

HIV/AIDS i Sydafrika

En uppsats om policyförändring

Alexandra Mossberg
Helena Strand

Abstract

Sydafrika är ett av de länder som har drabbats hårdast av HIV/AIDS. Statens agerande är avgörande för hur man kan begränsa epidemin. Men de policys som skapats har haft brister och kritiserats både inom och utanför landet. Mycket av kritiken har härrört bristen på behandling mot HIV/AIDS. I den senaste policyn 2007-2011 ingår en tydlig strategi för implementering av ARV-behandling, något som tidigare saknats. I denna uppsats skall vi därför studera den policyförändring som skett mellan HIV/AIDS-policyn 2000-2005 och den för 2007-2011. Till vår hjälp tar vi Advocacy Coalition Framework (ACF) för att pröva teorin på policyförändringen i Sydafrika. Teorin betonar aktörernas roll i policyprocessen och hur de ingår i koalitioner för att kunna påverka policyskapandet. Vi fann att två koalitioner varit delaktiga i policyskapandet och använt olika resurser för att få igenom en policyförändring. En ytterligare faktor som påverkat förändringen är koalitionernas strukturella möjligheter. Dessa visade sig också ha en avgörande roll för vilka resurser som varit betydande.

Nyckelord: Policyförändring, Sydafrika, HIV/AIDS, Advocacy Coalition Framework, ARV.

*Antal ord:*8021

Förkortningar

ACF	Advocacy Coalition Framework
ANC	African National Congress
ART	Antiretroviral Therapy
ARV	Antiretroviral
AZT	Azidothymidine
PMTCT	Preventing Mother-To-Child Transmission
SANAC	South Africa National AIDS Committee
STD	Sexual-Transmission Disease
TAC	Treatment Action Campaign

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.1 Syfte och frågeställning	1
1.2 Metod och teori	2
1.3 Avgränsning	3
1.4 Material och källkritik	3
1.5 Disposition	3
2 Teori	5
2.1 The Advocacy Coalition Framework	5
2.1.1 Värderingar	5
2.2 Policyförändringar	6
2.2.1 Policyförändringar genom resurser.....	7
2.2.2 Policyförändringar genom de strukturella möjligheterna för koalitionerna	8
3 Operationaliseringar	9
4 Jämförelse av policydokument	10
4.1 HIV/AIDS-planerna.....	10
4.1.1 ARV-behandling.....	10
4.1.2 Mål och fokus	10
4.1.3 Prioritetsområden.....	11
5 Fallet Sydafrika	13
5.1 Koalitionerna och deras värderingar	13
5.1.1 Koalitionernas inflytande på policydokumenten	15
5.2 En policyförändring genom resurser	16
5.3 En policyförändring genom strukturella möjligheter för koalitionerna.....	19
5.3.1 Policyns följder	21
6 Sammanfattning och slutsats	22
7 Referenser	25
8 Bilaga	28

1 Inledning

1.1 Syfte och frågeställning

Sub-sahara i södra Afrika är den region i världen som är hårdast drabbad av HIV/AIDS. Där lever omkring 22 miljoner HIV-positiva människor och 2008 svarade regionen för ungefär 70 % av alla nyinfekterade (AIDS epidemic update 2009:8,21). Epidemins utbredning och komplexitet har gjort att frågan gått från att vara främst ett hälso- och sjukvårdsproblem till en global fråga. Den berör inte bara frågor om mänsklig överlevnad och utveckling, utan har även kommit att innefatta frågor om styrelse (governance) och säkerhet (Fourie 2006:107). Trots epidemins uppmärksamhet på den globala arenan och årliga konferenser är det först och främst på nationell nivå som man arbetar med problemet.

År 1982 uppdagades de första AIDS fallen i Sydafrika och i dagsläget är man det land med störst andel smittad befolkning i världen, som 2008 uppskattades till 5.7 miljoner (UNAIDS 2008). Landets starka ställning i Sub-sahara regionen innebär att trender som uppstår också får efterverkningar i omgivningen (Tomaselli 2009:571). I Sydafrika har det varit en livlig debatt angående HIV/AIDS och det har funnits delade meningar mellan olika grupper i samhället om hur man skall angripa problemet. Den sydafrikanska regeringen fick utstå mycket kritik för sin HIV/AIDS-policy 2000-2005 när man valde att inte införa den bromsmedicin som rekommenderats av forskare, civilsamhället och det internationella samfundet (Leclerc-Madlala 2005:848f; Natras 2008:162). Detta förändrades i och med den nya policyn 2007-2011 då man beslutade att implementera världens största program för antiretroviral behandling¹ (AIDS epidemic update 2009:16) Vår uppsats ämnar till att förklara den policyförändring som skedde.

Hur kan man förklara förändringen mellan Sydafrikas HIV/AIDS-policy från 2000-2005 och HIV/AIDS-policyn från 2007-2011?

1

Behandling av HIV/AIDS görs genom medicinering av retrovirala läkemedel. "Standardkuren" kallas för HAART (highly active antiretroviral therapy) och består av tre klasser av antiretroviraler (ARV). Behandlingens syfte är att fördröja och förhindra att HIV utvecklas till AIDS. Denna typ av terapi har påvisat drastisk minskning av dödstal och sjuklighet, förbättrad livskvalité och förändrad uppfattning om HIV från en dödlig infektion till en hanterbar kronisk sjukdom (Wood 2005:504ff).

1.2 Metod och teori

Under de senaste decennierna har policyförändring teoretiserats och utforskats empiriskt genom olika perspektiv (Mintrom 2009:649). Vi kommer att använda oss av Advocacy Coalition Framework (ACF) för att beskriva och förklara policyförändringar som skett i Sydafrika. Teorin har utarbetats av Paul Sabatier då han studerade energi och miljöpolicy i USA (Sabatier 1988:129) och har senare utvecklats i olika omgångar. Den har även applicerats på fall i Europa, Asien, Sydamerika och i Afrika (Sabatier-Weible 2007:189f), t.ex. prövar Beverwijk m.fl. (2008) ACF:s förklaringskraft på förändringen i Moçambiques utbildningspolicy. Vi har valt ACF för att den bör kunna appliceras på fallet Sydafrika och för att teorin betonar aktörernas inverkan i policyförändringar, vilket tycks vara tydligt i Sydafrikas fall med HIV/AIDS-policyn.

Enligt ACF bildas policys i olika subsystem av aktörer som verkar inom dem. Varje subsystem består av olika koalitioner där dessa aktörer ingår (Sabatier-Weible 2007:202). Policyförändringar kan enligt teorin ske på många sätt. Vi väljer att studera de faktorer som anknyter till aktörerna då ACF betonar deras betydelse för policyförändringen. Aktörerna organiserar sig inom olika koalitioner, där man har liknande värderingar och där resurser (t.ex. politiskt ledarskap och folkopinion) kan användas för att påverka policyprocessen. Vi vill därför studera hur dessa resurser har använts för att förändra policys, något det inte finns så mycket forskning på inom ACF (ibid. 201ff). Andra faktorer som kan få till policyförändring är i vilken grad det finns ett öppet politiskt system och hur mycket enighet som krävs för att få igenom förändringen. Dessa två faktorer kallas för strukturella möjligheter för koalitionerna. Vi väljer att även studera dessa möjligheter då de påverkar koalitionernas resurser och beteenden (ibid. 199f).

