderen die zonder opvang achterblijven zich bij het stijgend aantal straatkinderen, die momenteel wereldwijd op acht miljoen geschat worden, voegen. Deze kinderen, en dan vooral de meisjes, lopen zelf een verhoogd risico op HIV-besmetting, omdat ze blootgesteld zijn aan geweld, inclusief sexueel geweld. Bovendien is prostitutie vaak de enige manier om te overleven. Het opzetten van AIDS-preventieprogramma's voor deze kinderen vormt een speciale uitdaging.

In Afrika is er traditioneel grote weerstand tegen weeshuizen en men is het er over eens dat het probleem van de „AIDS-wezen” best aangepakt wordt door families en gemeenschappen te steunen in het lenigen van zowel de

materiële als de psycho-sociale noden van het kind. Op verschillende plaatsen, o.a. in Zimbabwe, wordt er geëxperimenteerd met subsidies aan dorpsgemeenschappen die voor weeskinderen zorgen. Hierbij is het belangrijk dat AIDS-wezen op dezelfde manier behandeld worden als andere wezen om, enerzijds, stigmatisatie te voorkomen en, anderzijds, te verhinderen dat die kinderen, gezien de grote internationale belangstelling, vooral van religieuze organisaties, een „elite behandeling” krijgen.

Een ander belangrijk gevolg van de AIDS-epidemie is de impact op de kindersterfte. Baby's en kinderen geraken besmet met HIV, vooral door transmissie van het virus van moeder naar kind, en in mindere mate door transfusies met besmet bloed. Tegen het jaar 2000 zou AIDS bij kinderen onder de vijf jaar in Centraal- en Oost-Afrika verantwoordelijk zijn voor jaarlijks ongeveer een half miljoen sterfgevallen. Dat zou resulteren in een stijging van het kindersterftecijfer van 132 tot ongeveer 159-189 per 1 000 [30]. Bijgevolg zou de vooruitgang op gebied van kindersterfte ten gevolge van succesvolle programma's zoals vaccinaties en orale rehydratie voor diarree teniet worden gedaan door de AIDS-epidemie.

HIV/AIDS en discriminatie

Discriminatie tegenover mensen met HIV en hun omgeving is een frequent beschreven fenomeen, wereldwijd. In een rapport van de Verenigde Naties in 1991 over „Prevention of discrimination and protection of minorities” werd een balans opgemaakt van de meest voorkomende vormen van discriminatie [31]:

- Discriminerende wetgeving : bvb. wetten die testen voor HIV-infectie voor bepaalde groepen verplichten, restricties voor immigratie/visa voor HIV-positieve personen in bepaalde landen ;
- Discriminatie door overheidsinstellingen of privé-instellingen : bvb. ontslaan van HIV-positieve werknemers, isoleren van HIV-positieve gevangenen of uitsluiten van sociale woningen voor HIV-positieven ;
- Discriminatie door het medisch personeel : bvb. weigeren van behandelen van AIDS-patiënten ;
- Discriminatie van families en gemeenschappen : bvb. stigmatisatie en sociale uitsluiting van homoseksuelen, prostitués, AIDS-wezen.

Over welke discriminatie het ook gaat, het is duidelijk dat uitsluiting tengevolge van AIDS ernstige emotionele, sociale en zelfs fysieke gevolgen kan hebben. Op de wereldtop van Ministers van Volksgezondheid werd in 1988 duidelijk verklaard dat stigmatisatie en discriminatie van mensen met HIV/AIDS de volksgezondheid ondermijnt en moet vermeden worden. AIDS-discriminatie kan bvb. *risicopersonen* ervan weerhouden zich te laten testen en zo bijdragen tot verdere verspreiding van het virus. HIV/AIDS-discriminatie

wordt enerzijds veroorzaakt door vooroordelen tegenover bepaalde groepen die geassocieerd zijn met de AIDS-epidemie (bvb. homoseksuelen, prostituées) en wordt anderzijds gevoed door angst, gebaseerd op het gebrek aan kennis over hoe het virus zich verspreidt en de associatie met de dood.

