



*Lewe in 'n*

# VIGS-

*kultuur*

**Jan de Jongh van Arkel**  
**Redakteur**

... woed sterk in Namibi  
... ondergaan waar tydens die  
... tappering op hom gedoen is.  
... Die 31-jarige man wat v  
... vir die PAO ge  
... verkla  
... lyding sedert sy geso  
... het sy is met Vigs besme  
... is verby vir 'n vrou va  
... Pretoria. Maar in sommi  
... ge opsigte het haar lyding  
... nou eers begin ...

... van die staatshoof taal, het gesê in so  
... dele in die land ... gemiddeld drie  
... fers per week geldent ...  
... nou ...  
... Dr. Denis Sifris, hoof  
... in Johannesburg, ... gesê  
... grootste emonele reaks  
... te is ...  
... t mense ...  
... tot 'n g

... rou  
... pla  
... t V  
... Parys se  
... katjies o  
... ndskoene aan  
... reekproef va  
... prostitute  
... el van die L  
... 85 persent  
... eld kondome  
... en die HI  
... Vigs-voorsa  
... meerderheid Parys  
... tute het vyf jaar ge  
... nie kondome gebruik  
... ar sedert inligting  
... doeldreffendheid daer-  
... an teen Vigs aan die lig  
... ebring het, het die prent-  
... verander. Sewentig per-  
... sent van alle prostitute het  
... ar  
... ar  
... eg  
... f a  
... ensi  
... t sy  
... t sy  
... geet,  
... haar  
... kons  
... langeta  
... temat  
... oog  
... lopend word.  
... Mettertyd kan sy bedl  
... sukkel om te praat en se  
... geliefdes herken nie.  
... Een van die moeilikste

... Respondent  
... Die getal Namibiërs wat in  
... maande van vanjaar HIV-po-  
... s en Vigs kan opdoen, is vyf  
... in die ooreenstemende ty  
... ur en meer as die totale aan  
... 39.  
... itus, epid  
... ondt  
... 'a'  
... 00  
... onder  
... epassin  
... pitale  
... omda  
... roen dit o  
... oor Vigs  
... ais het  
... ne navor  
... gesondheidsor  
... 45 persent  
... arbeidsmag  
... tot tien jaar  
... deur die  
... kan word.  
... die jongste syfers is ...  
... 000 en 100 000 mense in die  
... met die HIV-virus besmet is.  
... r verdubbel tans ongeveer elke  
... ande, het dr. Sher gesê.  
... David Stone, projekbeplanner  
... Gastehuis-projek, wat Saterdag  
... ste huis vir mense met Vigs in  
... nesburg open, het vroeër aan  
... l gesê Suid-Afrika kan diskrimina-  
... een Vigsdraers nie bekostig nie.  
... ise se houding hieroor moet drasties  
... nder.  
... Die Suid-Afrikaanse ekonomie kan  
... nie bekostig dat daar teen dié mense  
... diskrimineer word nie. Mense met d  
... rus kan nog tot tien jaar aktief in die  
... arbeidsmark wees voor hulle Vigs op-  
... loen – en werkgewers behoort dit vir  
... nulle moontlik te maak om aan te hou  
... wer ... het hy gesê.  
... raad van Pretoria, Eskom en  
... diens neem nie

UNISA 1991



---

*Lewe in 'n*

VIGS-

*kultuur*

---

Onder redaksie van

Jan de Jongh van Arkel

Universiteit van Suid-Afrika  
Pretoria

© 1991 Universiteit van Suid-Afrika

Alle regte voorbehou

**ISBN O 86981 725 6**

Uitgegee deur die  
Universiteit van Suid-Afrika  
Muckleneuk, Pretoria

# Inhoud

---

	Voorwoord	vii
	Inleiding	ix
1	Die persoonlike appèl van VIGS <i>Jan de Jongh van Arkel</i>	1
2	VIGS — die moderne Trojaanse perd <i>Alta van Dyk</i>	11
3	VIGS in die werkplek: enkele regsaspekte <i>Christa van Wyk</i>	32
4	Noodhulp- en gesondheidswenke <i>Margie Beukes</i>	41
5	Om met VIGS saam te leef <i>Robert McKay en Gawie van der Walt</i>	48
	Woordelys	60

---

# Voorwoord

---

**D**ie Raad van UNISA het einde 1989 besluit dat dit noodsaaklik geword het om alle personeelle in te lig oor die aard en verspreiding van die oordraagbare, dodelike en vooras-nog ongeneeslike siekte, Verworwe Immunitetsgebreksindroom, algemeen bekend as VIGS.

Ten einde beslag te gee aan hierdie Raadsbesluit is die Registrateur (Professionele Dienste) versoek om 'n werkspan deskundiges saam te stel om die aard, inhoud en omvang van so 'n inligtingsprogram te bepaal en toe te sien dat die program geïmplementeer word.

Ek het met genoeg verneem van die erns, ywer en geesdrif, maar ook deernis en begrip, waarmee 'n werkspan uit 'n verskeidenheid vakgebiede hierdie delikate aangeleentheid gehanteer het. Ek is oortuig dat die insigte en perspektiewe afkomstig uit dissiplines so uiteenlopend soos Teologie, Bedryfseconomie, Kommunikasiekunde, Regseleerdheid, Verpleegkunde, Sosiologie, Sielkunde en Maatskaplike Werk, 'n besondere aard en karakter aan die projek verleen.

Hierdie boek, *Lewe in 'n VIGSkultuur*, is die tasbare kulminasie van die besinning, navorsing en liefdeswerk van kundiges wat baie ure van hul vrye tyd ter wille van die Universiteit opgeoffer het. Hiervoor rig ek 'n spesiale woord van dank aan professor Jan de Jongh van Arkel, die hoofredakteur, en sy spesialisederwerkers, naamlik:

Prof. M. Beukes, Hoof, Departement Verpleegkunde

Dr. R. McKay, Departement Sielkunde

Mnr. G. van der Walt, Departement Maatskaplike Werk

Mev. A. van Dyk, Departement Sielkunde

Prof. C. van Wyk, Departement Regsgeskiedenis, Regsvergelyking en Regsfilosofie

Hierdie werk is slegs een faset van 'n omvangryke inligtingsprogram wat gedurende 1991 nog verder ontplooi sal word, en daarom wil ek hier ook graag waardering betuig teenoor die oorhoofse projekkomitee onder leiding van mnr. D.W. Steyn. Ek bedank dus ook graag die volgende personeelle vir hul besondere bydraes:

Prof. J.L. Weyers, Vise-rektor (Beplanning)

Mev. P. van der Walt, Departement Uitgewersdienste

Adv. J.A. Henderson, Departement Interne Betrekkinge, Regs- en Beskermingsdienste

Mev. L. Boucher en mev. T. Reinhardt, Departement Redaksie

Dr. R.S. van Rensburg, Departement Kommunikasiekunde

Prof. A. van der Walt, Departement Bedryfseconomie  
Mnr. P.J. Vermeulen, Departement Personeel

Die Universiteit van Suid-Afrika beskik oor 'n bykans onuitputlike bron van kennis. Juis daarom is ek so bly dat al ons personeellede voordeel kan trek uit hierdie kundigheid.

*Prof J.C.G.J. van Vuuren*  
*Rektor*

# Inleiding

---

VIGS is nie net van belang vir mense wat seksuele wanpraktyke beoefen nie. VIGS is 'n realiteit wat elke mens raak. Daar het reeds personeellede van UNISA en familie en vriende van personeellede aan VIGS gesterf. Koerante berig oor mense wat die siekte opgedoen het ten spyte van 'n verantwoordelike lewenstyl. Die vrae wat geopper word, is noodwendig: Wanneer is ek veilig, wat mag ek doen en wat is verbode? Met hierdie publikasie wil ons die belangrikste sake rondom VIGS aanspreek.

VIGS het skielik 'n groot woord geword. Terwyl daar diegene is wat nie skrik vir die scenario's wat voorgehou word nie, is daar ander wat bang is om openbare toilette te besoek en net drink uit koppies en glase wat hulle self gewas het. Mense raak wel onseker wanneer hulle skielik, sonder dat hulle werklik daarop voorberei is, met die siekte gekonfronteer word of met iemand wat die siekte het, in aanraking kom.

Die Raad van die Universiteit van Suid-Afrika is van mening dat niemand meer kan bekostig om onkundig oor VIGS te wees of neutraal daarteenoor te staan nie. Daarom is daar besluit om die saak aan te spreek sonder om doekies om te draai. Wat hier aangebied word, is die resultate van navorsing, studie en besinning wat langer as 'n jaar geduur het en deur 'n groot groep mense uitgevoer is. Die skrywers van hierdie boek maak slegs 'n klein onderafdeling van hierdie groep uit.

Ons het 'n verskeidenheid doelwitte met hierdie boek:  
Ons wil die belangrikheid van kennis omtrent HIV/VIGS beklemtoon en die lesers vervolgens inlig oor VIGS en verwante toestande.

- Ons wil verduidelik wat dit is én wat dit nie is nie.
- Ons wil verduidelik hoe 'n mens dit opdoen en hoe dit nie opgedoen kan word nie.
- Ons wil begrip kweek vir mense met HIV/VIGS.
- Ons wil vrae oor regsprobleme wat kan ontstaan, aanspreek.
- Ons wil probeer verduidelik wat hoërisikogedrag is en hoe die gevare verminder kan word.



- Ons wil leiding gee oor optrede in bepaalde situasies, soos gevalle waar noodhulp toegepas moet word.
- Ons wil praktiese gesondheidswenke gee.
- Ons wil ons gedagtes uitspreek oor ons verantwoordelikheid in hierdie situasie.

Ten einde VIGS te bespreek, moet ons uiteraard sekere standaardbegrippe gebruik. Die term VIGS (Verworwe Immunitetsgebreksindroom) verwys na 'n versameling van ongeveer 70 toestande wat veroorsaak word deur 'n virus wat die immuunsisteem aanval: Menslike Immunitetsgebrek Virus. Die Engelse term is *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, en die afkorting HIV word internasionaal gebruik. Mense wat positief toets vir HIV kan met ander woorde VIGS ontwikkel. Wanneer iemand HIV-positief (soms word dit seropositief genoem) toets, toon daardie persoon nie noodwendig enige simptome van die infeksie nie. Voordat 'n geïnfekteerde persoon volwaardige VIGS ontwikkel, toon so iemand siektesimptome wat verband hou met VIGS. In Afrikaans word kortliks hierna verwys as VVK (VIGS Verwante Kompleks). In Engels staan hierdie stadium bekend as *ARC (AIDS Related Complex)*. In die literatuur word die afkorting MMV ook gebruik om te verwys na mense met VIGS (Engels: *PWAs: People with AIDS*).

Saam wil ons graag 'n positiewe bydrae lewer deur te help om die verspreiding van VIGS te stuit, en waar moontlik die lyding wat daardeur veroorsaak word, te versag.

*Prof Jan de Jongh van Arkel  
Departement Praktiese Teologie  
Universiteit van Suid-Afrika*

# 1

## Die persoonlike appèl van VIGS

Jan de Jongh van Arkel

---

### 1.1 DIE BEDREIGENDE APPÈL VAN VIGS

William Amos is 'n Baptistepredikant in Plantation, Florida. Terwyl hy een van sy bejaarde lidmate besoek het, het die persoon begin praat oor sy enigste kleinseun wat pas aan VIGS gesterf het, en Amos het meteens besef dat VIGS ook sy gemeente getref het (Amos 1988: 14). Hy het aanvanklik gemeen dat hy eers by VIGS betrokke sou raak wanneer 'n lidmaat van sy gemeente VIGS kry, maar het toe besef hoe wyd VIGS se trefkrag is en dat sy verantwoordelikheid reeds begin wanneer 'n familielid van 'n gemeentelid siek word.

In navolging van William Amos sou ons kon sê: VIGS het ook UNISA getref; nie net deur personeel wat die siekte gekry het nie, maar ook deur familie en vriende van personeellede. Ek kon begin het met die vraag: Wat het ons gedoen toe VIGS na UNISA gekom het? Ons kan nie meer sê dat dit ons nie aangaan nie; dit raak reeds almal van ons se lewens aan!

Dit is die *bedreigende appèl* van VIGS: Dit is hier en 'n mens kan dit nie meer ontvlug nie. Ons lees daarvan in koerante en tydskrifte, sien slagoffers daarvan op TV en hoor daarvan in gesprekke en oor die radio. Direk of indirek is ons reeds daarby betrokke. Dit beïnvloed reeds talle mense se persoonlike lewenstyl. Is toilette veilig? Kan 'n mens maar jou tee uit UNISA se koppies drink? Hoe moet ons ons kinders waarsku? Werk daar mense saam met ons wat dalk reeds geïnfekteer is? Is daar nie dalk van ons kinders se maats wat aan HIV blootgestel is nie? Binne hierdie bedreigende omstandighede moet ons waak teen die sogenaamde VIGS-histerie (Amos 1988: 23), wat meebring dat alle mense met HIV/VIGS verwerp word en dat hulle die verstotelingen van organisasies en gemeenskappe word.

Volgens 'n artikel in die *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif* (Schall, Padayachee & Yach 1990: 324) is die HIV/VIGS-epidemie die grootste twintigste-eeuse bedreiging vir openbare gesondheid in Suid-Afrika. Die beheer van hierdie epidemie is 'n saak van nasionale belang, want dit kan 'n probleem van nasionale oorlewing word.

There is no other human condition that has the combination of being an infectious terminal disease with no known recovery from infection, no clearly established mechanism for either individual or herd immunity as well as a host-parasite relationship so cunningly designed as to defy all scientific efforts to date to reach the stage of a realistic blueprint for effective vaccine or curative drug (Schoub 1990: 607).

Die bedreigende appèl van VIGS het ook twyfel laat ontstaan oor die tegnologiese en mediese wetenskap. Die besondere suksesse wat behaal is ten opsigte van siektes wat die mens se lewe eeue lank bedreig het, selfs die suksesse wat op die gebied van kanker-navorsing behaal is, word skielik gerelativeer deur 'n dodelike siekte waarvoor daar geen geneesing is nie en wat volgens verwagting pandemiese afmetings in die wêreld sal aanneem. VIGS het "die optimisme van die menslike geloof in sy kennis, wetenskap en tegniek aan skerwe laat spat. VIGS ontmasker die hedendaagse mens se illusie van geluk en sukses" (Louw 1988: 69; vgl. White 1987: 65). Dit is moontlik die eerste "epidemie" wat die mondige, twintigste-eeuse mens sy selfvoldaanheid ontnem (vgl. Long 1990: 69).

Soms word daar na die VIGS-histerie verwys as *AFRAIDS* (*Acute Fear Regarding AIDS*). *AFRAIDS* word selfs die tweede epidemie genoem (Kirkpatrick 1988: 15). Srywers soos Croteau & Morgan (1989: 86) gebruik die term *homofobie* en omskryf dit as die volgehoue en irrasionele vrees vir homoseksualiteit, gepaard met 'n vooroordeel wat nie net haat en diskriminasie teenoor gay mense aanwakker nie, maar ook 'n negatiewe houding teenoor VIGS op alle vlakke veroorsaak. 'n Voorbeeld hiervan is die voorstel van 'n sielkundige, Paul Cameron, naamlik dat alle HIV-geïnfekteerde persone in die gesig getatoeër moet word as teken van 'n "sosiale kwarantyn" (Croteau & Morgan 1989: 87).

Ten spyte van die bedreiging moet ons 'n morele sensitiwiteit ontwikkel. Dít sou ons weer die *persoonlike appèl* van VIGS kon noem. Die morele sensitiwiteit wat hier ter sprake is, begin by die gewilligheid om meer te leer van VIGS en geleenthede te skep vir voorligting oor die siekte self en oor hoe om op te tree teenoor mense en hul familie en vriende wat direk deur VIGS geraak word. Die appèl wat hier gerig word, is nie net dat ons sal sorg dat ons die nodige inligting oor die saak kry nie; dit spoor ons ook aan tot optrede om te sorg dat meer mense aan hierdie inligting blootgestel word sodat meer mense wat in eensaamheid ly, gehelp kan word.

Die reaksie op die appèl vind op verskillende vlakke plaas (intellektueel, emosioneel, pastoraal) en dit strek wyd (verantwoordelikheid teenoor geïnfekteerdes, hulle vriende en familie, ander mense met wie 'n mens in aanraking kom; verantwoordelikheid teenoor die gemeenskap en personeel se kinders).

VIGS is nie net 'n mediese probleem waarvoor medici oplossings moet vind nie. Veral terwyl daar geen geneesing is nie, is dit dalk in die eerste plek 'n geestelike en psi-

gososiale aangeleentheid (vgl. Smith 1988: v); dit is 'n gemeenskapsaangeleentheid ('n gemeenskap soos UNISA); en dit is 'n persoonlike saak waarop 'n ieder en 'n elk moet reageer.

## 1.2 ETIESE KWESSIES IN VERBAND MET VIGS

Die etiese probleme wat hier na vore kom, het te make met algemene optrede teenoor die persoon met HIV/VIGS, die verantwoordelikheid van die persoon met HIV/VIGS teenoor ander mense, en die verantwoordelikheid teenoor die gesondes of die breë samelewing.

Die etiese kwessies wat met HIV/VIGS verband hou, is redelik kontroversieel. Die aanvanklike vereenselwiging van VIGS met die homoseksuele gemeenskap, sowel as die latere hoë voorkoms van VIGS onder mense wat by promiskue bedrywighede betrokke is (soos dwelmmisbruik en los seksuele verhoudings), het gelei tot 'n besondere weerstand by mense. Die voorsiening van voorkomingsinligting is nie so eenvoudig nie. Tot wie moet die voorligting gerig word en wat is die doel daarvan? In hoeverre is dit realisties om vir mense te sê hulle mag nie in seksuele verhoudings betrokke raak nie? Die neiging is vandag om voorligting te gee aan mense wat hoërisikogedrag openbaar, en daar word van die standpunt uitgegaan dat hulle gedrag nou wel nie sal verander nie, maar dat hulle immers bewus gemaak kan word van die feit dat hulle hulle aan moontlike infeksie blootstel. Dit is om hierdie rede dat advies oor "veilige seks" en die gebruik van kondome as eties geregverdig beskou word.