Då vi använder oss av teorin för att studera policyförändring blir uppsatsen teoriprovande. Vi vill se i vilken utsträckning ACF kan anpassas till den Sydafrikanska kontexten för policyområdet. En teoriprovande undersökning sätter teorin i centrum och är förklarande i det att den prövar förklaringsfaktorer. Vi vill se om dessa faktorer håller till att förstå varför en förändring skett (Esaïsson et al. 2007:99f). Den forskning som finns på området om policyprocesser och policyförändringar är stor och därför vill vi använda en av de teoribildningar som finns för att förstå vår empiri. Det handlar om att få grepp om den kunskap som finns på området så att vi ställer oss på tidigare forskares axlar och uppsatsen kan ge ett bidrag till forskningen (ibid. 18f).

1.3 Avgränsning

Sydafrikas första demokratiska val hölls 1994 där det tidigare förbjudna frihetspartiet African National Congress (ANC) gick segrande ur kampen (Fourie 2006:105f). Apartheidregimen hade tidigare styrt landet med en politik som byggde på rasåtskillnad vilket även gällde hälso- och sjukvården vilken baserades på rasdiskriminering och separation (ibid. 50f). Då ACF studerar policyförändringar över längre tid (minst en 10års period) och bygger på en öppen debatt om policyvärderingar mellan olika aktörer, blir det i Sydafrikas fall inte relevant att studera policyförändringar innan 1994.

Den första postapartheid policyn antogs efter valet 1994 (ibid. 107) men vi har valt att undersöka policyförändringen i de två senare policydokumenten från 2000-2005 och 2007-2011. Detta på grund av aktualitet och det tydliga skiftet i policynas inställning till ARV-behandling.

1.4 Material och källkritik

Vi studerar ”HIV/AIDS/STD Strategic Plan 2000-2005” och ”HIV/AIDS/STI Strategic Plan 2007-2011”. Dessa policys är utgivna av det Sydafrikanska hälsodepartementet och är tillsammans med tal från presidenterna Jacob Zuma och Thabo Mbeki det primärmaterial som vi använder oss av i uppsatsen.

För att få en vidare förståelse för policydokumenten och den förändring som skedde har vi även använt oss av material såsom vetenskapliga artiklar och böcker. Många av artiklarna har författare från Sydafrika och sydafrikanska universitet, vilket ger en inblick inifrån. Många artiklar har varit väldigt kritiska till presidenten och statens agerande i HIV/AIDS-frågan. Dock har författare som t.ex. Krista Johnson och Theodore Sheckels i sina texter snarare försökt förklara och ge en förståelse för deras ageranden vilket bidragit till en ytterligare aspekt på problematiken.

1.5 Disposition

Uppsatsens första del kommer behandla ACF. Vi beskriver koalitioner och deras värderingar samt hur policyförändringar kan ske och förklaras, dels genom resurser och dels genom strukturella möjligheter.

I nästkommande avsnitt operationaliseras värderingarna, detta för att vi sedan ska kunna definiera de koalitioner som verkar i HIV/AIDS-policysubsystemet.

Därefter följer en jämförelse av de två policydokumenten 2000-2005 och 2007-2011 för att påvisa den förändring som skett.

I nästa del gör vi en analys av fallet Sydafrika. Vi börjar med att beskriva de koalitioner som finns och deras värderingar. Därefter förklarar vi med hjälp av teorin den policyförändring som skett.

I avsnittet sammanfattning och slutsats har vi en redogörelse för det vi kommit fram till samt besvarar vår frågeställning.

Sist har vi en bilaga där den kompletta jämförelsen av de två policydokumenten finns.

2 Teori

2.1 The Advocacy Coalition Framework

Modellen *Advocacy Coalition Framework* utvecklades av Paul A. Sabatier och Hank C. Jenkins-Smith och publicerades första gången 1988 men har efter det genomgått ett antal revideringar. Enligt teorin så utformas policys i olika subsystem, det vill säga specifika policyområden vari olika aktörer försöker påverka policyn. Aktörerna i subsystemet kan komma från olika arenor och olika positioner (lagstiftare, statstjänstemän, forskare och journalister) (Sabatier-Weible 2007:192). Aktörerna inom ett visst policyområde bildar s.k. advocacy coalitions vilka är:

[...]people from a variety of positions (elected and agency officials, interest group leaders, researchers) who share a particular belief system — i.e. a set of basic values, causal assumptions, and problem perceptions — and who show a non-trivial degree of coordinated activity over time. (Sabatier 1988:139).

Genom att skapa koalitioner kan de som deltar i policyskapandet utöka sina möjligheter att få igenom just sin policyplan. De måste alltså leta efter allianser av olika slag, dela sina resurser och utveckla strategier och genom detta hitta allierade som delar samma värderingar (ibid. 196). Subsystem består generellt av en dominerande advocacy koalition, vilken står i position att bestämma policyprocessen, och flera mindre. Varje koalition försöker förverkliga sin policyvision över tiden och kan flytta fram sin position, antingen genom att vänta in externa händelser som kan utfalla till deras fördel eller genom att öka sina resurser för att öka sin makt inom subsystemet (Sabatier 1993:34).

2.1.1 Värderingar

Det är aktörernas bakomliggande värderingar som formar koalitioner. Teorin delar in värderingarna en trefaldig hierarkisk struktur, bestående av kärnvärderingar (deep core), policyvärderingar (policy core) och sekundära aspekter (secondary aspects). På den mest allmänna nivån finns kärnvärderingar vilka spänner över flera subsystem. Dessa rör mer fundamentala normativa antaganden som t.ex. frihet, jämlikhet, antaganden om människans natur och här återfinns också den traditionella politiska höger/vänster -skalan. Värderingar är inte knutna till specifika sakfrågor och svåra att förändra (Sabatier-Weible 2007:194f). På nästa

nivå finns policyvärderingar. Denna nivå representerar en koalitions policyrelaterade värderingar, prioriteringar och kausala antaganden om policyområdet eller subsystemet. T.ex. vems välfärd som räknas eller hur allvarligt policyproblemet är och dess orsak. Det är dessa prioriteringar och preferenser som kan binda samman likatänkande till koalitioner, eller sära på opponenter. Även dessa värderingar är svåra att förändra p.g.a. deras nära anknytning till kärnvärderingarna. Den sista nivån består av sekundära aspekter som med en smal räckvidd (de sträcker sig inte över flera subsystem) innefattar mer detaljerade regler och instrumentella beslut, nödvändiga för att implementera policyvärderingarna. T.ex. regleringar, budgetfördelning och institutioners utformande. De är främst av intresse endast för det specifika subsystemet och kan förändras förhållandevis lätt då det inte kräver samma bevis eller överenskommelser inom subsystemets aktörer som t.ex. förändringar i policyvärderingarna (Sabatier 1988:145, 2007:195f) (Sabatier & Jenkins-Smith 1999:121f).