De tot nu toe meest gebruikte strategieën om AIDS-discriminatie te bestrijden zijn wetgeving, voorlichtingsprogramma's of een combinatie van beide. Voorlichtingsprogramma's zijn vooral belangrijk omdat ze de bevolking duidelijk maken hoe HIV wel en niet kan overgedragen worden, maar ze blijken niet voldoende te zijn om discriminerend gedrag in te dijken. Dit werd duidelijk verwoord door de „New South Wales Inquiry into HIV and AIDS Related Discrimination” :

Information alone can increase, rather than reduce, fear and prejudice. Education must address not only the facts of HIV infection, particularly the means of transmission, but also the bases of pre-existing prejudice, stereotype and discrimination against those popularly identified with, and discriminated (against) because of HIV and AIDS.

Education which focuses on re-humanizing people with HIV, particularly those in traditionally stigmatized groups, has the potential to reduce discrimination by promoting a more caring attitude [32].

Een manier om te verzekeren dat AIDS-opvoeding het menselijk aspect van het HIV/AIDS-probleem niet uit het oog verliest, is HIV/AIDS-patiënten zoveel mogelijk een actieve rol te laten spelen in die programma's. Zo verklaarde een AIDS-patiënt ooit op een internationaal AIDS congres : „We (= the AIDS patients) are not the problem, we are part of the solution”.

Conclusies

De globale HIV/AIDS-epidemie stelt de beleidsmensen, de internationale gemeenschap en allen die zich met AIDS-bestrijding bezighouden voor een nooit eerder geziene uitdaging. De impact van de epidemie op de familie-structuur, op de gezondheidszorg en de gemeenschap zal creatieve oplossingen vereisen die nu nog altijd niet helemaal duidelijk zijn. Daar waar er een „vernieuwende” aanpak is uitgeprobeerd (zoals bvb. thuiszorg, actieve participatie van HIV-positieven), zijn er duidelijk hoopgevende signalen, hoewel die projecten vaak nog te kleinschalig of eenzijdig gericht zijn.

Gezien de omvang van de AIDS-pandemie vandaag, met een zeer zware persoonlijke, sociale en economische kost, moeten de internationale, nationale en lokale gemeenschappen blijvend aangespoord worden om preventieve en ondersteunende acties verder te blijven uitvoeren en financieren, en daarbij is samenwerking en coördinatie op alle niveaus van essentieel belang.

NOTEN EN REFERENTIES

- [1] HUNT, C. W. 1989. Migrant labour and sexually transmitted disease : AIDS in Africa. — *J. Health Soc. Behav.*, **30** : 353-373.
- [2] BASSETT, M. T., EMMANUEL, J. C., KATZENSTEIN, D. A. *et al.* 1990. HIV infection in urban men in Zimbabwe. — VIth International Conference on AIDS (San Francisco, June 1990). Abstract ThC 581.
- [3] COOKSON, C. 1992. An economic infection. — *Financial Times*, 1 December 1992.
- [4] WAY, P. O. & OVER, M. 1992. The projected economic impact of an African AIDS epidemic — Annual Meeting of the Population Association of America (Denver, April/May 1992).
- [5] MULDER, D. W., NUNN, A. J., WAGNER, H. U., KAMALI, A. & KENGEYA-KAYONDO, J. F. 1994. HIV-1 incidence and HIV-1 associated mortality in a rural Ugandan population cohort. — *AIDS*, **8** : 87-92.
- [6] WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993. Investing in Health. The World Bank. Oxford University Press, New York.
- [7] FYLKESNES, K., BRUNBORG, H. & MSISKA, R. 1994. The socioeconomic impact of AIDS. Background paper I : Zambia : The current HIV/AIDS situation and future demographic impact. Ministry of Health, Lusaka.
- [8] MELBYE, M., BAYLEY, A., MANUWELE, J.K. *et al.* 1986. Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia. — *Lancet*, **2** : 1113-1115.
- [9] RYDER, R. W., NDILU, M., HASSIG, S. E. *et al.* 1990. Heterosexual transmission of HIV-1 among employees and their spouses at two large businesses in Zaire. — *AIDS*, **4** : 725-732.
- [10] ALLEN, S., LINDAN, C., SERUFILIRA, A. *et al.* 1991. Human immunodeficiency virus infection in urban Rwanda. Demographic and behavioral correlates in a representative sample of childbearing women. — *Jama*, **266** (12) : 1657-1663.
- [11] CARAEL, M., CLELAND, J., ADEOKUN, L. *et al.* 1991. Overview and selected findings of sexual behaviour surveys. — *AIDS*, **5** (suppl.) : S65-S74.
- [12] BUVE, A., FOSTER, S. D., MBWILI, C., MUNGO, E., TOLLENARE, N. & ZEKO, M. 1994. Mortality among female nurses in the face of the AIDS epidemic : a pilot study in Zambia. — *AIDS*, **8** : 396.
- [13] BAGGALEY, R., CHILANGWA, D., GODFREY-FAUSSET, P. & PORTER, J. 1993. Impact of HIV on Zambian business. — VIIIth International Conference on AIDS in Africa (Marrakech, 12-16 December 1993). Abstract W.RT 003.
- [14] HANSON, K. 1992. The economic impact of AIDS : an assessment of the available evidence. Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine. — *In* : DANZIGER, R. 1994. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. — *Soc. Sci. Med.*, **39** : 905-917.
- [15] FOSTER, S. D. 1993. Maize production, drought and AIDS in Monze District, Zambia. — *Health Pol. Plann.*, **8** : 247-254.
- [16] GILLESPIE, S. 1989. Potential impact of AIDS on farming systems. — *Land Use Policy*, 301-312.
- [17] BARNETT, T. & BLAIKIE, P. 1992. AIDS in Africa : Its Present and Future Impact. — Belhaven Press, London.