Waar die aanvanklike etiese oordeel oor promiskue seksuele verhoudings hoofsaaklik toegespits was op die destruktiewe gevolge daarvan, word daar nou beseft dat promiskue seksuele verhoudings 'n mens kan doodmaak (Amos 1988: 104). En hier word nie verwys na sonde of 'n geestelike dood in die religieuse sin van die woord nie, maar na die FISIESE DOOD. Skielik, as gevolg van HIV/VIGS, het die ou opvatting dat 'n seksuele verhouding by uitstek binne 'n monogame huwelik tuishoort, nuwe betekenis gekry.

Die morele vrae wat opgeroep word deur HIV/VIGS is nie net teoreties nie: "Dit dring deur na die etos van die deursnee mens" (Louw 1988: 70). Heel dikwels word die probleem van die verspreiding van HIV/VIGS direk verbind met 'n persoonlik etiese vraag oor HIV/VIGS. Daar word beweer dat die morele en geestelike verdedigingsstelsel die enigste werktuig is om die plaag onder beheer te kry. Omdat VIGS mense in die skadu van die dood bring, word hulle noodwendig gedwing om dieper te dink oor die konsekwensies van hulle gedrag. Hoe logies hierdie argument ook al klink, die realiteit van die saak is dat die gebruike en gewoontes van mense en die algemene seksuele moraliteit van byvoorbeeld die jeug, nie sonder meer verander kan word nie.

Dit help nie om die cliché te gebruik dat ons die sonde haat, maar die sonde aanvaar nie. Gunstige en ongunstige gevoelens wat deur 'n persoon se gedrag opgewek word, beïnvloed altyd die evaluering van die persoon se karakter en die verhouding met daardie persoon (Shelp 1989: 325). Ons sal moet rekening hou met die feit dat baie mense (en die kerke beslis) 'n dubbelsinnige opvatting van die saak het. Ons leef in 'n gemeenskap waarin daar nie eenvormigheid oor moraliteit is nie. Verskillende subgroepe

in die gemeenskap verteenwoordig verskillende opinies en standpunte. Wat vir die een reg en goed is, is vir 'n ander verkeerd of selfs verwerplik. Hierdie morele pluralisme maak dit soveel moeiliker om 'n vaste standpunt oor 'n saak – en veral hierdie saak – te stel. Ek sou byvoorbeeld my eie oordeel oor hoërisikogedrag kon uitspreek. Dit is ook moontlik om die jongste standpunt van 'n sinode oor 'n saak weer te gee. Alle kerke stem egter nie saam oor alle morele sake nie.

Die morele debat fokusseer tans veral op sekere vorme van morele gedrag wat aan die oordrag van VIGS gekoppel word, en op die wyse waarop mense aangeraai word om op te tree. Ten spyte van die feit dat verskeie handelwyses afgekeur en selfs veroordeel word, behoort hulp aan mense nie daaronder te ly nie. Die persoon wat met deernis optree en binne die raamwerk van die pluralistiese karakter van die morele orde werk, moet altyd rekening hou met die feit dat daar ander is wat anders oordeel as hy of sy (vgl. Shelp 1989: 329).

Geen mens kan vandag meer buite hierdie bespreking staan nie. Die radikale aspek van VIGS bestaan juis daarin dat dit alle mense op verdoemende wyse van hulle nigtigheid, verganklikheid en bedorwenheid bewus maak (Louw 1988: 69). Elke mens is eintlik kwesbaar. Indien die voorspellings en toekoms scenario's verwesenlik gaan word, sal elke mens of die HIV-virus self opdoen of 'n familielid hê wat die siekte het. Wanneer HIV/VIGS eers toegeslaan het, kan dit nie gekeer of genees word nie, en vernietig dit die mens se lewe op alle vlakke.

Die verspreiding van HIV/VIGS het sulke afmetings aangeneem dat ons nie werklik meer kan onderskei tussen "draer" en "buitestaander" of tussen "pasiente" en "gesonde mense" nie. In 'n sekere sin is almal reeds getref en almal bevind hulle in die risikogroep – of persoonlik, of deur middel van vriende, kollegas of familie.

Wanneer die etiek ter sprake kom, moet ons eers die raamwerk waarbinne ons dit bespreek, verklaar. Vanuit 'n radikale christelike perspektief verkies ek *deernis* bo persoonlike oordeel (vgl. Amos 1988: 52; Goss 1989: 308; Louw 1988: 66; Shelp 1989: 333). Daar bestaan tans 'n oordeelsteologie wat baie aandag geniet en VIGS as onderwerp het. Die voorstanders van hierdie teologie voer aan dat VIGS God se straf is wat voltrek word aan sekere groepe mense wat losbandig en sondige lewens gelei het (gays en dwelmmisbruikers). Die huidige neiging is om van hoërisikogedrag in plaas van hoërisikogroep te praat.

'n Geestelike benadering wat konsentreer op medelye, 'n deernisvolle en genadige betrokkenheid, speel 'n groter rol in ons benadering as oordeel en verwerping. Hierdie benadering sluit aan by 'n inkarnasiesteologie wat God se verlossende koms en identifisering met die mens beklemtoon.

Naas reg en verkeerd is die ander prominente etiese saak *vertroulikheid*. Vertroulikheid is ook die basis van betroubaarheid (Amos 1988: 44,45). Hiersonder is enige vorm van hulp onmoontlik. Dikwels moet 'n persoon wat vertroulik ingelig word dat iemand HIV/VIGS het, ook worstel met die kwessie van verantwoordelikheid teenoor ander wat moontlik mislei of benadeel kan word weens weerhouding van die inligting.

Die etiese kernvraag wat hier geopper word, is positief: "Hoe leef 'n mens verantwoordelik?" Die klem val dus nie in die eerste plek op wat verkeerd is nie, maar die

indruk word ook nie geskep dat enige vorm van gedrag aanvaarbaar is nie. Hier word in hoofsaak gekonsentreer op die liefde en genade van God in Jesus Christus en nie soseer op die oordeel van God nie.

### 1.3 DIE APPËL OM CHRISTELIKE NAASTELIEFDE EN (PASTORALE) VERANTWOORDELIKHEID TEENOOR MENSE MET VIGS EN HULLE GESINNE/METGESELLE

Terwyl ek glo dat ons 'n verantwoordelikheid het ten opsigte van die opvoeding van en voorligting aan alle mense oor HIV/VIGS, is *lewenskwaliteit* die fokuspunt van dié by die persoon met HIV/VIGS en sy/haar familie (en vriende) (Kirkpatrick 1988: 1). Die dood word nie buite die sigveld geplaas nie; intendeel. Die beste voorbereiding op die dood is juis 'n gerigtheid op die lewe, waar die vraag: "Hoe leef 'n mens met VIGS?" prakties op die agenda kom.

Die poging om te deel in die lewe van die persoon met HIV/VIGS en sy of haar familie sal so ingerig moet word dat hul versorging hoofsaaklik op *hulle* voorwaardes gebou moet wees (Kirkpatrick 1988: 2). Dit is immers *hulle* wat probeer om betekenis te gee aan 'n lewe wat skielik nie meer 'n toekoms het nie. Kirkpatrick (1988: 3) verwys heel interessant na twee oomblikke van dood. Die eerste is wanneer die persoon besluit om "openbaar te maak" dat hy/sy VIGS het en die gevolglike afkeur, werping en oordeel van die gemeenskap moet verwerk met skaamte en skuld. Die tweede dood verwys na die geleidelike aftakeling en afname in fisiese en geestelike vermoëns namate die werklike oomblik van sterwe nader.

Waar kry so iemand of sulke mense gewoonlik hulp om hul skaamte en verleentheid, maar ook die lewensbedreiging, te verwerk? Tradisioneel speel die kerk en predikante 'n groot rol tydens siekte. Waar dit egter om HIV/VIGS gaan, is die situasie soms baie anders. Heel dikwels is persone met VIGS juis mense wat as gevolg van die oordeel van die kerk nie meer enige verbintenis met 'n predikant en gemeente het nie (Koops 1988: 15). Die gevolg is dat daar nie maklik 'n ruimte geskep word waarbinne die verwerking van wat aan die gebeur is, kan plaasvind nie. Iewers moet 'n mens kan praat oor eie verantwoordelikheid; moontlike skuldgevoelens deurwerk in 'n ruimte waar vergiffenis moontlik is; en die geleentheid kry om woede te verbaliseer. Nêrens is die tragiek van isolasie (sosiaal en geestelik) so duidelik soos wanneer 'n mens in 'n stryd om jou lewe betrokke is nie.

Gemeenskapsresponsiwiteit (*responsiveness*) en -verantwoordelikheid (Amos 1988: 57) kan ook as etiese kwessies beskou word. In plaas daarvan dat ons die etiek van 'n ander se gedrag bevraagteken, word ons teruggedwing tot die etiek van *ons eie optrede* teenoor 'n persoon wat in nood is, al sou ons ook redeneer dat daardie persoon medeverantwoordelik is vir die situasie waarin hy of sy verkeer (vgl. Shelp 1989: 333).

Die bediening aan persone met HIV/VIGS behels die volgende: inklusiwiteit, konsekwentheid, oordeel en aanraking (vgl. Amos 1988).

#### 1.3.1 Inklusiwiteit

Elke mens moet vir hom-/haarself uitmaak hoe hy/sy voel oor iemand wat 'n HIV-geïn-

fekteerde is of reeds die tekens van VIGS toon. Die aversie wat baie mense voel, kan die gevolg wees van vooroordele wat hulle weens verkeerde inligting gevorm het. Dalk is dit 'n bietjie onregverdig om te vra hoe ons sal reageer indien ons sou uitvind dat iemand in ons familie VIGS het. Die inklusiwiteit wat hier ter sprake is, strek egter baie verder en word deur die volgende aanhaling toegelig.

Jesus seemed to go out of his way to be involved with persons whom the religious community had either put in their place (i.e. beggars, women, Samaritans, publicans, and tax collectors) or discarded (i.e. lepers, the handicapped, the emotionally and mentally ill). There was bound to have been plenty of need within the more 'acceptable' community for Jesus to have ministered there. However, he chose dramatically to go upstream against the norms of society to make the point that *all* people are acceptable. There are no 'throwaway people' in the economy of God (Amos 1988: 67).

### 1.3.2 Konsekwentheid

Mense is dikwels selektief wanneer hulle moet besluit oor waar hulle hulp gaan verleen en waaraan hulle aandag gaan wy. Iemand wat jare lank rook en aan longkanker sterf, ontvang normaalweg hulp en simpatie, maar mense is nie so gewillig om te reageer wanneer die siekte verbind kan word aan seksuele wangedrag nie. Die negatiewe uitsprake oor homoseksuele perversiteite wat in die Bybel voorkom (1 Kor 6:9–10) maak deel uit van 'n verskeidenheid ander sake wat op gelyke vlak veroordeel word: mense wat onreg doen, onsedelik lewe, afgode aanbid, in die huwelik ontrou is, steel, geldgierig is, dronk word, kwaadpraat en bedrieg.

### 1.3.3 Oordeel

'n Nie-veroordelende gesindheid was nog altyd 'n basiese voorwaarde vir hulp. Geen egte hulp kan aangebied word indien daar negatiewe gevoelens is oor die persoon wat hulp nodig het nie, of indien die persoon veroordeel word nie. Dit is een van die negatiewe aspekte van die gesprek rondom HIV/VIGS dat 'n baie groot groep mense sterk veroordelend teenoor die hele saak staan en hulleself daarvan distansieer.

Ten spyte van Jesus se waarskuwings oor hoe vernietigend 'n veroordelende gesindheid vir liefde is, is daar altyd 'n groep mense wat beweer (dikwels juis op grond van hul Christelike oortuiging) dat hulle weet wat God se gesindheid is, en hulle staaf hierdie bewering deur die voorspoed en teenspoed wat hulle self beleef het, voor te hou (Shelp 1989: 333). Dit is nie ons taak om mense te veroordeel nie. Die oordeel sal, waar nodig, van God af kom. Ons taak is eerder om die Goeie Nuus van verlossing en genade aan te kondig en te demonstreer deur middel van ons optrede teenoor ander.

### 1.3.4 Aanraking

In mense se gedrag teenoor persone met HIV/VIGS kan aanraking 'n baie belangrike rol speel, omdat dit aanvaarding van daardie persoon demonstreer (Amos 1988: 74). Etlieke punte moet egter geopper word wanneer aanraking van en selfs uitreiking na hier-

die mense ter sprake kom. Die sogenaamde *VIGS-histerie* en *AFRAIDS*, wat reeds genoem is, het betrekking hierop.

Mense is geneig om terug te deins of te onttrek van mense met HIV/VIGS. Baie wil nie eens oor die saak ingelig word nie. Hulle voer aan dat dit hulle nie raak nie of selfs dat dit nie hulle probleem gemaak moet word nie, omdat dit die persoon met HIV/VIGS se eie verantwoordelikheid is dat hy of sy nou in hierdie gemors is. Die gevolg van hierdie isolering en ostrasering is dat mense met HIV/VIGS en hulle familie hulle van die samelewing onttrek en uiteindelik kontak verloor met ander.

In die lig van die uitgebreide stigmatisasie, die vrees vir, die weersin in of veroordeling van mense met HIV/VIGS, is aanraking 'n demonstrasie dat 'n poging aangewend word om die kloof te oorbrug. Volgens Goss (1989: 308) moet die hulp getuig van onvoorwaardelike aanvaarding en dit moet met deernis uitgevoer word. Soos reeds genoem, kan daar eintlik geen hulp van buite 'n situasie gebied word nie. Dié van ons wat jare lank reeds met sterwende mense werk, weet dat 'n mens met jou eie sterflikheid moet vrede maak, anders beleef jy jou vrese elke keer in die sterwensproses van die sieke en vergroot so sy of haar lyding. In die VIGS-situasie moet ons gemaklik wees met ons eie lyding, ons vrese vir infeksie, aansteeklikheid, seksualiteit en mortaliteit (Kirkpatrick 1988: 4). Dit is in hierdie situasie dat ons gedwing word om met onself eerlik te wees oor ons eie gedagtes, gevoelens, vooroordele, partydigheid en vrese (Smith 1988: 17). Daar word byvoorbeeld van hulpverleners van mense wat met VIGS saamleef en daaraan sterf gesê dat hulle gekonfronteer word met dieselfde sake as diegene wat deur hulle gehelp word. Hulle leef en sterf ook saam met die VIGS (Goss 1989: 297). Die Engelse term *co-healing* is 'n goeie beskrywing van hierdie saambeweepproses.

Geen siekte bestaan in 'n vakuum nie, allermins HIV/VIGS. Naas die persoon met VIGS is 'n familie – sy of haar familie. Wat die familie van iemand met HIV/VIGS betref, is dit natuurlik belangrik om eers uit te vind of hulle in kennis gestel is van die persoon se siekte. Indien dit nie die geval is nie, sal die bekendmaking eers ter sprake moet kom en binne die familie verwerk moet word. Waar dit wel bekend is, moet inligting en ondersteuning gegee word. Daar kan verwag word dat familielede se reaksies bepaal sal word deur die verhouding met die siek persoon. Ouers sal moontlik anders reageer as die kinders van 'n persoon met HIV/VIGS, terwyl die huweliksmaat nie net die dreigende verlies van die siek persoon sal moet verwerk nie, maar ook die gevaar van moontlike eie infeksie.

Gillian Walker (Simon 1988: 4) het gesê dat mense wat net met die individuele VIGS-pasiënt werk, net te doen het met 'n sterfgeval ('n dreigende sterfgeval sou dalk meer gepas wees hier). Sodra ons die familie ook betrek, werk ons met die lewe en die dood gelyktydig. Alhoewel die dood baie beslis 'n faktor is, is die hoofdoel van betrokkenheid by mense met HIV/VIGS om hulle te help om saam te leef met die infeksie of siekte. Dit beteken dus ook dat hulle gehelp moet word om met verlies saam te leef.

Ons verantwoordelikheid is nie net beperk tot VIGS-pasiënte en hulle families nie: dit strek tot by wat bekend geword het as die *second epidemic*, naamlik *AFRAIDS* (Kirkpatrick 1988: 15). Om mense met HIV/VIGS te help, sal ons ook iets moet doen aan stigmatisasie, ostrasering, veroordeling en beskuldiging. Dit is nie net ons eie ge-



sindheid wat hier ter sake is nie, maar ook dié van die gemeenskap waarin ons woon. Dit is my verantwoordelikheid om nie slegs my eie gesindheid te suiwer nie, maar ook om mee te werk tot die skep van 'n meer begrypende gemeenskap. 'n Persoon met HIV/VIGS kan nie gehelp word om te leef as daar nie 'n leefbare ruimte in die volle sin van die woord vir hom of haar geskep word nie. Indien ons hierin slaag, word 'n lewensruimte geskep, en help ons die betrokke persoon met leef; nie net met sterf nie.

Terwyl mense met 'n siekte soos kanker nog kan hoop op remissie en selfs genesing, is daar geen hoop vir VIGS-lyers en hul families nie (Goss 1989: 297). Hulle ervaar ongelooflike stres, 'n reeks verliese en teleurstellings, asook allerhande kleiner katastrofes. Hulle beleef konstante blootstelling aan onbekende en onsekere faktore. Hulle is nie eens altyd seker dat hulle die nodige mediese behandeling sal ontvang nie. Binne die mediese professie is daar 'n hewige debat aan die gang oor die vraag hoeverre mediese personeel die "reg" het om hulle van 'n geval te onttrek sodra die HIV-positiewe diagnose gemaak is (Allen 1988; Annas 1988; Arras 1988; Freedman 1988).

Dikwels moet familie ook die trauma verwerk dat hulle nie oor die fondse beskik om vir die baie duur behandeling te betaal nie, en dat die behandeling gevolglik afgeskaal moet word tot 'n laer vlak van effektiwiteit. Vir die persoon wat met VIGS saamleef, kan die lewe gereduseer word tot 'n reeks fisiese, materiële, emosionele en sosiale verliese (Sunderland 1989: 316). Hulle sterf op 'n redelik vroeë ouderdom met onbereikte lewensdoelwitte en onvervulde drome (Goss 1989: 297).