Enligt ACF likställs en policy med subsystemets och dess koalitions bakomliggande värderingar. Ett av sätten att studera policyförändringar är att granska koalitions förändrade värderingar. (Sabatier 1988:131). Värderingarnas varaktighet bestäms av deras möjlighet att anpassas till tid och rum, förändras förutsättningarna och kontexten kanske värderingarna också ändras, vilket förändrar policyn (John 2003:10).

2.2 Policyförändringar

Enligt ACF finns det olika sätt på vilket policys kan förändras. I teorins första utarbetning fanns det två externa variabler som påverkar och förändrar policysubsystemen: stabila systemvariabler (konstitutionella och sociala strukturer, naturresurser etc.) och externa händelser (folkopinion och ekonomisk rubbning). Även resurser som finns inom policysubsystemen kan användas av koalitioner för att påverka policyprocessen. Policyförändringar kunde ske genom policyinlärning mellan koalitioner och externa störningar. I den senare utarbetningen av teorin tillkom ytterligare en extern variabel: strukturella möjligheter för koalitioner. Ytterligare sätt att få till en förändring var interna chocker och överenskommelser mellan konkurrerande koalitioner. Genom modifikationen av teorin kan man enklare applicera den även på utvecklingsländer och nya demokratier (Sabatier-Weible 2007:198f, 204f), något som är positivt för vår tillämpning på Sydafrikas policys.

Eftersom det inom ACF finns många sätt att studera policyförändring har vi valt att fokusera på förändring som kan ske genom koalitioner och de

möjligheter som de har för att få till en förändring. Detta studerar vi genom att titta på koalitionernas resurser och de strukturella möjligheterna för koalitionerna.

2.2.1 Policyförändringar genom resurser

Resurserna som finns inom koalitionerna och subsystemen används alltså av deltagarna för att influera policyprocessen. Det finns olika typer av resurser vilka beskrivs nedan:

1. Formell juridisk auktoritet för att fatta policybeslut. Ofta har medlemmar i koalitionerna höga positioner i form av lagstiftare, domare, chefer av olika slag. Om en koalition är dominant kan man också anta att den har fler medlemmar i auktoritetspositioner, detta blir då en styrka i förhållande till de minoritetskoalitioner som finns i policysubsystemet.
2. Folkopinion. Om det finns stöd kring en koalitions policyförslag är detta en stark resurs för policyns chans att bli beslut, därför har ”advocacy coalitions” som strategi att få med sig folkopinionen i policyprocessen.
3. Information. En koalition bygger upp sin policyplan runt ett problem eller en fråga, och genom att använda informationen som finns kring problemet, t ex dess omfattning, förväntade kostnader, förmåner för de olika policyalternativen, kan det bli en viktig resurs för koalitionen.
4. Mobiliseringsbara trupper. En relativt billig lösning för att få uppmärksamhet, om policydeltagarna kan hitta likatänkande i samhället som vill demonstrera eller göra politiska aktioner för deras policy. Detta skapar mediamöjligheter och kan öka chansen för policyförslaget att bli verklighet.
5. Finansiella resurser. Om en koalition har gott om pengar kan de köpa andra resurser, såsom forskningscentra och organisera olika informationskampanjer, eller t o m driva fram andra kandidater som står bakom deras policy, vilka sedan kan påverka lagstiftare och politiska tjänstemän.
6. Kunnigt ledarskap. Duktiga och kunniga ledare kan vara en koalitions ansikte utåt, använda resurserna strategiskt för att kunna locka till sig mer resurser och nå ut med policybudskapet. Dessa ledare är nödvändiga för att få fram policyförändringar (Sabatier-Weible 2007:203).

Dessa resurser är viktiga för koalitionerna när de ska få igenom just sin policyplan, och för att en förändring ska ske t.ex. en policy byts ut mot en annan.

2.2.2 Policyförändringar genom de strukturella möjligheterna för koalitioner

Efter ACF:s senaste utarbetning tillkom ytterligare en extern variabel som var en påverkande faktor till policysubsystemen: *Strukturella möjligheter för koalitioner* (coalition opportunity structures). Den finns i ramverket mellan de stabila systemvariablerna och subsystemen (Sabatier-Weible 2007:199,202), och utgörs av två typer av variabler som kan leda till policyförändring.

Den första variabeln handlar om vilken grad av konsensus som behövs för att en större policyförändring kan vara möjlig. I teorin innebär det att ju högre grad av samstämmighet som krävs desto mer inkluderande måste koalitioner vara – man kompromissar med motståndarna och delar information om policyagendorna (ibid. 200).

Den andra variabeln handlar om öppenhet i det politiska systemet. Finns det en öppenhet där man tar emot många olika slags aktörer till att få insyn i policyprocessen eller finns det en centraliserad regering som anser att de ska ha ensamrätten till policybeslut. Då det finns en mångfald av aktörer menar ACF att de strukturella möjligheterna för koalitioner kan innebära en ökad grad av kompromiss och öppenhet i policyprocessen. Ett sådant system uppmuntrar till att policyförändringar har ett väl rotat stöd från allmänheten. Detta har många utvecklingsländer dock svårt att uppnå när öppenheten och aktörsdeltagandet i det politiska systemet är begränsat. I de fall där det krävs en låg grad av konsensus mellan aktörerna kan man enligt ACF visa på att det även rör sig om ett system där styret är auktoritärt där öppenheten är begränsad. Om det tvärtemot behövs en stor andel eller majoritet för att kunna besluta om en ny policy, en s.k. ”supermajoritet” krävs t.ex. i USA, innebär detta en hög grad av öppenhet i det politiska systemet och därmed i största sannolikhet en pluralistisk regim (ibid. 200f).

3 Operationaliseringar

Då vi skall försöka studera vilka koalitioner som har haft inflytande över policyn behöver vi operationalisera de värderingar som policyns bygger på, för att kunna identifiera koalitionerna (Sabatier-Weible 2007:195). Det är problematiskt om HIV/AIDS kan ses som en egen sakfråga, men för att kunna göra viss avgränsning har vi valt att se det som en specifik policyfråga även om det blir svårt att undvika dess koppling till mer allmänna värderingar om vårdpolicys.

Kärnvärderingar kan, som nämnts tidigare, spänna över flera olika subsystem och rör mer normativa antaganden. Inom vår policyfråga skulle sådant kunna röra frågor om vad som är bra och rätt sjuk- och hälsovård, statens roll i hälsovårdssystemet samt skillnader på angreppssätt och prioriteringar efter politisk ideologi.