- [18] OVER, M. S., BERTOZZI, S., CHIN, J. 1989. Guidelines for rapid estimation of the direct and indirect costs of HIV infection in a developing country. — *Health Policy*, **11** : 169-186.
- [19] WORLD BANK 1992. Tanzania : AIDS assessment and planning study. The World Bank, Washington D.C.
- [20] HASSIG, S. E., PERRIENS, J., BAENDE, E., KAHOTWA, M., BISHAGARA, K., KINKELA, N. & KAPITA, B. 1990. An analysis of the economic impact of HIV infection among patients at Mama Yemo Hospital, Kinshasa, Zaire. — *AIDS*, **4** : 883-887.
- [21] LUCAS, S. B., HOUNNOU, A., PEACOCK, C. *et al.* 1993. The mortality and pathology of HIV infection in a West African city. — *AIDS*, **7** : 1569-1579.
- [22] TEMBO, G., FRIESAN, H., ASHIMWE-OKIROR, G., MOSES, R., NAAMARA, W., BAKYAITA, N. & MUSINGUZI, J. 1994. Bed occupancy due to HIV/AIDS in an urban hospital medical ward in Uganda. — *AIDS*, **8** : 1169-1171.
- [23] BUVE, A. M. A., FOSTER, S. D., KELLY, M. P. & MUKONKA, V. 1992. Workload associated with HIV disease at a district hospital in Zambia. — VIIIth International Conference on AIDS/III STD World Congress (Amsterdam, June 1992). Abstract PoD 5700.
- [24] CAMPBELL, I. D. & WILLIAMS, G. 1990. AIDS Management : An integrated approach strategies for hope. Number 3. Actionaid, Amref and World in Need, Oxford.
- [25] NKOWANE, A. 1990. Determinants of relatives' ability to cope and its effects on rejection or acceptance of HIV/AIDS patients in an urban community in Zambia (Bsc thesis). School of Medicine, University of Lusaka.
- [26] KALEEBA, N. 1989. Can community carers cope ? — *Wld AIDS*, **4** (July 1989) : 7-10.
- [27] SEELEY, J., KAJURA, E., BACHENGANA, C., OKONGO, M. & WAGNER, U. 1993. The extended family and support for people with AIDS in a rural population in South West Uganda : a safety net with holes ? — *AIDS Care*, **5** : 117-122.
- [28] ANKRAH, E. M. 1991. AIDS and the social side of health. — *Soc. Sci. Med.*, **32** : 967-980.
- [29] BARNETT, T. & BLAIKIE, P. 1990. Communities cope by adapting agriculture. — *Wld AIDS*, **8** (March 1990) : 9.
- [30] PREBLE, E. 1990. Impact of HIV/AIDS on African children. — *Soc. Sci. Med.*, **31** : 671-680.
- [31] United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities. Discrimination against HIV-infected people or people with AIDS. Progress Report by the Special Rapporteur (E/CN.4/Sub.2/1991/10).
- [32] New South Wales Anti-Discrimination Board 1992. Discrimination — the Other Epidemic. Report of the Inquiry into HIV and AIDS-Related Discrimination (April 1992).