#### 1.4 DIE LEWE IN 'N VIGS-KULTUUR

"Hallo Jan, ek het jou lanklaas gesien! Ek hoor jy het VIGS. Ek is baie jammer hoor. Maar sê my, hoe gaan dit met jou VIGS?" Hierdie heel alledaagse gesprek is 'n demonstrasie van die dilemma van die situasie waarmee ons nou moet rekening hou. Hoe kan ek natuurlik optree teenoor iemand met HIV/VIGS? Dit is duidelik dat ons onself sal moet voorberei om in 'n VIGS-kultuur te leef. Dit beteken dat ons goed ingelig moet wees oor die verloop van die siekte, hoe infeksies plaasvind, wat gevaarlik is en wat nie, en hoe om op te tree teenoor persone en hul naasbestaendes in die verskillende stadia van die siekte. Stigmatisering, VIGS-histerie, AFRAIDS, homofobie, die ostrasering van mense met HIV/VIGS en liefdelose veroordeling, wat isolasie tot gevolg het, sal aan die hand van opvoedkundige aksies aangespreek moet word.

Ten spyte van die al groter insidensie is VIGS nie maar net nog 'n siekte nie: VIGS word gekenmerk deur sy terminale karakter, deur die feit dat dit gekoppel word aan seksuele oordraagbaarheid, deur die stigmatisasie wat dit meebring, en deur die bewustheid van die nabyheid van die dood (Sunderland 1989: 311–312). Die uniekheid van hierdie siekte en die omvang wat dit moontlik kan aanneem, noodsaak ons om voorbereid te wees om daarmee saam te leef. Dit beteken dat ons alle personeellede sover moontlik sal inlig oor alle aspekte van HIV/VIGS, en dat ons waar nodig ondersteuning sal verleen aan mense, groepe en organisasies wat direk daarby betrokke is. Ons verantwoordelikheid teenoor die Suid-Afrikaanse gemeenskap laat ons dus baie wyer kyk as die kampus van UNISA.

Mense wat direk by ondersteuningsprogramme betrokke is, kan nie alleen staan nie en moet dikwels opgelei word vir effektiewe hulpverlening. Om alleen en onvoorbereid

met trauma van hierdie aard te werk, genereer eenvoudig te veel stres (Sunderland 1989: 314). Om hierdie rede behoort daar skakeling te wees tussen die verskeie organisasies wat in hierdie veld werk.

Wanneer ons luister na mense wat werk met die huidige statistiek van VIGS en kennis neem van die skrikwekkende toekomsteneel, ontstaan die moontlikheid dat ons alles rondom HIV/VIGS in 'n negatiewe lig kan sien, en dit kan lei tot 'n gevoel van wanhoop. Daarom, terwyl ek nou begin het met die verhaal van eerw. William Amos, wil ek ook afsluit deur die laaste twee paragrawe van sy boekie weer te gee (Amos 1988: 121). Hierin vertel hy van die dag toe Tom gesterf het. Tom het in sy jeug 'n tyd lank baie losbandig geleef en onder andere dwelms misbruik. Die gevolg was dat hy VIGS opgedoen het. Sy vrou Ruth het een oggend gebel om te sê dat hulle meen die einde is naby en dat hulle William baie graag by hulle wou hê. Op pad na hul huis sien hy die wonderlikste reënboog in die weste. Dit het van horison tot horison gestrek en was helderder as enige reënboog wat hy nog ooit gesien het. Hy dink hoe ironies dit is dat hy, terwyl hy op pad is na iemand wat sterf aan VIGS, in die lugruim gelukkig-toevallig met 'n reënboog verras word. Toe onthou hy die verhaal van die eerste reënboog wat God in die lugruim geplaas het, en die ironie verander meteens in 'n beleving van volmaakte harmonie.

Hy het gevoel die reënboog bevestig dat God nie meer die mens met vernietiging en vrees en straf en oordeel hanteer nie. God het weer eens hierdie manjifieke kleure oor die oggendlug gehang. Toe hy by die huis indraai en hom voorberei om in te gaan waar hierdie persoon, wat vir hom 'n vriend en soos 'n broer geword het, sterwend lê, is hy getroos deur die wete dat hulle reis saam goed was. Dit was die pad van God in die worsteling met aanvaarding en liefde en geregtigheid. Dit was inderdaad die pad van die reënboog.

## BIBLIOGRAFIE

- Allen, J.R. 1988. Health care workers and the risk of HIV transmission. *Hastings Center Report* 18: 2-5.
- Amos, W.E. 1988. *When AIDS comes to church*. Philadelphia: The Westminster Press.
- Annas, G.J. 1988. Legal risks and responsibility of health professionals. *Hastings Center Report* 18: 26-32.
- Arras, J.D. 1988. The fragile web of responsibility: AIDS and the duty to treat. *Hastings Center Report* 18: 10-20.
- Cosstick, V. (ed.) 1987. *AIDS: Meeting the community challenge*. Middlegreen: St. Paul Publications.
- Croteau, J.M. & Morgan, S. 1989. Combating homophobia in AIDS education. *Journal of Counseling and development* 68: 86-91.
- Freedman, B. 1988. Health professions, codes, and the right to refuse to treat HIV-infectious patients. *Hastings Center Report* 18: 20-25.
- Goss, E. 1989. Living and dying with AIDS. *Journal of Pastoral Care* 43: 297-308.
- Kirkpatrick, B. 1988. *AIDS sharing the pain: pastoral guidelines*. London: Darton, Longman & Todd.
- Koops, M. 1988. Een dubbele hamer: over AIDS en pastoraat. *Evangelisch Commentaar* 6 (no. 15): 14-15.

- Lindijer, C.H. 1989. Aids en pastoraat: een literatuuroverzicht. *Praktische Theologie* 16: 480-490.
- Long, E. 1990. The care of Aids patients. *The Month* 23: 65-69.
- Louw, D.J. 1988. VIGS: die radikale siekte met 'n radikale uitdaging aan die pastorale bediening. *Ned. Geref. Teologiese Tydskrif* 29: 66-79.
- Schall, R., Padayachee, G.N. & Yach, D. 1990. The case for HIV surveillance in South Africa. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif* 77: 324-325.
- Schoub, B.D. 1990. The AIDS epidemic in South Africa – perceptions and realities. *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif* 77: 607-608.
- Shelp, E.E. & Sunderland, R.H. 1987. *AIDS and the Church*. Philadelphia: The Westminster Press.
- Shelp, E.E. & Sunderland, R.H. 1987. *AIDS, a manual for pastoral care*. Philadelphia: The Westminster Press.
- Shelp, E.E. 1989. AIDS, high risk behaviors, and moral judgements. *Journal of Pastoral Care* 43: 325-335.
- Simon, R. 1988. From the editor. *The Family Therapy Networker* 12 (no. 1): 4.
- Smith, W.J. 1988. *AIDS: Living and dying with hope: issues in pastoral care*. New York: Paulist Press.
- Sunderland, R.H. 1989. Caring for people living and dying with AIDS. *Journal of Pastoral Care* 43: 311-323.
- Van Kilsdonk, J. 1989. Nabijheid aan hen die getroffen zijn door de jongste epidemie. *Praktische Theologie* 16: 471-479.
- Wallace, W.E. 1989. Pastoral care for people with AIDS. *The Christian Ministry* 20: 14-17.
- White, M. 1987. *Aids & the positive alternatives*. Basingstoke: Marshall Pickering.

# 2 VIGS – die moderne Trojaanse perd

Alta van Dyk

---

## 2.1 INLEIDING

The Greeks laid siege to Troy for 10 years, but could not take the city. Finally, Ulysses had a huge wooden horse built. He hid Greek soldiers inside the horse, and left it outside the walls of Troy. The rest of the Greeks then pretended to sail away. The curious Trojans dragged the horse inside the city walls. That night the Greek soldiers crept out of the horse, opened the city gates, and let the rest of the Greek forces into Troy. The Greeks massacred the people of Troy and looted and burned the city (*World Book Encyclopedia* 1978: 374).

Die verhaal van die legendariese stad Troje laat ons as moderne mense betersweterig glimlag oor die naïwiteit van die destydse inwoners: om so 'n reuse houtperd in jou stad in te sleep, is mos selfmoord. Enige mens kan tog sien dat dit 'n dodelike lokval moet wees! Vandag staan daar ook 'n Trojaanse perd voor die poorte van óns stad – VIGS. En ons het al reeds die perd by die hekke begin insleep, want ook hierdie perd lyk onskuldig asof dit geen gevaar vir die stad kan inhou nie. Dit is juis hierdie houding teenoor VIGS wat veroorsaak dat dit vinnig besig is om die grootste en dodelikste Trojaanse perd van alle tye te word. Connor en Kingman (1988: 1) beskryf dit soos volg:

If we could play at being Satan for the day, charged with the task of designing an epidemic to undermine both the developed and underdeveloped countries of the world at the end of the twentieth century, then the blueprint for the design would incorporate many of the features of AIDS.

Die verdediging van ons moderne Troje verg die samewerking van elke inwoner van die stad. Om 'n aantal afweerstrategie te beplan, is dit egter nodig om die eienskappe van die vyand te leer ken.

## 2.2 DEFINISIE EN HISTORIESE AGTERGROND VAN VIGS

VIGS is die akroniem vir Verworwe Immunitetsgebrek Sindroom. Die siekte is *verworwe* in dié sin dat die infeksie deur 'n virus veroorsaak word wat die liggaam van buite binnedring en dat dit nie oorgeërf word of geneties is nie; *immuniteit* verwys na die liggaam se natuurlike verdedigingsstelsel wat homself teen infeksie en siekte beskerm; *gebrek* dui daarop dat die verdedigingsstelsel onvolledig is, met ander woorde, dat daar iets skort; en 'n *sindroom* is 'n groep spesifieke tekens en simptome wat saam voorkom en kenmerkend is van 'n sekere siektetoestand. Hoewel die term "siekte" gebruik word wanneer daar van VIGS gepraat word, is VIGS streng gesproke nie 'n siekte nie, maar 'n versameling van meer as 70 toestande wat voorkom as gevolg van die skade wat die immuunstelsel en ander dele van die liggaam opdoen weens infeksie met die HIV-virus. VIGS kan dus gedefinieer word as 'n sindroom van opportunistiese siektes, infeksies en sekere kankers waaraan die pasiënt uiteindelik sterf (Lachman 1990). VIGS kan dus vergelyk word met die Trojaanse perd, want dit dring die liggaam binne en gooi die verdedigingsstelsel se hekke oop vir allerlei ander siektes om vrylik binne te kom.

Die eerste herkende gevalle van die Verworwe Immunitetsgebrek Sindroom het in die somer van 1981 in Amerika voorgekom toe 'n baie seldsame tipe pneumonie, veroorsaak deur die mikro-organisme *pneumocystis carinii*, en Kaposi se sarkoom, 'n seldsame tipe velkanker, skielik by 'n hele paar pasiënte gelyk gediagnoseer is (Adler 1988). Die pasiënte het 'n paar eienskappe gemeen gehad: almal was jong, homoseksuele mans met 'n onderdrukte immuunstelsel. Hoewel die siekte vroeg reeds bekend gestaan het as Verworwe Immunitetsgebrek Sindroom, was die oorsake daarvan en die metodes van verspreiding nie dadelik bekend nie. Eers in 1983 is ontdek dat die siekte deur 'n virus, wat op daardie stadium bekend gestaan het as LAV (*Lymphadenopathy-associated virus*) en HTLV-III (*Human T-cell Lymphotropic virus Type III*), veroorsaak word. In Mei 1986 is die virus wat hierdie siekte veroorsaak, herdoop na HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Die Afrikaanse term is Menslike Immunitetsgebrek Virus, maar die afkorting HIV word internasionaal gebruik. Daar is tans twee aparte virusse wat met VIGS verband hou, naamlik HIV-1 en HIV-2. HIV-1 word geassosieer met infeksies in Sentraal-, Oos- en Suider-Afrika, Noord- en Suid-Amerika, Europa en die res van die wêreld. HIV-2 is in 1986 in Wes-Afrika (Kaap-Verdiëse Eilande, Guinee-Bissao en Senegal) ontdek. Volgens alle aanduidings is HIV-2 net so virulent soos HIV-1 (Sabatier 1988a).

Dr. Luc Montagnier van die Louis Pasteur Instituut in Parys, Frankryk, het HIV-1 in 1983 ontdek. 'n Jaar later het dr. Robert Gallo van Amerika daarop aanspraak gemaak dat hy die virus eerste ontdek het. Een van Amerika se grootste hofsake het gevolg toe die Louis Pasteur kliniek die Amerikaanse regering daarvan aangekla het dat Gallo Montagnier se virus – wat goedgunstiglik aan hom gestuur is vir navorsingsdoeleindes – "gesteel" het. Hierdie stryd was só fel dat die 1987-samesprekinge tussen die Franse Eerste Minister, Jacques Chirac, en die Amerikaanse president, Ronald Reagan, byna daardeur skipbreuk gelei het. Die saak is op die nippertjie geskik en beide Montagnier en Gallo word nou erken as die amptelike ontdekkers van die virus (Connor & Kingman

1988). Die dispuut gaan egter steeds voort, en tydens die Internasionale VIGS-kongres in San Francisco in 1990 het koerantverslaggewers – toe hulle hoor dat beide Gallo en Montagnier die kongres gaan toespreek – spottenderwys gevra: “What are the odds of running into somebody you’re avoiding in a crowd of 12 000 people?” (Hilton 1990).

Daar is baie teorieë oor waar VIGS oorspronklik vandaan kom. Die mees populêre teorie is dat mense VIGS gekry het nadat hulle in kontak was met groenape wat met SIV (*Simian Immunodeficiency Virus*) besmet was. Hoewel SIV ’n ooreenkoms met HIV-2 toon en die oorsteek van die spesie-grens deur ’n retrovirus wel teoreties moontlik is, is die verwantskap tussen SIV en HIV nog nie duidelik nie (Roth 1989). Verskeie wetenskaplikes verwerp egter die gedagte aan die wedersydse oordraagbaarheid van dierlike en menslike virusse.

Studies oor die verskillende tipes en die talle mutasies van HIV dui daarop dat die virus waarskynlik al langer as 20 jaar, maar korter as 100 jaar in die menslike liggaam voorkom. Montagnier en Gallo glo beide dat die virus waarskynlik al baie jare lank in ’n geïsoleerde gemeenskap in Sentraal-Afrika of elders teenwoordig was. Die verspreiding van HIV in sulke groepe was waarskynlik baie beperk, aangesien die mense min kontak met die buitewêreld gehad het. As gevolg hiervan kon die virus etlike dekades lank dormant gebly het. Met veranderinge wat in Sentraal-Afrika plaasgevind het, soos migrasie van afgesonderde areas na stedelike gebiede, het HIV begin versprei. Vervoernetwerke en algemene uitruiling van bloedprodukte sou die virus uiteindelik na elke uithoek van die wêreld dra (Gallo & Montagnier 1988).

Dié teorie dat HIV nie ’n “nuwe” virus is nie, word gestaaf deur ’n geval wat opgeteken is van ’n 15-jarige seun wat in 1969 dood is aan ’n ongediagnoseerde siekte. Soos gebruiklik met ongediagnoseerde siektes, is bloed en weefselmonsters van die seun bewaar. Byna twintig jaar later, in 1988, is die seun se bloed en weefselmonsters herondersoek, en is bevind dat ’n virus na verwant aan HIV vir sy dood verantwoordelik was. Sy simptome was ook identies aan dié van VIGS soos ons dit vandag ken. ’n Patoloog, dr. William Drake, het byvoorbeeld tydens die outopsie klein pers vlekkes opgemerk wat hy as Kaposi se sarkoom geïdentifiseer het (Connor & Kingman 1988; Roth 1989).

## 2.3 DIE UITWERKING VAN HIV OP DIE IMMUUNSISTEEM

HIV het die unieke eienskap dat dit die immuunsisteem, wat die liggaam moet beskerm teen virale, bakteriële, en parasitiese infeksies, direk aanval en buite aksie stel. Om u in staat te stel om die gevaar van VIGS ten volle te begryp, word die werking van die immuunsisteem vervolgens kortliks verduidelik aan die hand van die publikasies van Jaret (1986), Levy (1990), Selwyn (1986a), en Weber & Weiss (1988) oor hierdie onderwerp.

### 2.3.1 Die werking van die immuunsisteem

Die funksionering van die immuunsisteem word vervolgens metafories as ’n oorlog in die liggaam voorgestel. Hierdie wyse van beskrywing is nuttig as konkrete voorstelling vir mense wat geen agtergrondkennis van immunologie het nie. Sodanige beskrywing kan ook deel vorm van VIGS-opleiding. Figuur 2.1 stel die funksionering van die im-

muunsisteem grafies voor. Die hieropvolgende verduideliking stem ooreen met die verduideliking soos genommer in figuur 2.1.