På nästa nivå finner vi policyvärderingar vilka är mer knutna till den specifika sakfrågan. För vår policyfråga kan dessa värderingar gälla hur man prioriterar när det gäller olika sätt att bekämpa HIV/AIDS (t.ex. genom förebyggande arbete, utbildning eller behandling), hur implementeringen bör ske, problemets orsak och andra strategier för att uppnå målen i kärnvärderingarna.

Den sista värderingsnivån består av sekundära aspekter. Dessa är än mer avsmalnande och innefattar beslut av mer teknisk och instrumentell karaktär, t.ex. budgetanslag och hur riktlinjerna för offentligt deltagande skall se ut.

4 Jämförelse av policydokument

4.1 HIV/AIDS-planerna

Vi ska jämföra ”HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005” och ”HIV/AIDS/STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011”. De båda nationella strategiplanerna (NSP) rör arbetet mot HIV/AIDS i Sydafrika mellan åren 2000-2005 och 2007-2011. Det vi är intresserade av är på vilka punkter de skiljer sig åt. För att inte göra jämförelsen för stor och abstrakt, har vi valt att fokusera på det som rör antiretroviral (ARV) behandling, mål (goals) och prioriteringsområden (key priority areas) som policydokumenten tar upp.

4.1.1 ARV-behandling

Det vi tydligast ser som skillnad mellan de två policyplanerna är att den tidigare planen inte har med antiretroviral medicinering och terapi för att hjälpa de redan smittade av HIV/AIDS. Detta finns med i den senare planen där man regelbundet omnämner de begrepp som har att göra med ARV och implementerandet av ARV-terapi. Man kan alltså se en ökad positiv uppfattning för antiretroviraler och att man lägger mer resurser på inrättningar som behandlar med dessa mediciner. I Sydafrika är man stolta över att år 2006 ha det största antalet personer inskrivna på ART i världen, samtidigt som den senare planen tar upp behovet av att få ännu fler i vård med antiretrovirala mediciner (Aidsplan 07-11, del 2, s.49).

4.1.2 Mål och fokus

Man kan också se en skillnad i det att den senare planen innehåller mer specifika mål där man med siffror ger konkreta förslag på inventioner och lösningar. T.ex. att man vill ge tillräcklig behandling för 80% av de HIV-positiva och deras familjer vid 2011 (Aidsplan 07-11, s.57). Ett annat fall är där den tidigare planen vill att ”unga människor” ska vara målgruppen för det förebyggande arbetet som ska göras mot HIV/AIDS. Men i den senare planen väljer man mer konkret att åldersgruppen 15-24år ska vara i fokus för alla inventioner (ibid. s.56). I den tidiga planen låg siktet på information och kommunikation, man ville ge ut budskapet om att man måste testa sig och lära sig om säkert sexuellt beteende

(Aidsplan 00-05, s.16f). I den senare planen finns å andra sidan ett mer självkritiskt fokus, där man insett bristerna i hälsosystemet och de existerande tjänsterna för behandling. Därför lägger man nu stor vikt vid att utveckla och förbättra detta, samt ta in den forskning (Aidsplan 07-11, del 2, s.53) som man länge inte brytt sig om. För övrigt kan sägas att det finns bra grundläggande idéer i den tidigare planen, men att bristen på specifika mål och strategier för hur man ska få ner antalet smittade av HIV/AIDS är stor. I den senare planen nämns även svagheter som man tidigare haft, t.ex. att implementera program såsom utbildning kring hälsofrågor, förebyggandet av mor-till-barn överföringar (PMTCT) och antiretroviral terapi (ART) (Aidsplan 07-11, del 2, s.45f). Detta vill man ändra på och i Aidsplanen under prioriteringsområde 1 och mål 3, att minska mor-till-barn överföringar av HIV, vill man utöka dessa tjänster och täcka PMTCT för att minska överföringarna till mindre än 5% (Aidsplan 07-11, del 2, bilaga till prioritetssomr²). Dessutom är strategin mer praktisk och realistisk i den senare planen då man har antiretrovirala mediciner med i behandlingen och ser behovet av att stärka hälsosystemet för att det ska kunna bli universell åtkomst (Aidsplan 07-11, del 2, s.57).

4.1.3 Prioritetsområden

Det finns fyra olika prioritetsområden som återfinns i de båda policydokumenten: Förebyggande arbete; Behandling, vård och stöd; Kontrollering, forskning och övervakning samt Mänskliga och juridiska rättigheter. Under prioritetsområdet, Förebyggande arbete, tar planerna upp liknande saker. Det man kan se som skillnad är hur de ställer sig till sexuell överföring av HIV och STD:s (Sexuellt överförbara sjukdomar). I den tidigare betonas hur man ska *förespråka* säkert sex och att instanserna *hanterar och kontrollera* överföringarna bättre (Aidsplan 00-05, s.17)³. Detta skiljer sig från den senare planen där man ställer konkreta mål att *minska* både överföringarna och sårbarheten för att smittas (Aidsplan 07-11, s.57). En ökad tydlighet kan man därför se i den senare planen jämfört med den tidigare. Ett ytterligare exempel på det är problemet med blodtransfusion och HIV, i den tidigare vill man endast *ta upp frågor* som rör frågan (Aidsplan 00-05, sid.17) medan den senare tydligt vill *minimera risken* för HIV-överföringar genom blodprodukter (Aidsplan 07-11, del 2, s.57).

Under ”Behandling, vård och stöd” kan man se skillnad mellan planerna i det att man i den tidigare vill ge *tillräcklig* behandling och vård på hälsoinrättningar

2

De som vi väljer att kalla ”bilagor” finns längst bak i Aidsplanen, del två. Där finns mer specifika siffermål.

3

Kursiveringarna är våra egna, i detta och följande stycken.

och i samhällena (Aidsplan 00-05, s.18), medan den senare går ett steg längre och vill *skapa en utvecklande social miljö* för vård och göra det möjligt för HIV-positiva att leva ett bra liv i samhället (Aidsplan 07-11, del 2, s.58). Båda planerna vill lägga fokus på att ge barn och föräldralösa behandling, men den tidigare är faktiskt mer tydlig i sitt mål att utveckla vården för dessa (Aidsplan 00-05, s.18).

Under "Kontrollering, forskning och övervakning" märks ingen större skillnad mellan de två planerna, de vill båda stötta utvecklingen för AIDS-vaccin (Aidsplan 00-05, s.18; Aidsplan 07-11, del 2, s.58). En skillnad kan vara att den senare vill övervaka och bättre utvärdera kommande nationella strategiplaner vilket kan ses som ett tecken på självkritik och att man ser vikten av att ha aktuella och konkreta planer. Dessutom vill man se till att forskning och teknologi tas med i det förebyggande arbetet, utöver policyforskningen (Aidsplan 07-11, s.58), något som det inte nämns någonting om i den tidigare planens mål.