Die liggaam se immuunsisteem (of verdedigingsisteem) is 'n komplekse sisteem van bloed-proteïene en witbloedselle wat saamwerk om aanvalle van indringende organismes af te weer. Die *witbloedselle* (wat in die beenmurg gevorm word) vorm drie afsonderlike "soldaatregimente", naamlik:

- (1) *Fagosiete* (sel-eters en makrofage)
- (2) twee tipes *limfosiete*, naamlik:
  - (a) die *T-selle*
  - (b) die *B-selle*

Elkeen van hierdie regimente het sy eie verdedigingstrategie, maar hulle het almal een doel voor oë en dit is om alle stowwe wat nie deel van die liggaam uitmaak nie, te identifiseer en te vernietig. Elke immuunrespons het vier fases:

- (1) herkenning van die vyand
- (2) verskerping van die verdediging
- (3) aanval
- (4) wanneer die stryd gewonne is, die staking van die aanval

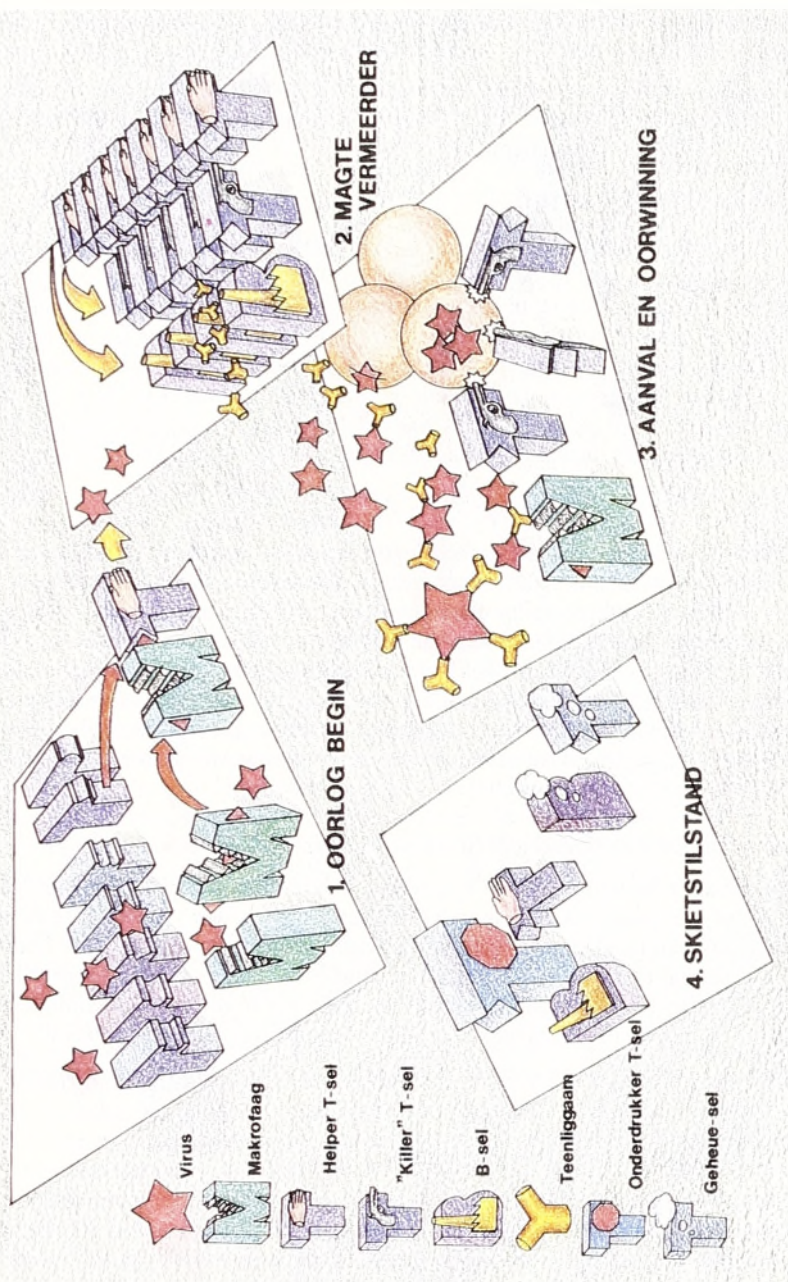
Die besondere werking van elke regiment tydens die vier fases van die immuunrespons kan soos volg beskryf word:

## [1] DIE OORLOG BEGIN (Kyk ooreenstemmende nommer in figuur 2.1)

**Fagosiete**, wat die spioene van die immuunsisteem genoem kan word, is heelyd besig om die terrein van die liggaam (bloedstroom, weefsel en limfatiese sisteem) te deursoek vir enigiets wat vreemd lyk, dit te omsingel en te vernietig. Die fagosiete is gewoonlik effektief in die vernietiging van chemiese gifstowwe en omgewingstowwe soos stof-, rook- en asbesdeeltjies. Organiese indringers soos virusse, bakterieë, protozoë en fungi vereis eger die volle omvang van die immuunrespons.

Wanneer die gewone fagosiete nie die "vyand" (soos 'n griepvirus) betyds kan vernietig voordat dit omliggende selle aanval nie, tree 'n spesiale soort fagosiet, die **makrofaag**, in werking. Die makrofaag omring die virus en pluk 'n spesiale stukkie, 'n antigeen, uit die indringer uit. Die makrofaag vertoon nou hierdie antigeen op sy eie sel-opervlak soos 'n "captured banner of war" (Jaret 1986: 716). Hierdie vlag (antigeen) speel 'n kritieke rol in die immuunsisteem se respons: Dit waarsku die volgende regiment, naamlik die **T-selle**, om tot aanval oor te gaan.

Die **T-selle** word vooraf in die Timus-klier geprogrammeer om die antigeen (wat deur die makrofaag gedra word) te herken. In die timus-klier "leer" T-selle om alle moontlike antigene wat die natuur kan skep – en daar is miljoene antigene in verskillende vorme – te herken. So sal een T-sel byvoorbeeld leer om die antigeen van die hepatitis-virus te herken, terwyl 'n ander een weer 'n sekere tipe griep-antigeen sal kan identifiseer. Daar is selfs T-selle wat kunsmatige antigene wat in laboratoria vervaardig



Aangepas uit Jaret, P. (June 1986). Our immune system: The wars within. *National Geographic*, 169(6), p. 708-709.

**Figuur 2.1** Die werking van die immuunsisteem



is, kan herken – antigene wat die liggaam nog nooit in sy miljoene jare van evolusie teë-gekom het nie.

Die soort T-selle wat die antigene (of vlag wat die makrofaag vertoon) herken, staan bekend as **T-helperselle** of T4-selle. Die T-helperselle bind nou aan die makrofaag en die volgende stap in die oorlog kan begin.

## [2] DIE MAGTE VERMEERDER

Sodra die T-helperselle aan die makrofaag gebind het, aktiveer hulle die res van die verdedigingsstelsel om sy magte te begin vermeerder: T-helperselle begin vermeerder, hulle aktiveer meer fagosiete en stuur chemiese boodskappe aan die **B-selle** en **doder-T-selle** (T8-selle of *killer T-cells*) wat sensitief vir die indringende virus is, om te vermeerder. Die **B-selle** (of derde regiment) kom in die limfnodes, wat met klein wapenfabriekies vergelyk kan word, voor. Die B-selle vermeerder en verdeel in twee groepe: plasma-B-selle en geheue-B-selle. Die plasma-B-selle vervaardig die teenliggaampies wat indringende organismes onskadelik maak deur aan hulle oppervlakke vas te kleef.

## [3] DIE AANVAL EN OORWINNING

Terwyl die immuunstelsel sy magte gereed kry, het sommige virusse reeds liggaamselle (die enigste plek waar hulle kan vermeerder) binnegedring. Die doderselle (met die hulp van sommige T-helperselle) vernietig hierdie geïnfekteerde selle deur hul membrane chemies stukkend te maak sodat die inhoud daarvan kan uitloop en die virusse vermeerderingsiklus versteur kan word. Teenliggame neutraliseer nou die virusse deur aan hul oppervlakke vas te heg en sodoende te voorkom dat hulle ander selle aanval. Dit verdraag ook die indringende organismes se gang en maak hulle maklike teikens vir die fagosiete. Teenliggame besit self ook chemiese reaksies wat geïnfekteerde selle kan doodmaak.

## [4] DIE AANKONDIGING VAN 'N SKIETSTILSTAND

Wanneer die aanvallers oorwin is, neem 'n derde lid van die T-sel-familie oor: die "**onderdrukker-T**" of die vredemaker. Die onderdrukker-T stel 'n stof vry wat B-selle hul werk (wat die maak van teenliggame insluit) laat staak. Hulle "beveel" ook die doderselle om hul aanval te staak, en laastens maan hulle die T-helperselle om op te hou met hul werk. Geheue-T- en -B-selle "onthou" en hulle bly in die bloed en limfstelsel agter, gereed om vinnig op te tree as dieselfde virus weer die liggaam sou binneval.

Die oorlog is vir eers verby en gewen en die persoon is immuun teen die bepaalde virus.

### 2.3.2 Die effek van HIV op die immuunstelsel

Soos ander virusse, leef en vermeerder HIV slegs binne menslike selle, wat 'n perfekte skuilplek teen die liggaam se verdedigers bied. Anders as ander virusse, het HIV 'n besondere affiniteit vir die belangrikste limfosiete in die immuunrespons, naamlik die T-helperselle. Deur die T-helperselle aan te val, knip HIV die totale immuunrespons kort.

Hoewel 'n aantal teenliggame wel gevorm word, is hulle heeltemal magteloos om die infeksie te stuit (Jaret 1986; Lachman 1990; Levy 1990; Selwyn 1986a; Weber & Weiss 1988).

Wanneer HIV die liggaam binnedring, probeer die makrofage wel hul werk doen, en omsluit die virus. Wanneer die makrofaag vervolgens kontak maak met die T-selle, begin die probleem egter (kyk no. [1] in figuur 2.1). 'n Proteïen op die virus se buitenste laag (gp120) heg styf vas aan 'n spesifieke proteïen op die T-helpersel se buitenste laag (CD4-reseptor). Die virus gooi sy buitenste laag af en infekteer die T-helpersel deur sy genetiese materiaal (RNA) in die T-helpersel in te spuit. In plaas daarvan dat die T-helpersel dus behulpsaam is met die bestryding van die virus, word dit self geïnfekteer en daarmee word dit die draer van die dood (Jaret 1986; Weber & Weiss 1988).

HIV is 'n retrovirus. "Retro-" dui daarop dat HIV die "omgekeerde" doen van ander virusse. Die normale transkripsie van genetiese inligting in selle is van DNA na RNA na proteïene. HIV se genetiese inligting is egter in RNA (i.p.v. DNA soos by gewone virusse) geleë. Wanneer HIV 'n sel skaak, dring die virus se RNA die sel binne. In die sel word die RNA met behulp van 'n ensiem – Omgekeerde Transkriptase (wat ook deur die HIV voorsien word) – omgesit in DNA, wat dan saamsmelt met die sel se eie DNA (of genetiese materiaal). Die virus kan nou maande of selfs jare lank latent bly voordat dit die sel begin gebruik om te vermeerder. Presies wát die virus stimuleer om weer aktief te word, is nie bekend nie, maar sodra dit gebeur, gebruik die HIV (net soos enige ander virus) die sel se materiaal om nuwe virusse in plaas van proteïene te vervaardig. Wanneer die virus begin vermeerder, breek hulle deur die selwande en gewoonlik gaan die geïnfekteerde sel dan dood (Roth 1989).

HIV infekteer en vermeerder nie net in T-helperselle nie, maar ook in ander liggaamselle soos monosiete en makrofage en weefsel-dendriet-selle wat in die vel, slymvliese, limfnodes, lewer, milt en brein aanwesig is. Aanvanklik was wetenskaplikes verstom oor hoe die virus in die brein kom, omdat die bloed-brein-grens gewoonlik alle vreemde stowwe soos virusse uitfiltreer en so verhoed dat dit in die brein beland. Aangesien makrofage onder die min selle tel wat wel deur hierdie bloed-brein-grens kan beweeg, het wetenskaplikes later besef dat HIV die brein binnedring deur in makrofage te skuil (Levy 1990).

Asof die virus nie reeds "perfek" is in sy dodelikheid nie, het dit ook nog 'n ander eienskap wat dit feitlik onopspoorbaar vir die immuunsisteem maak. HIV het die vermoë om baie vinnig te muteer of te verander. Hierdie verandering geskied nie net tussen verskillende geslagte virusse nie, maar die virus kan ook binne-in dieselfde gasheer verander met verloop van tyd. Die virus wat in die beginstadium van infeksie in 'n persoon se bloed geïdentifiseer word, muteer dikwels tot 'n totaal ander tipe (*strain*) wat verskillende eienskappe toon teen die tyd dat die persoon VIGS ontwikkel (Levy 1990).

Die liggaam se immuunsisteem steun swaar op die herkenning van mikro-organismes aan hul buitenste lagie. Omdat HIV so vinnig muteer, is dit uiters moeilik om enige ooreenkomste tussen die buitenste laag van een virus en die buitenste laag van 'n ander virus te identifiseer. Die resultaat hiervan is dat die liggaam nie 'n suksesvolle aanval kan doen op 'n teiken wat heertyd aan die verander is nie (dit kan vergelyk word met 'n inbreker wat elke keer sy vingerafdrukke verander).

As gevolg van die besondere manier waarop HIV die immuunsisteem aanval en lamlê, het die liggaam geen verdedigingsmeganismes oor nie en het dit geen beskerming teen ander siektes nie. Allerhande soorte bakterieë, swamme en virusse kan die liggaam gevolglik binnedring. Die VIGS-virus is dus nie net 'n Trojaanse perd ten opsigte van die wyse waarop dit ons gemeenskap bedreig nie, maar ook ten opsigte van die wyse waarop dit die liggaam binnedring: dit dring die kern van die stad binne en as die perd in die nag oopgebreek en die hekke van die stad oopgegooi word, kan Troje homself nie meer verdedig nie.

## 2.4 DIE DRIE STADIA VAN HIV-INFEKSIE

HIV-infeksie kan teoreties in drie stadia verdeel word. Die **eerste stadium** is die **asimptomatiese draer-stadium**, waarin 'n persoon met HIV geïnfekteer is, teenliggame gevorm het, 'n draer is, maar geen simptome toon nie. Dit is die tydperk wanneer die virus latent in die liggaam skuil, maar steeds oorgedra kan word na ander persone. 'n HIV-positiewe persoon kan vir 'n lang tyd gesond bly, geen simptome toon nie en in staat wees om sy werk te doen. Sommige persone bly tot 12 jaar lank HIV-positief sonder enige manifestasie van kliniese siekte, terwyl ander 'n vinnig progressiewe agteruitgang en vroeë dood ervaar. Dit kan deels toegeskryf word aan die verskille in virulensie van die verskillende variante van die virus (*AIDS Conference Bulletin* June 23, 1990: 7; Levy 1990).

Die **tweede stadium** van infeksie word **VVK** (VIGS Verwante Kompleks) genoem en dit tree in wanneer mense met HIV-teenliggame simptome begin ontwikkel. Een van die mees algemene simptome is **algemene limfadenopatie** of swelling van die kliere in die nek, arms en lieste. Ander fisiese simptome wat in hierdie stadium kan voorkom is koors, nagsweet, diarree, gewigsverlies (ten minste 10% van die liggaamsgewig), algemene malaise of moegheid, infeksies soos orale sproei (*oral candidiasis*) en herpes zoster (*shingles*). Hierdie simptome kan afwisselend of aanhoudend voorkom en is gewoonlik nie dodelik nie (Lachman 1990; Pfäffl 1988; Yarchoan & Pluda 1988).

Eers wanneer 'n persoon in die **derde stadium** van HIV-infeksie is, kan gesê word dat hy VIGS het. Dit gebeur namate die VVK erger word, die immuunsisteme al hoe meer agteruitgaan en meer volhardende onbehandelbare opportunistiese toestande na vore tree. In hierdie stadium is **Kaposi se sarkoom** – 'n seldsame tipe velkanker – baie algemeen. Dit word gekenmerk deur 'n pynlose blou-pers verkleuring of swelsel op die vel wat op verskeie liggaamsdele soos die vel, mond, kliere en gastro-intestinale weë kan voorkom. Kaposi se sarkoom kan tot die dood lei as dit nie behandel word nie. Dit reageer egter goed op chemoterapie.

Die VIGS-pasiënt is gewoonlik maer en uitgeteer as gevolg van ernstige probleme met **diarree** wat dikwels weke of maande aaneen duur. **Sproei** in die mond raak dikwels so erg en pynlik dat pasiënte nie meer kan eet nie. Dit is hierdie kenmerkende simptome wat gelei het tot die benaming "maermaaksiekte" in Afrika. Die pasiënte is ook baie uitgeput, en dit kan lei tot meervoudige infeksies soos gordelroos, herpes en tuberkulose (Krigel & Friedman-Kien 1988).

Een van die algemeenste siektes wat VIGS-pasiënte affekteer, is **pneumocystis ca-**

**rinii pneumonia** – 'n parasitiese infeksie van die longe. Dit word gekenmerk deur 'n aanhoudende gehoës en moeisame asemhaling. Hierdie tipe pneumonie is moeilik om te behandel en dit is die mees algemene oorsaak van dood by VIGS-pasiënte.

**VIGS-dementia** kom ook dikwels voor. Soos reeds genoem kan HIV, anders as meeste ander virusse, deur die bloed-brein-grens beweeg. Wanneer dit gebeur, vernietig die virus sekere breinselle en veroorsaak daarom simptome wat kan wissel van ligte verwarring, geheueverlies, agteruitgang van die denkprosesse en ontoepaslike gedrag tot persoonlikheidsverandering, premature seniliteit, verlies oor spierbeheer en inkontinensie (Brew, Rosenblum & Price 1988; Lachman 1990; Pfäffl 1988).

Nie elke geïnfecteerde persoon gaan deur al die stadia nie. Sommige mense toon geen tekens van siekte (soos in VVK) voordat hulle volwaardige VIGS ontwikkel nie. Ander leef jare lank sonder enige simptome of met slegs vergrote limfkliere. Daar is baie vae waarop die mediese wetenskap nog geen antwoorde het nie. Al wat op hierdie stadium met sekerheid oor volwaardige VIGS gesê kan word, is dat dit altyd tot die dood lei – gewoonlik binne twee tot drie jaar na die aanvang van volwaardige VIGS.

## 2.5 DIE HUIDIGE VIGS-SCENARIO

VIGS het reeds endemiese en pandemiese afmetings in 176 lande wêreldwyd aangeneem. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) het in November 1987 68 217 gevalle van VIGS oor die wêreld heen gerapporteer, met 'n aanmeldingsyfer van 2 000 nuwe gevalle per maand (Lachman 1990). Hierdie getalle het só toegeneem dat die WGO slegs 30 maande later, tydens die Sesde Internasionale Kongres oor VIGS in Junie 1990, bekend gemaak het dat tussen 300 000 en 600 000 mense wêreldwyd reeds volwaardige VIGS het. Dit verteenwoordig 'n gemiddelde toename van meer as 14 000 nuwe gevalle per maand. Die mortaliteitsyfer van VIGS is tans ongeveer 65 persent. Van die persone wat in 1982 geïnfecteer was, is egter meer as 90 persent reeds dood.

Volgens 'n WGO-beraming is daar tans ongeveer 10 tot 15 miljoen mense wat met HIV geïnfecteer is, maar wat nog nie volwaardige VIGS het nie. Omdat VIGS nie 'n wetlik aanmeldbare siekte is nie, en sommige lande, byvoorbeeld in Afrika, weier om hul getalle bekend te maak, is statistiek wêreldwyd egter 'n onderskatting van die werklike omvang van die probleem. Die Mediese Navorsingsraad (MNR) beraam dat slegs 10 persent tot 40 persent van alle VIGS-gevalle in Suid-Afrika aangemeld word. Wat ons dus tans wêreldwyd sien, is die spreekwoordelike punt van die ysberg (Oosthuizen, 1990a: 4). Só dramaties is die toename van VIGS wêreldwyd dat outeurs en wetenskaplikes dikwels na die probleem verwys as “die siekte van die eeu”, “die moderne Swart Dood” en selfs as 'n “Countdown to Doomsday” (Edelston 1988).

In Suid-Afrika is daar tot en met Maart 1991 'n totaal van 665 persone met volwaardige VIGS by die Suid-Afrikaanse Instituut vir Mediese Navorsing aangemeld. Ongeveer 60 persent van hierdie persone is reeds oorlede. Statistiek dui egter daarop dat duisende Suid-Afrikaners reeds met die virus geïnfecteer is. Die infeksiekoers verdubbel tans binne 'n tydperk van 8,5 maande (*Transvaler*, 18 April 1990: 4; Oosthuizen 1990a; *Nursing RSA* 1990 5 [no. 3]: 30; *Beeld*, 10 April 1990).

Die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling het in Julie

1990 gewaarsku dat HIV nou primêr 'n risiko vir heteroseksuele mense in Suid-Afrika geword het. Tot en met die einde van 1987 was dit hoofsaaklik blanke homoseksuele mans wat VIGS opgedoen het. Sedert 1988 het al hoe meer heteroseksuele mense die siekte begin opdoen, waaronder hoofsaaklik swart mense. In Suid-Afrika lyk die verandering in die verspreidingspatroon van homoseksueel na heteroseksueel oor 'n tydperk van 27 maande soos volg:

	Des. 1988	Junie 1990	Maart 1991
Homo/biseksueel:	66%	56%	41%
Heteroseksueel:	23%	32%	37%

Hoewel die heteroseksuele verspreidingspatroon van HIV aanvanklik slegs in Afrika voorgekom het, word dié patroon van verspreiding tans wêreldwyd erken (Alvarado 1990: 1A; *Pretoria News*, July 3 1990: 2; Oosthuizen 1990a; Van Ammers 1990).

In figuur 2.2 word 'n grafiese voorstelling gegee van die aantal VIGS-gevalle wat in Suid-Afrika aangemeld is tot en met 4 Maart 1991. Die kumulatiewe verspreiding per jaar word ook aangedui.

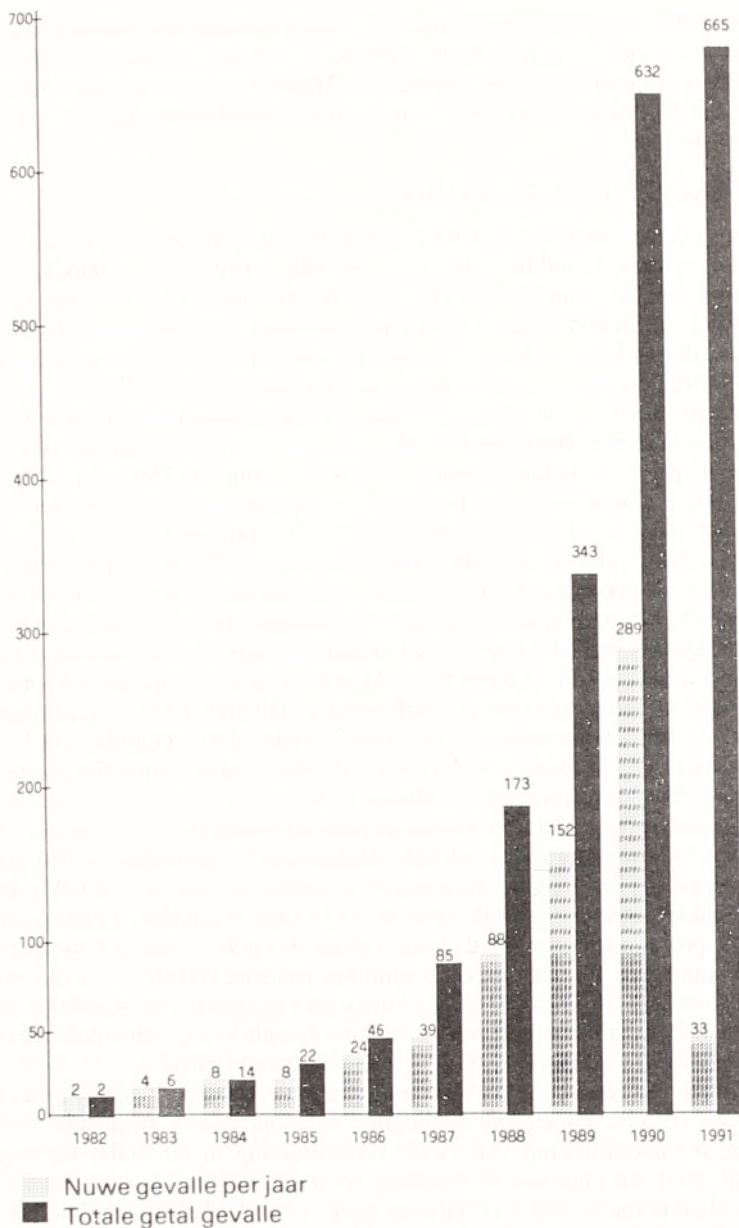
## 2.6 DIAGNOSERING VAN HIV-INFEKSIE

HIV-infeksie word tans gediagnoseer met behulp van bloedtoetse. Twee van die bekendste toetse wat gebruik word, is die ELISA- (*enzyme-linked immunosorbent assay*) en die Western Blot-toets. Hierdie toetse kan nie die virus self in die bloed opspoor nie, maar reageer op die HIV-teenliggame wat gevorm is in 'n onsuksesvolle poging om die gestel teen die virus te beskerm. Dit neem egter gemiddeld ses weke tot drie maande, of selfs langer, voordat geïnfekteerde mense teenliggaampies ontwikkel terwyl die virus reeds in hul bloed aanwesig is. Bloedtoetse wat in hierdie tydperk – ook genoem die “vensterperiode” – uitgevoer word, kan daarom vals-negatiewe resultate lewer. Daar is selfs 'n baie klein groepie persone wat ondanks infeksie met HIV skynbaar nooit teenliggame ontwikkel nie (Sabatier 1988a).

Daar is tans wel 'n tegniek wat die teenwoordigheid van die virus self in die bloed aandui, naamlik die polimerase-kettingreaksietegniek. Die tegniek is egter nog nie kommersieel beskikbaar nie omdat dit duur, omslagtig en nog nie baie akkuraat is nie.

'n Belowende nuwe ontwikkeling is 'n urinetoets (die *Calypte E1 HIV EIA*-toets), wat HIV-teenliggame in urine kan opspoor. Hoewel die virus self nie in urine voorkom nie, kom die teenliggaampies wel daarin voor. Die toets is egter nog net vir navorsingsdoelindes beskikbaar. Alle aanduidings dui daarop dat hierdie 'n baie betroubare toets is. 'n Urinetoets hou baie voordele in, veral vir ontwikkelende lande waar skaars mediese fasiliteite bloedtoetse bemoeilik. So 'n urinetoets sou ook maklik as 'n selfdoentuitoets op die supermark se rak kon beland – 'n moontlikheid met voordele, maar ook met nadele, veral as in gedagte gehou word dat toetsing sonder beraad ongewens kan wees (James Nicholson, persoonlike kommunikasie, Junie 22, 1990; *Science* 1990: 101).

Coates (1990: 1) sê dat toetsing vir HIV-teenliggame 'n nuttige hulpmiddel is en 'n



**Figuur 2.2 VIGS in Suid-Afrika: getal nuwe gevalle per jaar / kumulatiewe getal gevalle (soos aangemeld tot op 4 Maart 1991)**

belangrike deel van 'n VIGS-voorkomingsprogram uitmaak. Hy waarsku egter ook dat die sukses van 'n toetsprogram ernstig benadeel word as die resultate daarvan gebruik word om diskriminasie en stigmatisering te fasiliteer of om menseregte te ontken. Hy skryf: "... HIV testing is only a tool. That tool is blunted to the degree that it is used to harm other people."

## 2.7 DIE BEHANDELING VAN VIGS

Daar is tans geen behandeling wat VIGS kan genees nie. 'n Vaksine vir die voorkoming van VIGS is ook nie beskikbaar nie. Wetenskaplikes vanuit alle wêrelddele het by die Sesde Internasionale Kongres oor VIGS in San Francisco (1990) saamgestem dat die moontlikheid van 'n genesing vir VIGS nog nie eens op die horison sigbaar is nie. Dr Jonas Salk, die vader van die polio-vaksine, asook ander wetenskaplikes, maak wel goeie vordering in die rigting van 'n vaksine, en Salk meen dat dit teen die jaar 2000 gereed behoort te wees. Die vaksine sal gesonde, nie-geïnfekteerde mense waarskynlik teen die virus beskerm, maar bied uit die aard van die saak nie beskerming aan reeds geïnfekteerde persone nie (*San Francisco Examiner*, June 24 1990: A1, A2; Levine et al. 1990). Die snelle mutasie van die virus is een van die redes waarom wetenskaplikes so sukkel om 'n behandeling of selfs net 'n vaksine te ontwikkel.

Die media berig dikwels oor allerhande "alternatiewe" behandelings vir VIGS wat ontwikkel is. So byvoorbeeld het dr. Alonso van Atlanta die aandag van die wêreld op hom gevestig toe hy daarop aanspraak gemaak het dat hy twee pasiënte se serostatus van positief na negatief verander het met sy hipertermia-tegniek, wat die verhitting van pasiënte se bloed behels. Ander navorsers beklemtoon die genesende eienskappe van fungale ekstrakte, elektromagnetisme en selfgenesing. Dit blyk dat nie een van hierdie "alternatiewe" behandelingsmetodes 'n blywende effek het nie, en hulle word skerp veroordeel as oneties en immoreel omdat hulle valse hoop by duisende siek mense skep en die propageerders daarvan verryk (Davidson 1990).

Die behandeling van reeds geïnfekteerde persone is tans toegespits op die opbou van die immuunsisteem sodat die geïnfekteerde persoon so gesond moontlik gehou kan word, asook op die beheer van opportunistiese infeksies. Een van die bekendste en effektiefste middels wat tans gebruik word, is AZT (*Azidothymidine* of *Zidovudine*). AZT vertraag die proses van omgekeerde transkriptase wat moet plaasvind voordat die virus in die selle kan begin vermeerder, en in sommige pasiënte verbeter AZT die immunologiese funksionering. AZT is egter baie duur en dit kan ernstige nuwe-effekte tot gevolg hê, soos toksisiteit vir beenmurg wat tot ernstige anemie kan ly, aanhoudende naarheid, hartpalpitاسies en duiseligheid (Krieger 1990a; Lachman 1990).

Navorsing in die negentigerjare sal veral fokusseer op die ontwikkeling van vaksines en anti-virale terapie. Wetenskaplike pogings sal waarskynlik toegespits wees op die blokkering of onderdrukking van virale vermeerdering in die selle, en pogings sal aangewend word om mutasies of generiese veranderinge van die virus in die gasheer minder virulent te maak. Die HIV-virus se gene, veral die NEF-gene (ook die *silencer gene* genoem) sal sterk onder die soeklig kom. Navorsers soos Levy glo dat die sleutel tot die beheer van die verspreiding van HIV in die liggaam in die NEF-gene opgesluit lê. NEF se funksie is om HIV-vermeerdering te onderdruk. NEF funksioneer volgens

Levy soos 'n kassetspeler se stopskakelaar: dit kan 'n ander geen, naamlik die "virulensiegeen", wat die funksie het om die virus meer virulent te maak, afskakel. Gebeur dit egter nie, maak die virulensiegeen die virus dodelik. Die groot taak vir navorsers in die negentigerjare lê onder andere daarin om die NEF-geen te probeer beheer (Dinchuk et al. 1990; Krieger 1990b).

Dit lyk tans asof die enigste behandeling vir VIGS voorkoming is. Die Trojaanse perd moet dus ten alle koste buite die stadsmure gehou word, want as dit eenmaal die liggaam binnegedring het, is daar geen verweer nie.

## **2.8 DIE VERSPREIDING VAN HIV-INFEKSIE**

HIV is al in verskeie liggaamsvloeistowwe gevind, maar dit is veral gekonsentreer in bloed, seminale vloeistowwe en servikale sekresies. Hoewel dit in speeksel en tranen teenwoordig is, is groot volumes skynbaar nodig om HIV oor te dra. HIV is ook in die borsmelk van geïnfekteerde moeders teenwoordig (Lachman 1990; Roth 1989). Hoewel teenliggame teen HIV in urine opgespoor is, kom die virus self nie in urine voor nie.

Dit is moontlik om met HIV geïnfekteer te raak op die volgende maniere:

### **2.8.1 Intieme seksuele kontak met 'n geïnfekteerde persoon**

VIGS is primêr 'n seksueel oordraagbare siekte, en kan oorgedra word deur penetrenderende, onbeskermdede vaginale, anale en moontlik ook orale seksuele kontak. HIV kan slegs oorgedra word van een persoon na 'n ander wanneer die virus uit die liggaamsvloeistowwe van die geïnfekteerde persoon in die bloedstroom van 'n ander persoon beland. Dit gebeur gewoonlik wanneer die delikate slymvlies waarmee die liggaamsholtes uitgevoer is, stukkend gaan as gevolg van wrywing tydens seksuele kontak. Dit maak dit vir die virus baie maklik om deur die stukkende plekkie in die ander persoon se bloedstroom te beland, of om saam met bloed uit die stukkende plek te beweeg. Hoewel dit lyk asof vroue (as die passiewe ontvanger) makliker geïnfekteer raak as mans, is HIV-positiewe vroue veral tydens menstruasie hoogs aansteeklik. Die passiewe maat (of ontvanger van semen) tydens anale seks loop ook 'n groter risiko om geïnfekteer te raak as die aktiewe maat. Een enkele seksuele kontak met 'n HIV-geïnfekteerde persoon is dikwels genoeg om die gevreesde virus oor te dra.

### **2.8.2 Blootstelling aan gekontameneerde bloed en bloedprodukte**

Alle bloedskenkers se bloed word getoets vir die teenwoordigheid van teenliggame teen HIV, en geïnfekteerde bloed word vernietig. Bloedprodukte, soos Faktor VIII wat vir hemofilielyers gebruik word, word tot 60°C verhit om die virus te vernietig. Dit is ongelukkig nie moontlik om volbloed te verhit nie. Hoewel bloed tans baie veiliger is as in die verlede, skep die sogenaamde vensterperiode (waartydens die virus in die bloed teenwoordig is, maar teenliggame nog nie gevorm is nie) probleme. Geïnfekteerde bloed wat tydens die vensterperiode geskenk word, kan nie as HIV-positief geïdentifiseer en geëlimineer word nie. Dit is persone wat weet dat hulle gedrag op seksuele gebied 'n hoë risiko inhou, se moreel etiese verantwoordelikheid om nie bloed te skenk



nie. 'n Onrusbarende neiging in Amerika is dat mense bloed skenk met die hoofdoel om 'n gratis HIV-teenliggaamtoets te kry.

### 2.8.3 Intraveneuse dwelmgebruikers

Persone wat spuite en naalde deel om hulself met 'n dwelmmiddel in te spuit, loop 'n groot risiko om met HIV geïnfekteer te raak. Die HIV-virus dra so maklik oor wanneer spuitnaalde gedeel word, omdat dwelmgebruikers die dwelms direk in die bloedstroom inspuit. Om seker te maak dat die naald wel in die aar is, trek hulle bloed in die spuit terug, en spuit dan die middel in. Daar bly dus altyd 'n druppel of twee bloed in die naald oor, wat die volgende persoon weer direk in sy bloedstroom inspuit. Die virus is hoogs gekonsentreer in bloed en hierdie "mini-bloedtoetsing" is al wat nodig is vir die oordrag daarvan van een persoon na 'n ander. In verskeie lande word tieners geleer dat gewone huishoudelike Jik (oplossing van 1:10) voldoende is om die virus dood te maak as hulle hul spuite en naalde (*works*) daarmee skoonmaak. Die doel met dié kontroversiële hantering van dwelmmisbruik is in die eerste plek om lewens te red en die verspreiding van VIGS te vertraag en allermins om tieners aan te moedig om dwelmslawe te word.

### 2.8.4 Toevallige blootstelling aan bloed van 'n geïnfekteerde persoon

HIV kan deur gekontamineerde naalde en instrumente oorgedra word onder omstandighede waar mediese standaarde laag is, tydens tatoeëring, deur die inskiet van gaatjies in die ore, en deur kontak met bloed by ongelukstonele.

### 2.8.5 Van geïnfekteerde ma na haar baba

Hoewel dit nie altyd die geval is nie, kan HIV van 'n geïnfekteerde ma na haar baba oorgedra word voor, tydens en na geboorte. HIV kan oorgedra word deur die plasenta en bloed, asook soms deur borsvoeding na geboorte. Die kans dat 'n baba geïnfekteer kan wees as die ma HIV-positief is, word op ongeveer 50 persent geskat. Dit is egter eers op die ouderdom van ongeveer 18 maande moontlik om met bloedtoets vas te stel of die baba geïnfekteer is of nie. Voor daardie tyd is dit onmoontlik om te bepaal of die teenliggame in die baba se bloed sy of haar eie is, of dié van die ma.

Hoewel die moontlikheid bestaan dat HIV deur borsvoeding oorgedra kan word, beveel die Wêreldgesondheidsorganisasie aan dat geïnfekteerde ma's wat nie alternatiewe voeding kan bekostig nie – veral in die derdewêreldlande – aangemoedig moet word om aan te hou borsvoed, anders sterf die babas aan wan- of ondervoeding.

Russiese navorsers het onlangs gevalle beskryf waar babas wat in hospitale met spuitnaalde geïnfekteer is, die virus na hul gesonde moeders oorgedra het deur borsvoeding. Bloeiende mond-ulkusse of sproei by die babas en gebarste tepels by die moeders het die moontlikhede van oordrag verhoog (Pokrovsky, Kuznetsova & Eramova 1990).