Under det sista prioriteringsområdet "Mänskliga och juridiska rättigheter" finns det stora skillnader. I den tidigare planen vill man skapa en *passande* social miljö för de infekterade (Aidsplan 00-05, s.18), medan man i den senare ser vikten av att mobilisera samhället för dels respekt för människors rättigheter (kvinnor och tjejer läggs det ett särskilt fokus på) och att bygga upp ett stöttande ledarskap som kan skydda de HIV-positiva ute i samhället (Aidsplan 07-11, del 2, s.59). I den tidigare vill man *utveckla en passande* juridisk och politisk miljö (Aidsplan 00-05, s.18), och i den senare vill man *ta bort* juridiska och politiska barriärer som kan hindra det förebyggande arbetet mot HIV. Man ser också vikten av att sträva mot jämlikhet i sexuella relationer för att ta bort könsbaserat våld (Aidsplan 07-11, del 2, s.59).

5 Fallet Sydafrika

5.1 Koalitionerna och deras värderingar

För att kunna ta reda på huruvida olika koalitioner har varit med och påverkat policyskapandet i Sydafrika krävs det en närmare definiering av de ”Advocacy Coalitions” som verkar i subsystemet. Med utgångspunkt i relevant litteratur såsom Leclerc-Madlala (2005), Sember (2008), Natrass (2008) och i Butlers (2005) beskrivning av två diskurser som präglade den Sydafrikanska HIV/AIDS-policyn, har vi i vår studie kategoriserat två konkurrerande koalitioner. Vi väljer att kalla dessa för ”skeptiska koalitionen” och ”mobiliseringskoalitionen”.

”Mobiliseringskoalitionen” består av de som förespråkar social mobilisering, politiskt ledarskap, ökat statligt engagemang och antiretrovirala behandlingar. Koalitionen bildades främst som ett motstånd till den Sydafrikanska statens oförmåga att ta sig an HIV/AIDS-problematiken på ett lämpligt sätt. Aktörer i koalitionen är exempelvis kampanjgrupper som Treatment and Action Campaign (TAC) och National Association of People Living With AIDS (NAPWA), politiska opponenter; både kritiska aktörer inom ANC och från andra partier och på provinsnivå (Butler 2005:595)(Fourie 2006:161,177). Dessutom förespråkar stora delar av det medicinska forskarsamhället ARV-mediciner som ett av de bästa sätten att ta itu med epidemin och man ville tidigt att regeringen skulle införa ett omfattande och offentligt antiretroviralt program (Butler 2005:596).

Den ”skeptiska koalitionen” består å andra sidan av de som menar att det är fattigdomen som ligger till grund för AIDS-epidemins spridning. Man menar att ”mobiliseringskoalitionen” har för stort fokus på medicinsk behandling och missar därmed en vidare politisk nivå då man bortser från såväl nationella som globala krafter (Johnson 2005:312). Fattigdomsbekämpning, palliativ vård och lämplig näring skulle därför kunna vara ett bättre sätt att ta sig an problemet. Denna koalition utgörs av aktörer inom ANC, staten samt en del olikänkare i forskaretablissemangen (vilka t.ex. ifrågasatte sambandet mellan HIV/AIDS) (Butler 2005:595f) samt de som ser epidemin ur ett bredare socialt sammanhang. Inom staten var Mbeki och hans ministerie (inklusive hälsoministern Manto Tshabalala-Msimang) pådrivande aktörer för koalitionen (Fourie 2006:177).

Då subsystemet oftast består av en dominerande koalition som kan styra policyprocessen är det främst deras värderingar som återspeglas i de policys som skapas. Därför behövs en analys av de två koalitionernas värderingar.

Våra koalitioner vilar till stor del på samma kärnvärderingar. Det finns inte några större skiljaktigheter gällande deras normativa antaganden då vi har funnit att de bygger på en grund om allmängiltig sjukvård med fokus på mänskliga rättigheter, där staten har huvudansvaret. De anser båda att HIV/AIDS är ett allvarligt problem som bör bekämpas för att minimera effekterna av sjukdomen på samhället. Vi återfinner ingen traditionell höger/vänster skala men den ”skeptiska koalitionen” drar sig åt mer höger/konservativa politiska värderingar. I och med att man sätter ekonomin i första hand kan den användas som motor och lösning på problemet.

När det gäller policyvärderingar, vilka är mer knutna till den specifika sakfrågan, anser ”mobiliseringskoalitionen” att det mest lämpliga sättet att komma tillrätta med epidemin är genom bred social mobilisering. Civilsamhället spelar där en betydande roll, både i policyskapandet och i implementering av policyn. Man betonar även betydelsen av ett tydligt politiskt ledarskap och statligt engagemang där buskapet är entydigt t.ex. gällande de olika behandlingsprogrammen (ARV, PMTCT). Andra medlemmar i koalitionen, såsom TAC och det ”AIDS-civila samhället”, ville tidigt att fokus skulle läggas på att utforma bra AIDS-behandling istället på att fokusera på de förebyggande programmen, något som det har varit en kamp om mellan koalitionen och den sydafrikanska regeringen under 2000-talet och Mbekis regim (Fourie 2006:141). Man ser staten som den aktör som bör bära huvudansvaret för problemet, istället för att ansvaret ligger på individen. I enlighet med den medicinska forskningen antar koalitionen att det är HIV som orsakar AIDS vilket innebär att man prioriterar ARV-behandling för att begränsa problemet.

Den ”skeptiska koalitionen” ser i och med sin konservativa riktning kritiskt på nya metoder och information. Däri läggs ny forskning som bl.a. inkluderar ARV-behandling. Då man även har ekonomin och individen i fokus anser man att fattigdomsbekämpning är i prioritet för att begränsa epidemins spridning och inte främst medicinering (Tal av Mbeki 2002). Mbeki sade också år 2000 att det var fattigdom och inte HIV som var den främsta anledningen till AIDS (Fourie, 2006:154). Man ansåg att det var bättre med AIDS-förebyggande program för att hantera sjukdomen där man vill förändra individens beteenden, istället för att fokusera på utvecklandet av bra behandlingsmetoder (ibid. 141). Hälsominister Tshabalala-Msimang betonade vikten av näringsriktig diet som bästa behandling för människor med HIV (Deane 2005:541). Koalitionen försökte också göra om AIDS-problemet till en ekonomisk fråga genom att anklaga läkemedelsföretag för att ha ”vinstmotiv” och man flyttade över ansvaret för att hitta en fungerande behandlingsmetod från staten (Fourie, 2006:177).