### 2.8.6 Geïnfekteerde liggaamsorgane, weefsel of semen

Die liggaamsorgane, weefsel of semen van 'n geïnfekteerde skenker sal ook die virus oordra na ongeïnfekteerde persone. Alle skenkerprodukte word vir teenliggame teen

HIV getoets. HIV-positiewe persone moet aangeraai word om nie skenkerkaarte te dra nie.

## 2.9 MITES OOR DIE OORDRAG VAN VIGS

Daar word tans talle mites om die oordrag van VIGS geweef. VIGS is nie 'n hoogs aansteeklike siekte nie, want dit word nie soos baie ander siektes deur druppelbesmetting, insekte, gekontameneerde water of voedsel, of velkontak oorgedra nie. Die HIV is baie swak en gaan baie gou dood buite liggaamsvloeistowwe. Ondanks allerhande teoretiese argumente het die praktyk bewys dat HIV nie oorgedra word deur:

- sosiale kontak
- bloedskenking
- toilette en storte
- hoersery of niesery
- openbare swembaddens (Chloor vernietig, en water verdun die virus.)
- muskiete (Verspreidingspatrone dui daarop dat kinders wat tog ook deur muskiete gebyt word, nie VIGS kry nie. Verder neem 'n muskiet sy hele maaltyd gewoonlik van een persoon in. Indien die muskiet versteur word en na 'n ander persoon vlieg, suig hy bloed uit en spuit dit nie in nie.)
- eetgerei soos messe, vurke en teekoppies
- restaurante en die kafeteria (Selfs al het die kok VIGS, sal blootstelling aan hitte, lug, slaaisouse, en maagsappe die virus vernietig.)
- hande vashou
- fisiese kontak met 'n VIGS-pasiënt, soos om hom vas te hou, en te vertroos (Navorsing toon dat 'n persoon met VIGS se huismense nie die siekte kry as die nodige voorsorgmaatreëls – soos basiese higiëne – nagekom word nie. Delery van skeermesse en tandeborsels sowel as enige ander kontak met liggaamsvloeistowwe moet egter vermy word.)
- kontak met kollegas
- skoolkontak (mits bendepraktyke soos bloedmengery vermy word)
- soen (Die konsentrasie van die virus is baie laag in speeksel en hoewel navorsers van mekaar verskil, lyk dit asof soen 'n relatief veilige aktiwiteit is. 'n Droë soen of 'n soengroet hou byvoorbeeld geen risiko in nie. Sover bekend hou die Franse soen of *deep kissing* ook nie gevaar in nie, maar baie voorligters maan mense tog tot versigtigheid, veral wanneer daar seertjies of openinge in die mondholte is. 'n Interessante brokkie navorsing oor soen het getoon dat 'n mens ten minste 2 liter speeksel nodig het voordat die virus so oorgedra kan word!)

Dit is onnodig stremmend om met allerhande vrese rond te loop oor die oordrag van VIGS. Die virus word slegs oorgedra deur 'n uitruiling van liggaamsvloeistowwe soos wat tydens seksuele omgang en bloedoortappings plaasvind.

### 2.10 DIE VOORKOMING VAN VIGS

Aangesien daar geen voorsienbare behandeling of vaksine vir hierdie dodelike siekte is

nie, is voorkoming die enigste wapen teen VIGS. Die mees basiese manier om HIV-infeksie te voorkom, is om te sorg dat geen liggaamsvloeistowwe van 'n geïnfekteerde persoon in 'n nie-geïnfekteerde se bloedstroom beland nie – hetsy deur bloed, seminale of servikale vloeistowwe. Reeds geïnfekteerde persone het 'n etiese en morele verantwoordelikheid om seksmaats teen infeksie, en hulself teen herinfeksie te beskerm. Daar bestaan 'n wanopvatting onder sommige HIV-positiewe persone dat dit nie vir hulle nodig is om hulself teen verdere infeksie te beskerm nie. Omdat daar soveel mutasies van HIV is en sommige meer virulent is as ander, is beskerming teen herinfeksie egter noodsaaklik.

Omdat HIV hoofsaaklik deur seksuele kontak oorgedra word, word voorkomende maatreëls in hierdie verband beklemtoon:

- Totale weerhouding van seks is natuurlik die sekerste manier om nie VIGS op te doen nie.
- 'n Wedersydse getroue verhouding met 'n ongeïnfekteerde maat is die ideaal waarna gestrewe moet word. Dit lyk asof dit uiteindelik die enigste manier is waarop HIV hokgeslaan sal kan word.

Indien 'n persoon egter verkies om meer as een seksmaat te hê, is die beoefening van **VEILIGER SEKSUELE PRAKTYKE** uiters noodsaaklik om VIGS te voorkom. In hierdie verband geld die volgende:

- Die aantal seksmaats moet beperk word.
- Seksmaats moet kennis dra van mekaar se seksuele geskiedenis. (Dit is egter nie 'n baie betroubare metode nie, omdat mense dikwels geneig is om oneerlik te wees om nie 'n potensiële seksmaat te verloor nie.)
- Kondome moet gebruik word. (Die gebruik van kondome is een van die mees effektiewe maniere om die verspreiding van VIGS te voorkom. Laboratoriumtoetse het getoon dat die virus nie deur rubberlatexkondome kan beweeg nie. Verskeie navorsers het 'n beduidend laer voorkoms van HIV en ander seksueel oordraagbare siektes gevind in persone wat aandring op die gebruik van kondome. Dit is egter belangrik om te onthou dat kondome nie altyd 100 persent beskerming bied nie en dat dit soms lek of breek. Dit is veral die foutiewe gebruik van kondome wat dikwels veroorsaak dat dit makliker breek.)
- Spermdodende rome behoort saam met kondome gebruik te word. (Navorsing het getoon dat die spermdoder Non-oksinol-9 HIV doodmaak. Wanneer mense egter allergiese reaksies op Non-oksinol-9 toon, is dit beter om dit nie te gebruik nie, omdat die allergiese reaksie dikwels stukkende plekkies tot gevolg het, wat juis die oordrag van die virus bevorder.)
- Slegs smeermiddels met 'n waterbasis, soos KY-jellie, mag gebruik word. (Smeermiddels met 'n oliebasis, soos Vaseline en kookolie, beskadig latexkondome en maak dit oneffektief.)
- Alle hoërisikogedrag soos anale, orale en vaginale seks sonder kondome moet vermy word.
- Semen, vaginale vloeistof, bloed of menstruele bloed in die vagina/anus/mond of op enige gebreekte vel moet vermy word.

- Daar moet gebruik gemaak word van alternatiewe metodes. (Wedersydse masturbasie of die een of ander vorm van vel-tot-vel kontak is deesdae wêreldwyd 'n algemene praktyk onder byvoorbeeld gays om hulself teen VIGS te beskerm.)

Die hele gemeenskap sal saam moet stry om hierdie moderne Trojaanse perd sover as moontlik buite ons gemeenskap se grense te verdryf. Die grootste gevaar waarteen gevaak moet word, is die verdeling van die gemeenskap, wat lei tot haat, wantroue, stig-matisering en verwerping. Mathilde Krim (in Selwyn 1986c: 164) het die volgende te sê oor die geweldige uitdaging wat VIGS aan die hele gemeenskap stel:

The challenge to scientific and medical institutions is an enormous one, but so is the challenge to the psychological, ethical, legal and social fabric of societies. How these societies will deal with the threat of AIDS will measure to what extent they have the right to call themselves civilized.

## 2.11 DIE GEMEENSAP SE ANTWOORD OP DIE UITDAGING VAN VIGS

'n Mens wonder of die hoofstuk wat eendag oor VIGS in 'n geskiedenisboek oor epidemies deur die eeue heen sal verskyn, anders sal lyk as dié wat tans oor die geskiedenis van epidemies bestaan. Sou daar van ons gesê kon word dat ons geleer het uit die foute wat in die verlede begaan is en dat ons VIGS met sóveel menslikheid, deernis en verantwoordelikheid gehanteer het dat ons onself met reg beskaafd kan noem?

Die geskiedenis van epidemies deur die eeue heen is vol voorbeelde van vrees en paniek wat die meer beredeneerde sosiale response oorweldig het. Die builepesplaag in veertiende-eeuse Europa (die sogenaamde Swart Dood) is aanvanklik gekenmerk deur massa-uittogte uit die stede en die wydverspreide vervolging en marteling van Jode en ander minderheids-groepe wat as die sondebokke bestempel is. Die geelkoors-epidemies in die laat sewentigerjare van die agtiende eeu en vroeë negentiende eeu in Amerika is gekenmerk deur groot sosiale verskuiwings, waartydens die vermoënde inwoners van die stede almal gevlug het, terwyl die armes agtergelaat is met geen kos of ander noodsaaklike lewensmiddele nie. Hulle is binne die stede in kwarantyn geplaas en het geen toegang tot voorrade van buite gehad nie. In Baltimore in 1800 het slegs twee lede van die stad se Gesondheidsraad saam met die armes en siekes agtergebly. Die slegtigheid en immoraliteit van die armes is ook as redes aangegee vir die cholera-epidemie wat in die middel van die negentiende eeu uitbreek het, totdat sanitasieherworing in 1860 die siekte aan bande gelê het. Die besef dat die hoër stande self ook nie immuun teen die siekte was nie, het waarskynlik bygedra tot die evolusie in die teorie van siekte en die sosiale tussentrede wat die epidemie beëindig het (Selwyn 1989c).

Daar is ook ooreenkomste tussen die geskiedenis van sifilis en die huidige VIGS-epidemie. Sifilis, 'n chroniese en soms dodelike seksueel oordraagbare siekte waarvoor daar geen behandeling voor die ontdekking van penisillien in 1943 was nie, is aan swartes, sedeloses en die laer klasse ten laste gelê. Die ontdekking in 1905 dat die siekte deur 'n spirogeet veroorsaak word en dat die infeksie latent kan bly terwyl middelklas-mans, wat gereeld prostitute besoek het, dit dan onwetend na hul vroue en uiteindelik hul kinders oordra, het intense sosiale debatvoering tot gevolg gehad. Daar is geimpli-

seer dat die verlaging van seksuele moraliteit verantwoordelik was vir die verspreiding van die siekte na al die vlakke van die samelewing. In 1915 is verpligte toetsing vir sifilis in verskeie Amerikaanse state ingestel, nie om pasiënte te help nie, maar omdat beleidmakers en politici wou vasstel wie die onskuldige slagoffers was, en wie te blameer was. Die reg van die individu op vertroulikheid het in die gedrang gekom. Sommige dokters het die belangrikheid van vertroulikheid beklemtoon en gepleit dat asimptomaties geïnfekteerde persone se identiteit beskerm moet word om sodoende onnodige sosiale stigmatisering te vermy. Ander het daarop aangedring dat die name van geïnfekteerde persone juis openbaar gemaak word, en inperkingsprogramme is voorgestel "ter wille van die publiek se beskerming en gesondheid" (Clarke & Potts 1988a; Selwyn 1989c).

Daar is gesê dat mense wat sifilis en ander seksueel oordraagbare siektes het, dit op hulself gebring het en dat dit dus hul eie skuld is. Die dubbele standaard wat egter dikwels met seksuele gedrag gepaard gaan, het daartoe gelei dat die "onskuldige slagoffers" van die siekte in 'n spesiale kategorie geplaas is. 'n Hele fantasiepatologie van "oorsaaklike oordrag" is geskep en historiese dokters het aangevoer dat enigiets van penne tot toiletsitplekke sifilis kon versprei. In 1918 het die Amerikaanse Vloot die deurknoppe van al die oorlogskepe se deure afgehaal omdat hulle geglo het dat die hantering van deurknoppe een manier is waarop sifilis na onskuldige slagoffers kon versprei (Clarke & Potts 1988a).

Die ooreenkoms tussen die hantering van epidemies deur die eeue heen en die hantering van VIGS vandag is opvallend. Aanvanklik is VIGS ook aan die sosiaal onaanvaarbares ten laste gelê en in baie kringe is dit selfs verwelkom. VIGS is gesien as "the broom that would sweep society clean" en by rassistiese byeenkomste in Georgia is byvoorbeeld pamflette versprei met die woorde, "Thank God for AIDS", daarop (Clarke & Potts 1988b).

Op 14 Maart 1983 verskyn 'n artikel van Larry Kramer – 'n stigter van die VIGS-aktivistegroep *ACT UP* – in die *New York Native*, getitel *1,112 and Counting*. Hierin spreek Kramer sy woede en angs uit omdat sy vriende rondom hom besig is om te sterf terwyl die Amerikaanse regering, die CDC (Centers for Disease Control) en die Nasionale Gesondheidsinstitute niks doen nie. Hy skryf hul onbetrokkenheid toe aan die opvatting dat die siekte besig is om "kinky gays" dood te maak en dat dit hulle daarom nie werklik raak nie. Hy bepleit die betrokkenheid van sowel politici as die gemeenskap en waarsku dat beheer oor die siekte verloor sal word as daar nie onmiddellik opgetree word nie.

Kramer se waarskuwing is tragies, want hy het absoluut reg gehad. In Januarie 1988 verskyn 'n artikel van Clarke en Potts getitel *50,265 and STILL Counting*. En tydens die Sesde Internasionale Kongres oor VIGS in San Francisco in Junie 1990 het aktiviste hul frustrasie uitgeskreu oor die wêreldomvang van VIGS en oor President Bush se onbetrokkenheid daarby, met die volgende slagspreuk: *300,000 dead of AIDS, where is Bush?*

Die feit dat VIGS toegelaat is om hande uit te ruk, kan weliswaar aan regerings wêreldwyd ten laste gelê word. Hoewel VIGS reeds in 1981 in Amerika gediagnoseer is, kon Ronald Reagan eers in Mei 1987 die politieke moed bymeekaarskraap om in die

openbaar oor VIGS te praat. Opvoedkundige programme wat gerig is op die voorkoming van VIGS het lank geneem om op dreef te kom en is in baie lande nog steeds nie voldoende nie. Regerings- en privaatinstansies is ook meer geneig om finansiële steun te verleen vir navorsing oor ongestigmatiseerde siektes wat die "onskuldige" gemeenskap bedreig as aan 'n siekte wat vereenselwig word met gestigmatiseerde homoseksuele of promiskue groepe. Selfs nadat 'n HIV-toets beskikbaar gestel is, het die bloedindustrie in baie lande steeds geweier om daarvan gebruik te maak en duisende hemofilie-lyers is as gevolg hiervan geïnfecteer (Clarke & Potts 1988b; Connor & Kingman 1988; Neuberger 1986; Sabatier 1988b).

Alessandro Manzoni beskryf in sy werk *The Betrothed*, die invloed wat die Swart Dood in 1628 op die mense in 'n Italiaanse dorpie gehad het. Die stuk toon soveel ooreenkomste met die aanslag van die VIGS-epidemie op 'n moderne gemeenskap dat dit net sowel in 'n hedendaagse koerant sou kon verskyn:

Anyone in square, or shop, or home who threw out the hint of the danger, anyone who mentioned the word plague, was greeted with either incredulous jeers or angry contempt. The same incredulity, or it would be truer to say, the same blindness and obstinacy, prevailed in the Senate, in the Council of Ten and throughout the whole of the magistrature ... We have already seen how indifferent the government had been at the first announcement of the plague, both about acting and even about keeping itself informed ... the decree about quarantine which was decided on the 30th October, was only drawn up on the 23rd of the following month and was not published until the 29th. The plague had already entered Milan (Clarke & Potts 1988c: 67).

Net soos die epidemies van ouds wek VIGS vrees en paniek, wat mense irrasioneel laat dink en optree. Sondebokke word gesoek wat dié siekte oor ons gebring het. Die massamedia help mee om 'n sondebok uit te wys deur VIGS die "gay plague" of 'n "Afrika"- en daarom 'n "swart" siekte te noem (Chirimuuta, Harrison & Gazi 1988). Vooroordeel teen homoseksuele en ander minderheidsgroepe soos dwelmmisbruikers en swartmense wat met VIGS geassosieer word, word aangewakker. Die indruk word dikwels geskep dat dit die slagoffers se eie skuld is dat hulle die siekte opgedoen het, en dat dit daarom hul verdiende loon is. Kategorisering is aan die orde van die dag en mense word verdeel in sogenaamde "risikogroepe" – die gevreesde buitengroep wat vermy moet word – en die "onskuldige slagoffers" – die binnegroep. Wanopvattinge oor hoe "onskuldige" mense VIGS kan kry doen die rondte en gee aanleiding tot allerlei belaglike mites en gedragsmaatreëls. Bevooroordeelde en skadelike praktyke soos verpligte toetsing en isolasie van geïnfecteerde persone kom dikwels voor. So byvoorbeeld word elke inwoner van Kuba verplig om 'n toets te ondergaan en HIV-positiewe persone word permanent geïnterneer (*San Francisco Examiner*, June 22 1990: A10).

Die vooroordele, stereotipes en stigmatisering wat rondom die onkunde oor VIGS opgebou word, veroorsaak wêreldwye verwarring, vrees, wantroue, haat en paniek. Dit het alreeds 'n sosiale apartheid veroorsaak wat net so skadelik en oneffektief is as wat die politieke eweknie daarvan was. Dit verdeel die gemeenskap in "ons"- en "hulle"-groepe en die afbreek van hierdie sosiale apartheid kan oor verskeie geslagte strek.

Die mediese wetenskap het nie 'n oplossing vir VIGS nie. Die oplossing berus by ons. En ons kan slegs beheer oor VIGS uitoefen as VIGS nie meer as 'n mediese probleem gedefinieer word nie, maar wel as 'n *opvoedkundige en gedragsprobleem* waaroor mense beheer het.

## BIBLIOGRAFIE

- Adler, M.W. 1988. Development of the epidemic, in *The AIDS reader: documentary history of a modern epidemic*, edited by L.K. Clarke & M. Potts, Boston: Branden Publishing Company, 84–88.
- Advances made in identifying virulence factors among HIV strains. 1990. *AIDS Conference Bulletin*, June 23: 7.
- AIDS. 1990. *San Francisco Examiner*, June 22: A–10.
- AIDS Conference Bulletin*, vide Advances made in identifying virulence factors among HIV strains.
- Alvarado, D. 1990. Heterosexuals risk AIDS infection. *San Jose Mercury News*, June 22: 1A.
- Beeld*, 10 April 1990, vide VIGS-Indaba sonder 'politiek' nodig.
- Brew, B., Rosenblum, M. & Price, R.W. 1988. Central and peripheral nervous system complications of HIV infection and AIDS, in *AIDS: etiology, diagnosis, treatment, and prevention*, edited by V.T. DeVita, S. Hellman & S.A. Rosenberg, Philadelphia: J.B. Lippincott, 185–197.
- Chirimuuta, R., Harrison, R. & Gazi, D. 1988. The spread of racism, in *The AIDS reader: documentary history of a modern epidemic*, edited by L.K. Clarke & M. Potts, Boston: Branden, 308–312.
- City to get centre for AIDS fight. 1990. *The Pretoria News*, July 3: 2.
- Clarke, L.K. & Potts, M. 1988a. Afterword, in *The AIDS reader: documentary history of a modern epidemic*, edited by L.K. Clarke & M. Potts, Boston: Branden, 322–324.
- Clarke, L.K. & Potts, M. 1988b. 50,265 and still counting, in *The AIDS reader: documentary history of a modern epidemic*, edited by L.K. Clarke & M. Potts, Boston: Branden, 72–83.
- Clarke, L.K. & Potts, M. 1988c. The virus and the community: Shakespeare and AIDS, in *The AIDS reader: documentary history of a modern epidemic*, edited by L.K. Clarke & M. Potts, Boston: Branden, 65–68.
- Coates, T.J. 1990. HIV testing only part of the answer. *AIDS Conference Bulletin*, June 22: 1.
- Connor, S. & Kingman, S. 1988. *The search for the virus: the scientific discovery of AIDS and the quest for a cure*. London: Penguin.
- Davidson, K. 1990. 'Alternatives' symposium falters. *San Francisco Examiner*, June 22: A–9.
- Dinchuk, J., Cheng-Mayer, C., Luciw, P., Yoo-Warren, H., Wirak, D. & Levy, J. 1990. Generation of transgenic mice carrying HIV, TAT and NEF genes, in *Abstracts: Sixth International Conference on AIDS*, vol. 1, San Francisco, 192 (Abstract no. Th.A.291 of a paper read at the conference held in June 1990.)
- Edelston, K. 1988. *AIDS: Countdown to doomsday*. Johannesburg: Media House Publications.
- Gallo, R.C. & Montagnier, L. 1988. AIDS in 1988. *Scientific American* 259 (no. 4): 25–32.
- Hilton, B. 1990. Aidswatch. *San Francisco Examiner*, June 21: A13.
- Hope for some, pain for others. 1990. *San Francisco Examiner*, June 24: A1, A12.
- Jaret, P. 1986. Our immune system: the wars within. *National Geographic*, June: 702–734.
- Krieger, L.M. 1990a. AZT remains the drug of choice. *San Francisco Examiner*, June 22: A–11.
- Krieger, L.M. 1990b. UC researchers learning more about how genes in HIV behave. *San Francisco Examiner*, June 21: A–12.

- Krigel, R.L. & Friedman-Kien, A.E. 1988. Kaposi's Sarcoma in AIDS: diagnosis and treatment, in *AIDS: etiology, diagnosis, treatment, and prevention*, 2nd edition, edited by V.T. DeVita, S. Hellman & S.A. Rosenberg, Philadelphia: J.B. Lippincott, 245–261.
- Lachman, S.J. 1990. *The challenge: AIDS in the 1990s*. 3rd edition. South Africa: Lennon Limited.
- Levine, A., Henderson, B.E., Groshen, S., Burnett, K., Jensen, F., Peters, R., Carlo, D., Gersten, M. & Salk, J. 1990. Immunization of HIV-infected individuals with inactivated HIV Immunogen: significance of HIV-specific cell-mediated immune response, in *Abstracts: Sixth International Conference on AIDS*, vol. 1, San Francisco, 204 (Abstract no. Th.A.3371 of a paper read at the conference held in June 1990.)
- Levy, J. 1990. Levy discusses changing concepts in research. *AIDS Conference Bulletin*, June 21: 1.
- Nasionale program bepleit: VIGS-epidemie kan kwaai opvlam. 1990. *Transvaler*, 18 April: 5.
- Neuberger, J. 1986. Fear and loathing. *Nursing Times* 82 (no. 6): 22.
- Nursing RSA*, vide Schock for SA in new AIDS report.
- Oosthuizen, J. 1990. Skerp styging in SA-VIGS. *Transvaler*, 3 Julie: 3.
- Pfäffl, W. 1988. Medical bases, in *AIDS and AIDS risk patient care*, edited by H. Jäger, Chichester: Ellis Horwood, 28–47.
- Pokrovsky, V.V., Kuznetsova, I. & Eramova, I. 1990. Transmission of HIV-infection from an infected infant to his mother by breast-feeding, in *Abstracts: Sixth International Conference on AIDS*, vol. 1, San Francisco, 145 (Abstract no. TH.C.48 of a paper read at the conference held in June 1990.)
- Pretoria News*, July 3 1990, de City to get centre for AIDS fight.
- Roth, J.S. 1989. *All about AIDS*. Chur: Harwood.
- Sabatier, R. 1988a. *AIDS and the third world*. 3rd edition. London: The Panos Institute.
- Sabatier, R. 1988b. *Blaming others: prejudice, race and worldwide AIDS*. London: The Panos Institute.
- San Francisco Examiner*, June 22 1990, vide AIDS.
- San Francisco Examiner*, June 24 1990, vide Hope for some, pain for others.
- Science*, vide Testing for HIV in urine.
- Selwyn, P.A. 1986a. AIDS: What is now known: history and immunovirology. *Hospital Practice* 21 (no. 5): 67–82.
- Selwyn, P.A. 1986c. AIDS: what is now known: psychosocial aspects, treatment prospects. *Hospital Practice* 21 (no. 10): 125–164.
- Shock for SA in new AIDS report. 1990. *Nursing RSA* 5 (no. 3): 30.
- Testing for HIV in urine. 1990. *Science*, no. 249: 101.
- Transvaler*, 18 April 1990, vide Nasionale program bepleit: VIGS-epidemie kan kwaai opvlam.
- Van Ammers, P.M. 1990. Human immunodeficiency virus in obstetrics. *South Africa's Continuing Medical Education Monthly* 8 (no. 3): 303–311.
- VIGS-Indaba sonder 'politiek' nodig. 1990. *Beeld*, 10 April: 4.
- Weber, J.N. & Weiss, R.A. 1988. HIV infection: the cellular picture. *Scientific American* 259 (no. 4): 81–87.
- World Book Encyclopedia*, vol. 19. 1978. S.v. "Legendary Troy". Chicago: World Book – Childcraft.
- Yarchoan, R. & Pluda, J.M. 1988. Clinical aspects of infection with AIDS retrovirus: acute HIV infection, persistent generalized lymphadenopathy, and AIDS-related complex, in *AIDS: etiology, diagnosis, treatment, and prevention*, 2nd edition, edited by V.T. DeVita, S. Hellman & S.A. Rosenberg, Philadelphia: J.B. Lippincott, 107–120.



# 3

## VIGS in die werkplek: enkele regsaspekte

Christa van Wyk

---

### 3.1 REGSPROBLEME RONDON VIGS

**D**ie invloed van VIGS is nie alleen waarneembaar op sosioekonomiese terrein nie, maar speel ook reeds 'n rol in die regstelsel van Suid-Afrika, soos blyk uit die volgende voorbeelde:

- Die moontlikheid van anti-seleksie (die neiging van mense met swakker as gemiddelde gesondheid om groter as gemiddelde versekering uit te neem), het aanpassings in die versekeringsbedryf genoodsaak.
- Die aanspraak van derdes op 'n belang in vertroulike inligting wat 'n pasiënt aan sy geneesheer verstrekk, het 'n verslapping in die plig tot geheimhouding tot gevolg gehad.
- Mense met VIGS se toegang tot skole kan beperk word.

Een van die take van die reg is om die botsende belange in die samelewing teen mekaar op te weeg. Aan die een kant is daar die individuele VIGS-draer wat byvoorbeeld sy reg op privaatheid wil handhaaf, en aan die ander kant is daar lede van die samelewing wat daarop aandring dat hul gesondheid en veiligheid beskerm word. Regulasies wat in Oktober 1987 kragtens die Wet op Gesondheid, 63 van 1977, en die Wet op die Reëling van die Toelating van Persone tot die Republiek, 59 van 1972, uitgevaardig is, wil juis die samelewing se belange voorop stel. Eersgenoemde regulasies (GK R. 2438) bepaal onder meer dat persone in bepaalde omstandighede deur 'n openbare gesondheidsbeampte ('n mediese gesondheidsbeampte van 'n munisipaliteit) verplig kan word om 'n mediese ondersoek (wat 'n bloedtoets vir VIGS kan insluit) te ondergaan. Voorsiening word ook in die regulasies gemaak vir die verpligte behandeling, kwan-

tyn en isolasie van seropositiewe mense (dit wil sê mense wat HIV [die virus wat VIGS veroorsaak] in hul bloed dra en wat positief reageer op toetse wat op hul bloedmonsters uitgevoer word. Alternatiewe benamings sou "HIV-draers", "VIGS-draers" of "anti-HIV-positiewe mense" wees). Die regulasies bepaal verder dat 'n prinsipaal van 'n onderwysinrigting wat weet of vermoed dat 'n leerling of personeelid van die inrigting aan VIGS ly of in kontak was met 'n lyster, nie so 'n persoon mag toelaat om die inrigting te betree nie, tensy 'n toelatingstifikaat deur 'n geneesheer uitgereik is. Die regulasies wat op toelating van persone tot die Republiek betrekking het (GK R. 2439), bepaal dat 'n vreemdeling wat VIGS het of met HIV besmet is, 'n verbode persoon word wat gedeporteer kan word. (Daar moet terloops daarop gewys word dat hierdie regulasies al aan hewige kritiek onderwerp is en tot op hede nie in Suid-Afrika toegepas is nie.)

Wat versekering betref, het die Vereniging van Lewensversekeraars van Suid-Afrika in 1988 'n ooreenkoms opgestel waarvolgens bloedtoetse verpligtend gemaak word vir nuwe lewenspolisse bo R200 000 en vir ongeskiktheidspolisse van meer as R2 000 per maand. Indien die aansoeker nie binne drie maande voor sy aansoek 'n VIGS-bloedtoets met 'n negatiewe uitslag ondergaan nie, (en soms selfs indien so 'n bloedtoets ondergaan word) word dekking uitgesluit waar die sterfte of ongeskiktheid direk of indirek deur VIGS of HIV-infeksie veroorsaak is. Indien die versekerde die siekte opgedoen het deur 'n bloedoortapping of in die uitvoering van sy werk, sal uitbetaling wel oorweeg word.

Oor die kwessie van vertroulike inligting, het die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad in Mei 1989 besluit dat geneeshere 'n etiese plig het om ander gesondheidswerkers in te lig dat 'n pasiënt met HIV besmet is (SAGTR-riglyne: *Ethical Considerations in the Management of Patients with HIV Infection*). Die Raad het verder besluit dat, waar daar 'n ernstige risiko bestaan dat 'n bepaalde individu, soos die pasiënt se eggenoot, met die virus besmet kan word, die geneesheer 'n etiese plig het om daardie persoon in te lig, selfs sonder die toestemming van die pasiënt. So 'n etiese plig is weliswaar nog geen regsplig nie, maar sou myns insiens tog regverdiging bied vir 'n geneesheer indien hy regtens aanspreeklik gehou sou word weens inbreuk op sy pasiënt se reg op privaatheid.

### 3.1.1 Die werkplek

VIGS veroorsaak ernstige probleme in die werkplek en die meeste werkgewers sal die een of ander tyd moeilike besluite in hierdie verband moet neem. In die Verenigde State van Amerika het opnames aangetoon dat tussen 10 persent en 20 persent van alle sakeondernemings teen 1988 al ten minste een werknemer met VIGS in hul diens gehad het, maar dat minder as 10 persent van die sakeondernemings oor 'n skriftelike VIGS-beleid beskik het (*AIDS Policy and Law*: 11).

Benewens kommer oor verlies aan produktiwiteit, 'n toename in mediese uitgawes en die uitbetaling van voordele, kan werkgewers te kampe kry met gesonde werkers wat weier om toilette, restaurante en selfs kantore met VIGS-draers te deel. Hoe moet werkgewers so 'n situasie hanteer? Indien hulle probeer om by voorbaat 'n gesonde werkerskorps te verseker en besluit om alle aplikante te toets, kom hulle voor verskeie vrae te

staan: Hoe betroubaar is die toetse? Mag hulle weier om HIV-draers in diens te neem? Mag voornemende werknemers, of selfs bestaande werknemers, verplig word om bloedtoetse te ondergaan? Kan die dienskontrak voorsiening maak daarvoor dat 'n werker wat HIV-positief toets, ontslaan word of sal dit dalk 'n onbillike arbeidspraktyk ingevolge die Wet op Arbeidsverhoudinge, 28 van 1956, uitmaak?

Werkgewers kan dit nie meer bekostig om onverskillig teenoor VIGS te staan nie. Alle organisasies behoort 'n korporatiewe VIGS-beleid uit te werk, verkieslik voordat die eerste VIGS-geval in die onderneming opduik. 'n Stel riglyne moet opgestel word wat 'n beleid vir die hantering van VIGS-lyers en seropositiewe werknemers vaslê. (Wat die werkplek betref, moet 'n onderskeid getref word tussen VIGS-lyers en seropositiewe persone. 'n VIGS-lyer is 'n seropositiewe persoon wat ernstige opportunistiese siektes – soos longontsteking of tuberkulose – opgedoen het en waarskynlik binne twee jaar sal sterf. 'n Seropositiewe persoon, daarenteen, kan vir lang tydperke asimptomaties bly, alhoewel hy die virus dra en ander mense kan aansteek. Die tydperk voordat 'n seropositiewe persoon volskaalse VIGS ontwikkel, word op gemiddeld sewe jaar bereken, alhoewel sommige besmette persone al selfs 14 jaar lank asimptomaties gebly het. 'n Seropositiewe werknemer kan dus 'n hele aantal jare lank gesond genoeg wees om sy werk behoorlik te doen. Die term "werknemers met VIGS" sou dus sowel asimptomaties seropositiewe persone as VIGS-lyers insluit.)

Riglyne behoort neergelê te word oor hoe bestuurders en toesighouers werknemers met VIGS en hul gesonde kollegas moet benader en voorligting aan bestuur en werknemers behoort op alle vlakke voorgeskryf te word. Daarbenewens sal die bestuur op die hoogte moet bly van die nuutste wetgewing en hofuitsprake wat op VIGS betrekking het. Terselfdertyd sal hulle ook wyer moet kyk en navorsing moet doen oor die voortgesette lewensvatbaarheid van hul ondernemings indien VIGS teen die huidige tempo aanhou toeneem. Studies is al byvoorbeeld gedoen oor die verwagte verandering in verbruikerspatrone en markte en oor die samestelling van die arbeidsmag. ('n Afname in geskoolde arbeid, wat verhoogde meganisasie gaan meebring, word onder meer verwag.)

### **3.1.2 Spesifieke regsprobleme rondom VIGS in die werkplek**

#### *3.1.2.1 Vrae rondom die werwingsbeleid van die organisasie*

*Moet toetse as voorwaarde vir aanstelling gestel word?*

Allereers moet daarop gewys word dat 'n duidelike onderskeid getref moet word tussen die regsposisie en die ideale, mees akkommoderende situasie. Volgens die Suid-Afrikaanse reg is 'n werkgewer vry om te besluit wie hy in diens wil neem. (In die VSA verbied die *Vocational Rehabilitation Act* van 1973 en die *Americans with Disabilities Act* van 1990 diskriminasie in die werkplek, ook by die indiensneming van applikante.) Die Suid-Afrikaanse werkgewer mag besluit om nie seropositiewe persone in diens te neem nie en mag applikante vra om HIV-toetse te ondergaan en om vrae oor hul lewenstyl te beantwoord ten einde hoërisikogevalle te probeer identifiseer en uit sy organisasie te hou. Verantwoordelikhede teenoor die werker ingevolge die Wet op Arbeidsverhou-

dinge, 28 van 1956, tree eers in werking by die totstandkoming van 'n arbeidsverhouding tussen werkgever en werknemer.

'n Werkgever se besluit om te toets, kan op een van die volgende oorwegings gebaseer wees:

- (a) *Om die gesondheid van mede-werknemers of kliënte van sy onderneming te beskerm.* In die gewone werkplek is daar gewoonlik 'n onbeduidende risiko dat die virus oorgedra kan word en bestaan daar min rede om VIGS-draers op die kort termyn anders as ander applikante te hanteer (*Morbidity and Mortality Weekly Report*: 681). So 'n persoon is gewoonlik in staat om sy werk vir 'n onbepaalde tydperk te doen en die mees simpatieke benadering sou wees om ook sulke mense in diens te neem. Besmette persone is egter nie geskik om by mediese ingrepe en nooddienste betrokke te wees nie. Besmette gesondheidswerkers behoort hulle te weerhou van optredes waar daar enige gevaar bestaan dat hulle, indien hulle hulself beseer of stukkend sny, ander persone kan besmet. Hierdie benadering stem ooreen met die riglyne wat in 1989 deur die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad aanvaar is. Hiervolgens moet seropositiewe geneeshere spesialisadvisies inwin oor die mate waarin hulle hul praktyk moet aanpas om hul pasiënte te beskerm. Werkgewers wat gesondheidswerkers in diens het, behoort hulle ook deur hierdie riglyne te laat lei. VIGS-demensie (infeksie van die brein en sentrale senuweestelsel op 'n vroeë stadium wat allerlei neurologiese en psigiatriese afwykings tot gevolg het) kan gevaarlik wees wanneer 'n VIGS-draer kritiese besluite moet kan neem, soos dikwels die geval is in beroepe soos dié van vlieënier en swaarvragmotorbestuurder. Die toetsing van persone wat om betrekings binne hierdie kategorieë aansoek doen, sou dus aangedui wees.
- (b) *Om die gesondheid van sy werkerskorps en veral seropositiewe persone te bevorder.* Vroegtydige diagnose kan tot voordeel wees van 'n besmette werker, omdat goeie resultate verkry word met die vroeë toediening van AZT. (Azidotimidien, ook bekend as *zidovudine* en *retrovir*, is die middel waarmee tot dusver die meeste welslae met die behandeling van seropositiewe persone behaal is.) Die immuunsisteam word langer beskerm, sekondêre infeksies word voorkom en soms word verlore verstandelike vermoëns selfs herwin. Stappe kan ook gedoen word om 'n besmette werker in die werkplek teen ander aansteeklike siektes te beskerm. Hierdie oorwegings geld nie soseer vir applikante nie, maar eerder vir bestaande werknemers.
- (c) *Om ekonomiese voordeel te verkry, byvoorbeeld waar langtermynkontrakte en lang opleidingstydperke ter sprake is.* Ander werkers se belange ten opsigte van pensioenfondse en mediese skemas mag ook betrokke wees. Hierdie oorweging is waarskynlik die belangrikste.