Då det gäller de sekundära aspekterna, vilka innefattar beslut av instrumentell och teknisk karaktär, ser ”mobiliseringskoalitionen” behovet av att införa en allmängiltig, nationell ARV-behandling med minimal reglering. Man betonar också vikten av en öppen debatt mellan olika aktörer om policyn och ett mer

decentraliserat policyarbete. Den ”skeptiska koalitionen” vill istället ha ett centrerat policyarbete och starka, offentliga och institutionella strukturer vilka kan leda implementeringen. Man förordar även instrumentella regleringar gällande programmets omfattning, t.ex. att PMTCT i början endast skulle omfatta nio pilotprojekt, och vilka grupper i samhället dessa skulle innefatta (Leclerc-Madlala 2005:849). I den ”skeptiska koalitionen” ser man ARV-medicinering som kostsamt och man har varit tveksamma till att införa behandlingen p.g.a. den ytterligare utgiften det innebär, både för samhället och för ekonomin (Fourie 2006:141). Hälsoministern (Tshabalala-Msimang) hänvisade även till budgetprioriteringar som skäl till man att inte implementerade ARV (Deane 2005:545).

5.1.1 Koalitionernas inflytande på policydokumenten

I jämförelsen av de två policydokumenten kan vi se att HIV/AIDS-planen från 2000-2005 är vag och saknar konkreta mål och tidsramar. Den tar t.ex. inte upp ARV-behandling, fokus ligger på information och kommunikation, och nämner betydelsen av individens ansvar då det gäller kunskap, förebyggande kontroll och säkerhet. De genomgående idéerna och värderingarna i denna planen kan liknas vid de värderingar som återfinns i den ”skeptiska koalitionen” och vi påstår därför att denna koalition har varit dominerande i policyprocessen i skapandet av ”HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005”.

Man kan se att HIV/AIDS-planen från 2007-2011 är mer fokuserad än den tidigare i och med att den mer specifikt vill sätta tidsramar och tydliga mål. Den största förändringen är att policyn innefattar ARV som en behandlingsmetod och plan för implementering. Planen visar på självkritik när den tar upp den tidigare planens brister och påtalar behovet av utvärdering och återkoppling. Dessutom vill man i större grad inkludera ny forskning och teknologi i policyprocessen och i det förebyggande arbetet. En viktig förändring är att man nu vill bygga upp ett stöttande ledarskap och mobilisera samhället kring jämlikhet och respekt för de mänskliga rättigheterna. Dessa värderingar är genomgående hos ”mobiliseringskoalitionen” vilket tyder på att de dominerat skapandet av ”HIV/AIDS/STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011”.

Vi kommer nu pröva vår teori för hur koalitionerna använt sig av resurserna och de strukturella möjligheterna för att bli dominerande i subsystemet och påverkat policyförändringen.

5.2 En policyförändring genom resurser

När det gällde den ”skeptiska koalitionen” har vi sett att den innefattade aktörer såsom politiska ledare; president Mbeki och hans regering, högt uppstående personer i hälsodepartementet och kabinetten. Dessa aktörer var tongivande och hade en formell juridisk auktoritet vilket var en viktig resurs för koalitionen, de var ledande i skapandet av policydokumentet år 2000. Det var regeringen som utsåg den kommitté som skulle vara ansvarig för utvecklandet av HIV/AIDS-policy, där ministrar hade gett sin input (Fourie 2006:142). Planen innebar skapandet av offentliga institutionella strukturer såsom Inderdepartamental Committee on AIDS (IDC) och South Africa National AIDS Council (SANAC), vilka skulle driva HIV/AIDS-arbetet. Regeringen tillsatte medlemmarna i SANAC, vilka främst var statstjänstemän medan det rådde en brist på forskare och icke-statliga representanter (Schneider 2002:149)(Fourie 2006:142-145). Detta visar att genom koalitionen resurser av personer i beslutsfattande positioner kunde man styra arbetet och forma debatten kring HIV/AIDS.

Statens policystrategi mot HIV/AIDS byggde främst på det förebyggande arbetet och förändrade beteenden, medan man var tyst angående ARV-behandling (Willan 2004:110). Genom att påvisa tveksamheten hos behandlingsalternativen för HIV/AIDS försökte koalitionen styrka sin egen strategi. Man använde information som resurs för att vinna stöd för sin policy. Detta tydliggjordes genom såväl ageranden som uttalanden. År 2000 bildade president Mbeki en kritiserad panel som vidare skulle utreda kopplingen mellan HIV och AIDS (Johnson 2005:321f). Panelen bestod av forskare, både traditionalister och olikänkare (dissidents) vilka bl.a. ansåg att den antiretrovirala AIDS-medicinen AZT kunde vara giftigt (Nattrass 2008:161). Panelen blev ett uttryck för presidenten och statens skeptiska inställning till ARV-behandling. Det statliga engagemanget hos de olikänkande stod i stark kontrast till den allmänna uppfattningen om HIV/AIDS (Leclerc-Madlala 2005:849). Kabinetten uttalade år 2002 att statens policy baseras på det *antagandet* att HIV orsakar AIDS och att utbildning och förespråka medvetenhet skall vara kärnan i statens arbete (”Statement of Cabinet” 2002). President Mbeki har även uttalat sig tvivelaktigt gällande det kausala sambandet mellan HIV och AIDS och att fattigdom snarare än HIV skulle vara orsaken till AIDS samt att ARV eventuellt skulle vara farligt (Butler 2005:594).

Den ”skeptiska koalitionen” använde också information som resurs när man hävdade att de höga kostnaderna för ARV-medicinerna var för stora för statens ekonomi (Johnson 2005:125f). Detta argument blev dock ohållbart då läkemedelsindustrin efter ett uppmärksammat domstolsfall år 2001, gav med sig och erbjöd mediciner till kraftigt reducerade priser (Johnson 2005:318f).

Genom att försöka vidga AIDS-frågan till en sjukdom kommen av fattigdom och ojämlikhet (ibid. 322) använde Mbeki en postkolonial retorik där ”väst” utpekats som syndabock. Detta kan ses som ett sätt för den ”skeptiska koalitionen” att få med sig folkopinionen och skapa stöd för policystrategin och ena nationen (Sheckels 2004:80). Folkopinion är en viktig resurs för koalitionen för att kunna fortsätta dominera policyprocessen under 2000-talet.

När andra aktörer utestängdes i policyprocessen, t.ex. från SANAC, kom debatten att bli allt mer polariserad. Detta innebar att opponerande organisationer från civilsamhället började mobilisera sig för att driva en annan agenda än staten. Som ett resultat bildades ”mobiliseringskoalitionen”. Organisationen Treatment Action Campaign (TAC)⁴ utvecklades till en stor nationell och social rörelse inom koalitionen och kunde mobilisera tusentals människor genom aktioner och demonstrationer. Att använda mobiliseringsbara trupper som resurs är ett sätt för koalitionen att få uppmärksamhet och skapa stöd för sin agenda. ”Mobiliseringskoalitionen” ställde krav på ökat statligt engagemang och tillgång till behandling, samtidigt som regeringen fortsatte följa sin linje i den nationella policyn (Willan, 2004:115).

En annan resurs som koalitionerna använde sig av är de finansiella resurserna, dessa kan hjälpa till att driva fram deras policy, bl.a. genom olika informationskampanjer. Den ”skeptiska koalitionen” organiserade bl.a. kampanjen ”Beyond Awareness Campaign” (BAC), ”Khomani Campaign” (Leclerc-Madlala 2005:848) och ”Education and Information Campaign” (EIC), som skulle sprida kunskap om AIDS (Nattrass 2008:173).