Benewens die regsposisie moet werkgewers ook kennis neem van vakbonde se menings in dié verband. Die Nasionale Mynwerkersvakbond (NUM) se standpunt (soos uiteengesit in die *IPB Joernaal*: 25) is kortliks die volgende: NUM hou die stelsel van hostelle en trekarbeid en die onnatuurlike omstandighede wat daarmee saamgaan, verantwoordelik vir die voorkoms van VIGS op die myne. Gevolglik vind hulle die Kamer

van Mynwese se beleid om applikante te toets en geen seropositiewe mense in diens te neem nie, onaanvaarbaar. Hulle vra om 'n verbetering van lewensomstandighede (byvoorbeeld huisvesting vir gesinne) en 'n deernisvolle benadering tot mense wat te siek geword het om te werk. Hulle eis ook dat diskriminasie by die aansoek om werk en ontslag op grond van HIV-infeksie, uitgeskakel moet word. Hul aansprake is grootliks gebaseer op beginsels soos uitgespel deur die Internasionale Arbeidsorganisasie en die Wêreldgesondheidsorganisasie.

Daar word dikwels gesê dat werkgewers 'n beleid moet volg wat goeie arbeidsverhoudinge sal bevorder en wat terselfdertyd op goeie sakebeginsels gegrond is. Dit is nie so maklik nie. Soos gesê, is daar in Suid-Afrika geen wetgewing wat diskriminasie teen seropositiewe applikante verbied nie. Daar bestaan ook geen "reg op werk" nie, omdat algemeen aanvaar word dat die vryemarkstelsel, en minimale inmenging van owerheidsweë, die beste in die behoeftes van ons ekonomie behoort te voorsien. Waarskynlik sou standpunte soos dié van NUM nie voldoende wees om diskriminasie in die praktyk uit te skakel nie.

Indien die werkgewer die deernisvolle benadering volg en aansoekers nie afkeur op grond van hul seropositiwiteit nie, kan ekonomiese oorwegings hom uiteindelik dwing om dit tog te doen. Hy kan byvoorbeeld die skyf word van anti-seleksie deur seropositiewe werkers met gepaardgaande verhoogde uitgawes vir homself en ander gesonde werkers. In die toekoms sal eenvormige riglyne oor dié aangeleentheid waarskynlik aanvaar moet word.

Aan die ander kant moet werkgewers besluit of toetsing wel die moeite werd sal wees in die lig van die volgende nadele daaraan verbonde:

- (a) Die toets is nie 100 persent betroubaar nie, moet ideaal-gesproke gereeld uitgevoer word en is taamlik duur. (Alhoewel toetsing nie 'n VIGS-vrye werkerskorps verseker nie, kan dit darem wel die koers van besmetting binne 'n organisasie beperk.)
- (b) Die werkgewer wat oor vertroulike inligting van hierdie aard beskik, moet op 'n vertroulike wyse daarmee handel. Die verkryging en besit van persoonlike besonderhede van so 'n sensitiewe aard bring verpligtinge mee. 'n Verbreking van die verpligting tot vertroulikheid kan aanleiding gee tot siviele aanspreeklikheid en selfs tot 'n lastereis.
- (c) Applikante moet ingelig word dat VIGS-toetse op hulle uitgevoer gaan word, selfs al word dit onder die vaandel van 'n algemene mediese ondersoek gedoen. Indien hulle nie hieroor ingelig word nie, kan dit aanleiding gee tot 'n aksie om skadevergoeding weens 'n inbreuk op die applikante se reg op privaatheid. (HIV-toetse is nog nie roetine-toetse nie. Hoe meer "roetine" hulle word, hoe minder belangrik kan die verkryging van ingeligte toestemming vir spesifiek 'n HIV-toets word.)
- (d) Die maatskappygeneesheer moet die applikant van die toetsuitslag in kennis stel en moet gepaste voorligting gee. Hy moet die applikant inlig oor voorsorgmaatreëls om verdere verspreiding van die siekte te voorkom.
- (e) Die applikant moet toestem dat die toetsuitslag aan die werkgewer gegee kan word. Indien die applikant sy ingeligte toestemming tot die toets gegee het aan 'n geneesheer in diens van die werkgewer, kan waarskynlik aanvaar word dat die nodige toestemming verleen is.

- (f) Die organisasie moet rekening hou met die moontlike teenkanting van vakbonde teen toetse. Daar moet egter in gedagte gehou word dat die bogenoemde standpunte van NUM nie noodwendig deur alle ander vakbonde gedeel sal word nie. Die algemene stelling kan miskien gemaak word dat die nuwe (swart) vakbonde teen toetsing gekant is, maar dat die tradisionele (blanke) vakbonde toetsing kan steun.

Alhoewel applikante om 'n betrekking dus regtens gevra kan word om mediese toetse te ondergaan, kan werkgewers besluit om daarvan af te sien in die lig van die praktiese probleme hierbo geskets. Dit lyk ook nie eties korrek om *alle* seropositiewe mense uit die werkplek te sluit nie. Werklose mense is normaalweg nie versekerbaar nie, wat meebring dat die mediese en lewenskoste van hierdie mense op die openbare sektor, en uiteindelik op die belastingbetaler, afgewentel word. Dit lyk ook kontra-produktief om nie asimptomatiese seropositiewe mense wat goed opgelei en steeds produktief is, in diens te neem nie. Opportunistiese siektes wat maklik oordraagbaar is, sou wel uitsluiting uit die werkplek regverdig.

### 3.1.2.2 *Vrae oor die beleid ten opsigte van bestaande werkers*

#### (1) *Mag bestaande werknemers verplig word om VIGS-toetse te ondergaan?*

In sommige gevalle is dit alreeds deel van die dienskontrak dat werknemers hulle aan periodieke mediese toetse moet onderwerp. Die invoeging van 'n VIGS-toets in hierdie algemene mediese ondersoek kan, afhangende van die omstandighede, neerkom op 'n eensydige, onbillike wysiging van die bepalinge van die kontrak. So 'n eensydige, onbillike wysiging kom neer op 'n onbillike arbeidspraktyk ingevolge die Wet op Arbeidsverhoudinge. Voorsiening vir 'n VIGS-toets kan natuurlik by wyse van ooreenkoms (met die werkerskorps in die geheel of hul verteenwoordigers) gemaak word en die werkgewer kan die feit beklemtoon dat 'n vroeë diagnose tot voordeel van die werknemer kan wees. Voorsiening kan gemaak word vir buigsame werkskedules, minder veeleisende werk en vermindering van blootstelling aan aansteeklike opportunistiese siektes. Nuwe dienskontrakte kan natuurlik ook voorsiening maak vir 'n VIGS-toets.

#### (2) *Mag die dienskontrak beëindig word sodra 'n bloedtoets positief is?*

Die ontslag van 'n HIV-positiewe werker wat in staat is om sy werk te doen, sal in alle waarskynlikheid deur die nywerheidshof as 'n onbillike arbeidspraktyk ingevolge die Wet op Arbeidsverhoudinge beskou word. Hierdie hof het 'n liggaam van regspraak ontwikkel wat op billikheid gebaseer is. Selfs al maak die dienskontrak voorsiening vir ontslag in geval van seropositiwiteit, kan die nywerheidshof nog steeds bevind dat die ontslag onbillik (hoewel wettig) was en 'n onbillike arbeidspraktyk uitmaak. Die hof sal ondersoek instel of die werkgewer die reg gehad het om te ontslaan en of hy die reg onder die omstandighede billik uitgeoefen het. Die hof sal die feite ondersoek waarop die werkgewer hom beroep en oorweeg of die feite die ontslag regverdig (wat moeilik sal wees om te bewys ten opsigte van HIV-infeksie waar die persoon nog fiks is en daar geen aanraking met ander werkers se liggaamsvloeistowwe is nie). Die hof sal ook nagaan of 'n billike ontslagprosedure

gevolg is. Dit impliseer dat die werknemer die rede vir sy ontslag moet ken, getuienis teen hom moet aanhoor, waar toepaslik gewaarsku moet word om beter werk te lewer, en dat alternatiewe optrede soos die verskuiwing van die seropositiewe werker na 'n ander deel van die besigheid, ook oorweeg moes gewees het. Die Wysigingswet op Arbeidsverhoudinge van 1988, 83 van 1988, het egter nuwe reëlings ingevoer, wat botsende uitsprake van die nywerheidshof en talle onduidelikhede tot gevolg gehad het. By die eerste oogopslag het dit gelyk asof werkgewers, in die afwesigheid van 'n kollektiewe ooreenkoms of loonreëlende maatreël, nou volgens kontrak kon bepaal dat 'n werker ontslaan sou kon word sodra hy of sy HIV-positief toets. Indien dit binne die eerste ses maande sou gebeur, sou hy sonder meer ontslaan kon word. Na hierdie tydperk sou die werkgewer kennis moes gee en oorleg pleeg. Op aandrang van sommige vakbonde, wat ontevrede was met hierdie wysigings, is die Wysigingswet op Arbeidsverhoudinge, 9 van 1991, in April 1991 deur die parlement aanvaar. In hierdie nuutste wysiging word teruggekeer na die omskrywing van "onbillike arbeidspraktyk" soos dit bestaan het voor die gewraakte wysiging van 1988. Gevolglik sal die vereistes van 'n billike rede vir ontslag, soos hierbo geskets, weer toegepas word. Waarskynlik sal dit dus as 'n onbillike arbeidspraktyk beskou word om 'n werker te ontslaan bloot op grond van sy HIV-infeksie, sonder dat sy vermoëns aangetas is of bewys is dat hy 'n beduidende gevaar vir sy kollegas of ander persone inhou.

Indien die VIGS-lyer te siek is om sy werk te doen, sal die dienskontrak normaalweg voorsiening maak vir beëindiging van diens nadat die nodige kennis gegee is.

- (3) *Wat kan gedoen word indien ander werkers sou weier om saam met 'n VIGS-draer te werk?*

Die werkgewer het 'n plig om werknemers oor alle aspekte van VIGS in te lig en om desnoods van deskundiges in die verband gebruik te maak. Dit is enersyds nodig om arbeidsonrus te voorkom (wat op sigself 'n onbillike arbeidspraktyk kan uitmaak) en andersyds om werkers te oortuig dat hulle in 'n veilige plek werk. Die werkers moet daarop gewys word dat daar normaalweg geen gevaar aan verbonde is om saam met 'n seropositiewe persoon te werk nie. Waar spesiale voorsorgmaatreëls nodig is, soos byvoorbeeld waar noodhulp verleen word, moet noodwerkers ingelig word omtrent sulke maatreëls en ook voorsien word van die nodige beskermende toerusting. Die werkgewer sal selfs moet toesien dat noodwerkers die toerusting gebruik. Voorsorgmaatreëls behoort roetinegewys deur sulke werkers toegepas te word. Indien ander werkers steeds weier om saam te werk, kan dissiplinêr teen hulle opgetree word. Indien groot getalle betrokke is, mag dit uit praktiese oorewegings vir die werkgewer makliker wees om die besmette werker na 'n ander afdeling van die organisasie te verskuif. As 'n heel laaste uitweg en indien die kontrak daarvoor voorsiening maak, kan hy ontslaan word. Waarskynlik sal ontslag onder hierdie omstandighede nie deur die nywerheidshof as onbillik beskou word nie.

- (4) *Watter verpligtinge rus op die siek werker?*

Die werknemer het die gemeenregtelike plig om in goeie trou teenoor sy werkgewer

op te tree. Dit beteken dat hy sy werkgewer in kennis moet stel indien hy 'n ernstige siekte opdoen wat veroorsaak dat hy nie meer sy werk na wense kan doen nie. Wanneer hy seropositief word, mag dit nog jare neem voordat hy te siek word om sy werk te doen en gedurende hierdie tyd moet hy nie sy werkgewer in te lig nie, behalwe in omstandighede waar sy seropositiwiteit 'n gesondheidsbedreiging in die werkplek inhou. Dit sou die geval wees in mediese en verwante beroepe. Gaan sy gesondheid so agteruit dat hy nie meer sy werk na behore kan doen nie, moet hy sy werkgewer inlig. Bly hy in gebreke om die werkgewer in te lig, kan dit uiteindelik dien om die nywerheidshof te oortuig van die billikheid van sy ontslag.

(5) *Watter verpligtinge rus op die werkgewer?*

Die werkgewer staan onder die gemeenregtelike verpligting om alle redelike stappe te doen om veilige werksomstandighede aan sy werkers te verskaf. Hy moet byvoorbeeld 'n veilige perseel en opgeleide en bevoegde personeel verskaf. Werknemers wat VIGS in die loop van hul werk opgedoen het, kan 'n gemeenregtelike eis om skadevergoeding teen hul werkgewer instel indien hulle kan bewys dat die nadeel wat hulle gely het, te wyte is aan sy onregmatige en skuldige optrede. Daarbenewens kan sommige klasse werkers ook van die bepalinge van die Ongevallewet, 30 van 1941, gebruik maak indien hulle kan bewys dat hulle VIGS ('n ongeskeduleerde siekte) opgedoen het as gevolg van 'n ongeval wat in die loop van hul diens plaasgevind het.

Die moontlikheid bestaan ook dat die werkgewer middellik aanspreeklik gehou kan word vir die daad van sy werknemer. Indien 'n lid van die publiek met VIGS besmet word deur 'n werknemer in die loop van sy diens, kan die werkgewer aanspreeklik gehou word waar die werknemer (byvoorbeeld noodhulpwerker) se optrede te kort skiet indien dit gemeet word aan dié van die redelike noodhulpwerker. Dit sou wys wees om besmette werkers nie te laat deelneem aan prosedures waar die moontlikheid bestaan dat hulle mede-werkers of lede van die publiek kan benadeel nie.

(6) *Wat is die beleid ten opsigte van siekteverlof en pensioenfondse?*

Die manier waarop 'n VIGS-lyer sy infeksie opgedoen het, is normaalweg nie van belang in die werkplek nie. 'n Uitsondering is die Wet op Basiese Diensvoorwaardes, 3 van 1983, wat bepaal dat 'n werknemer nie op siekteverlof geregtig sal wees nie indien sy arbeidsongeskiktheid die gevolg is van enige siekte of besering wat deur sy eie wangedrag veroorsaak is. Die vraag ontstaan of 'n werknemer, wat VIGS opgedoen het as gevolg van 'n promiskue lewenstyl, op siekteverlof aanspraak sal kan maak. Dit is debatteerbaar of promiskuiteit en homoseksualisme vandag as "wangedrag" beskou word.

By VIGS behoort die werkgewer dieselfde beleid ten opsigte van siekteverlof en ongeskiktheidsvoordele te volg as by enige ander chroniese en terminale siekte. By groepsversekering behoort die impak van VIGS aanvanklik klein te wees, want die feit dat almal in die groep gewoonlik verseker word, sorg dat daar 'n gelyke ver-



spreiding van die risiko is. Mettertyd sal hierdie tipe versekering waarskynlik ook duurder word. Mediese fondse skeep ook 'n probleem. Behandelings- en hospitaal-koste kan hoog wees. Dit mag aanleiding gee tot strengere onderskrywingsbeginsels en beperkte dekking, veral waar die groepe klein is.

Pensioenfondse se aanspreeklikheid kan verminder word omdat daar minder oorlewende lede sal wees om hierdie voordele te ontvang. Koste ten opsigte van weduwepensioene kan ook afneem omdat weduwees se lewensverwagting waarskynlik verkort is weens hul blootstelling aan die virus, maar daar sal waarskynlik afhanklikes wees, omdat VIGS mense gedurende hul mees produktiewe jare aantast.

Voordele betaalbaar by dood en aftrede weens swak gesondheid kan tot hoër mediese koste lei, en hier sal die beoordeling van ongeskiktheid 'n groot uitwerking hê. Hoe vroeër 'n seropositiewe persoon as ongeskik verklaar word, hoe hoër kan die koste wees.

### 3.2 SAMEVATTING

Dit is duidelik dat VIGS nuwe eise aan die reg en ook aan die samelewing stel. Geen ander moderne siekte het die gemeenskap se vermoedere so gaande gemaak soos VIGS nie. 'n Simpatieke, gebalanseerde en verantwoordelike benadering tot die siekte is slegs moontlik indien genoegsame inligting en kennis beskikbaar is. Onkunde kan in die geval van VIGS letterlik dodelik wees.

Die mees aanvaarbare houding sou wees om mense in diens te hou solank hulle in staat en gewillig is om te werk. Dit kan meestal ekonomies gesproke geregtig word, dit is die mees deernisvolle benadering (omdat die blote feit dat hulle nog werk, hierdie mense se geestes- en gesondheidstoestand bevorder) en dit help om die koste van VIGS beter deur die samelewing heen te versprei. Die uiteindelige vraag is: Wie gaan die koste dra: Die werkgewers, die gemeenskap of die staat?

### BIBLIOGRAFIE

*AIDS Policy and Law*, February 10, 1988: 11.

*Morbidity and Mortality Weekly Report: Summary: Recommendations for Preventing Transmission of Infection with HTLV-III/LAV in the Workplace*, 1985: 681.

Hermann, S. AIDS – whose responsibility? *IBP Joernaal*, Augustus 1990: 25.