”Mobiliseringskoalitionen” använde sig t.ex. av en filminspelning under 2000-talet, kallad ”STEPS for the future”, som ville rikta uppmärksamheten till att leva som HIV-positiv. Den organiserades av sydafrikanska filmskapare, AIDS-organisationer och människor som lever med AIDS (Tomaselli 2009:580f).

”Mobiliseringskoalitionen” använde sig av information om fördelarna med medicinering och behandling som resurs för att uppmärksamma sin agenda. Genom denna strategi informerade man om att AIDS-behandling skulle ses som en social rättighet och man utnyttjade det formella domstolsväsendet för att driva igenom sina krav. Detta var möjligt då Sydafrika har en omfattande deklARATION om mänskliga rättigheter som även inkluderar de socioekonomiska rättigheterna (Steytler 2003:63f)(Leclerc-Madlala 2005:849f). År 2002 kulminerade tvisten i ett uppmärksammat mål mellan TAC och staten, där högsta domstolen dömde till förmån för TAC. Utfallet innebar att staten skulle expandera sin HIV/AIDS-plan till att behandling skulle omfatta alla HIV-positiva gravida (för att motverka mor-

4

Den sociala rörelsen ”Treatment Action Campaign” (TAC) bildades av AIDS-aktivister år 1998 som ett svar på den exkluderande utvecklingen samt att staten vägrade ge ut tillräcklig behandling för HIV-positiva gravida kvinnor (Fourie 2006:130f)

till-barn överföring) (Willan 2004:110). Genom att koalitionen använde information som resurs kunde man påvisa brister med den rådande policyn och styrka sin egen position.

Domstolsmålet skapade en allmän debatt och samhälleligt stöd för ”mobiliseringskoalitionens” policylinje. Folkopinion är en viktig resurs för att koalitionen ska kunna öka sina möjligheter att influera policyprocessen. Påtryckningarna på hälsodepartementet ökade vilket även ledde till att man år 2003 utarbetade en allomfattande plan för ARV-behandling (Leclerc-Madlala 2005:850). Många menar dock att statens distribueringsplan var ett sätt för staten och ANC att vinna allmänhetens stöd för det stundande valet 2004 (Sember 2008:66)(Willan 2004:115).

Den allomfattande planen tog tid att implementera. Det långsamma agerande medförde att många sociala rörelser och nätverk bildades och började ge ut medicinering, t.ex. Läkare utan gränser år 2006. Allmänheten kom samman i olika gräsrotsrörelser för de fattiga (Sember 2008:66)(Willan 2004:115). Därmed skedde en samhällelig mobilisering, en resurs som ”mobiliseringskoalitionens” kunde använda sig av för att visa på den allmänna sjukvårdens otillräcklighet, statligt misslyckande och brister i den nationella policyn. Oppositionsledda provinsen Västra Kap gick tidigt emot den statliga policyn och påbörjade ett eget behandlingsprogram i regionen. En utveckling som senare följde i andra provinser (Steytler 2003:62f,66).

Då det i hälsodepartementet funnits en tveksam inställning till ARV-behandling, och man följt den ”skeptiska koalitionen” policylinje, skedde en förändring under år 2006. Vice hälsoministern, Nozizwe Madlala-Routledge, gjorde ett uttalande där hon förespråkade införandet av HAART (highly active antiretroviral therapy). Hon fördömde också föregående regeringars policys med anledning av den förnekelse som genomsyrat dem. Madlala-Routledge och den interrima hälsoministern Radebe började även samarbeta med civilsamhället och forskare för att utveckla en mer djupgående plan, det var den som kom att bli den nya HIV/AIDS-policyn 2007-2011 (Nattrass 2008:159). Här kan man se hur ”mobiliseringskoalitionens” fick stöd av en aktör med formell juridisk auktoritet vilket därmed kunde användas som en resurs i skapandet av den nya policyn.

Ytterligare en resurs som tas upp inom ACF är i vilken utsträckning koalitionerna kan använda sig av kunnigt ledarskap. Utöver att Mbeki har varit en stark personlighet för den ”skeptiska koalitionen” har vi inte funnit tecken på något utmärkande kunnigt ledarskap, vilket tyder på att denna resurs inte varit så betydelsefull för koalitionerna.

5.3 En policyförändring genom strukturella möjligheter för koalitioner

De strukturella möjligheterna påverkar i vilken utsträckning koalitioner kan få till en policyförändring. Dessa möjligheter får även effekter för hur koalitioner kan använda sina resurser (Sabatier – Weible 2007:200).

En faktor som påverkar de strukturella möjligheterna är hur mycket öppenhet som finns inom det politiska systemet. I Sydafrika menar Willan (2004:113) och Johnson (2004:111) att man under mitten av 90-talet kunde skönja en allmän förändring i öppenheten statens policyskapande. Från att ha varit en policyprocess som byggd på inkludering med ett människocentrerat synsätt, skapad under förutsättningarna från ”Reconstruction and Development Plan” (RDP)⁵, gick man mot ett toppstyrt angreppssätt, reflekterad i den nya makroekonomiska planen ”Growth Employment And Redistribution” (GEAR)⁶ (Fourie 2006:121f). Man övergick till ett mer exkluderat beslutsfattande och hierarkiskt ledarskap som begränsade deltagande från civilsamhället (Johnson 2004:111f). En annan orsak till minskat folkligt deltagande kan ha varit en effekt av försvagning av civilsamhället, t.ex. demokratiseringsorganisationer efter 1994 (Johnson 2004:121). Utvecklingen visar på att ett mindre öppet politiskt system som kom att innefatta färre aktörer i policyprocessen.

På liknande sätt påverkades skapandet av HIV/AIDS-policys till att bli mindre inkluderande och öppet för inlägg från civilsamhället och kritiker. År 1997 förbjöds t.ex. en rådgivande AIDS-kommitté (en institution bestående av ickestatliga experter, bildad för att vägleda staten i dess HIV/AIDS arbete) efter att de kraftigt kritiserat staten och antagit en annan policyposition (Johnson 2004:121). I och med denna utveckling förändrades de strukturella möjligheterna för koalitioner då man gick mot ett mer slutet policyskapande. Det var till fördel för den ”skeptiska koalitionen” då det blev en ökad centralisering och man kunde utnyttja sina resurser i form av formellt juridiskt ledarskap.

Även inom ANC rörde man sig mot ett ökat centraliserat styre, samt en minskad möjlighet för opposition och debatt inom staten. Johnson skriver t.ex. att partiet gick mot ett toppstyrt ledarskap med central koordinering. Utvecklingen påverkade och bidrog till den spända relation som uppstod mellan stat och

5

RDP var den utvecklingsplan som antogs år 1994 vars utgångspunkt var att omfördela välstånd och överkomma det strukturella arvet från apartheid. Programmet förespråkade ekonomisk utveckling genom omfördelning och utveckling (Johnson 2005:315)

6

GEAR var den nya utvecklingsplan som år 1996 ersatte RDP. Planen betonade betydelsen av först tillväxt och sedan omfördelning (Johnson K. 2005:316). Staten försökte minska sina utgifter för att sporra den ekonomiska utvecklingen och neoliberal reformer följde med programmet. (Willan 2004:113).

civilsamhälle där staten åtog sig rollen som kunskapsskapare med möjlighet att utveckla policys (Johnsson 2004:121). Detta var en anledning till att "mobiliseringskoalitionen" växte fram. Då man gick mot ett mer dominerande ledarskap krävdes det inte lika stor grad av samstämmighet och konsensus mellan aktörerna i policyskapandet. De förändrade strukturella möjligheterna gjorde att den "skeptiska koalitionen" blev mindre inkluderande och det krävdes ingen stor enighet eller kompromiss mellan koalitionerna då man skapade policyn 2000-2005.

Då öppenheten i det politiska systemet inskränktes fick policyn ingen bred förankring hos allmänheten. Det fanns heller ingen konsensus eller överenskommelse av agendorna i HIV/AIDS-policyn vilket skapade en tydlig konflikt mellan koalitionerna. Detta bidrog till oro och underminering av folkets självförtroende i frågan. I och med den kritiska situationen fanns en direkt koppling till framväxten av politisk aktivism, bl.a. ledd av TAC (Heywood 2005:380). "Mobiliseringskoalitionen" använde sin resurs information för att öka de övriga resurserna såsom folkopinion och mobiliseringsbara trupper. De använde landets juridiska ramverk för att driva sin agenda, t.ex. genom domstolsutslaget år 2002. De sociala och rättsliga dispyterna gjorde att koalitionen påtvingade en kompromiss med den "skeptiska koalitionen". Det resulterade i att man år 2003 gjorde ett tillägg till den rådande planen att införa ARV-behandling (ibid. 380). "Mobiliseringskoalitionen" stärkte alltså sina strukturella möjligheter och fick fram en överenskommelse om policyförändring. Det innebar en strukturell förändring i policyprocessen, i den meningen att det krävdes mer kompromissande.

Efter kritiken och debatten kring den nationella planen från 2000-2005 växte det fram en vilja och hoppfullhet om att skapa en plan som hade verklighetsförankring och specifika mål för att få ner antalet nya HIV/AIDS-infekteringar. Människor såg med optimism på utvecklandet av den nya planen och det skedde dels en reparering av de tidigare brustna banden mellan regering och civilsamhälle och dels en omstrukturering av SANAC (Nattrass 2008:175). Det politiska systemet började öppnas upp då fler aktörer inkluderades i policyprocessen. De strukturella möjligheterna för "mobiliseringskoalitionen" stärktes. Skapandet av policyn 2007-2011 innebar ett faktiskt inkluderande av ARV-behandling och Sydafrika kom att etablera ARV-programmet med det största antalet personer inskrivna på ART i världen (2006), mycket tack vare påtryckningar från civilsamhället (Aidsplan 07-11, del 2, s.49). Detta tyder på en kompromiss mellan de båda koalitionerna där "mobiliseringskoalitionen" krav på ARV tillslut fått genomslag.

5.3.1 Policyns följder

Den nationella policyn 2007-2011 fick återverkningar både socialt och politiskt. Att ARV-behandling fanns med i dokumenten innebar inte nödvändigtvis att det praktiskt skulle bli tillgängligt för alla som behövde det (Sember 2008: 68). Även politiskt kan man se att det inte skedde en stor förändring av åsikter kring ARV från beslutsfattare. Vice hälsominister Madlala-Routledge avskedades år 2007, mindre än ett år efter att hon dragit igång projektet för den nya planen, för att ha beskrivit situationen i landets sjukhus som nationell nödsituation (Nattrass 2008:159). Det abrupta avskedandet gjorde många ANC-medlemmar upprörda, liksom övriga partier, civila grupper i samhället och allmänheten.

President Mbeki efterträddes av Jacob Zuma som ordförande i ANC år 2007 (Gumede 2008: 261) och efter partiets seger i valet 2009 blev Zuma Sydafrikas nya president (Nationalencyklopedin). Detta innebar dock inte en avsevärd förbättring gällande det presidentiella ledarskapets agerande i HIV/AIDS-arbetet. Zuma kritiserades bl.a. för att ha haft oskyddat sex med en HIV-positiv kvinna. Man var också orolig att han skulle fortsätta på Mbekis postkoloniala och traditionella linje i hanterandet av HIV/AIDS (Sember 2008:70). Under den globala AIDS-dagen (World AIDS Day) den 1 december 2009, talade Jacob Zuma om en ny policy som kommer att implementeras från och med april 2010. Den innefattar en kampanj för att få alla sydafrikaner att testa sig för HIV och en större andel gravida kvinnor och alla HIV-positiva barn under ett års ålder ska få tillgång till behandling vilket kommer minska barnadödligheten. Dessutom kommer en stor del av de som är smittade av både tuberkulos och HIV att få behandling med antiretrovirala mediciner. Detta kan ses som ett steg på vägen för alla de HIV/AIDS-smittade i dagens Sydafrika.

[...] Let the politicisation and endless debates about HIV and AIDS stop. Let this be the start of an era of openness, of taking personal responsibility, and of working together in unity to prevent HIV infections and to deal with its impact. Working together, we can achieve these goals! [...] (Tal av Zuma 2009)

6 Sammanfattning och slutsats

Syftet med vår uppsats är att förklara den förändring som skett mellan HIV/AIDS-policyn 2000-2005 och policyn 2007-2011, i Sydafrika. Detta ska vi göra genom en teoriprovande studie då vi använder ”Advocacy Coalition Framework” (ACF) för att förklara policyförändringen. Teorin menar att policys bildas i olika subsystem av koalitioner, vilka delar samma värderingar (Sabatier 2007:191f).

I policy-subsystemet HIV/AIDS i Sydafrika fann vi två dominerande koalitioner som vi valt att kalla ”mobiliseringskoalitionen” och den ”skeptiska koalitionen”. Aktörerna i ”mobiliseringskoalitionen” utgjordes till största delen av organisationer i civilsamhället, där ”Treatment and Action Campaign” (TAC) kan ses som en av de ledande. Koalitionen delade värderingarna om att t.ex. ARV-behandling och social mobilisering i samhället var viktiga för att komma till rätta med HIV/AIDS-epidemin. Den betonade även betydelsen av en öppen debatt mellan olika aktörer och ett mer decentraliserat policyarbete. Aktörerna i den ”skeptiska koalitionen” utgörs främst av representanter inom ANC och staten, där bl.a. Mbeki och hälsoministern Manto Tshabalala-Msimang ingår. De delade värderingar om att AIDS-epidemins spridning bör ses ur ett vidare socialt perspektiv och att fokus på dess bekämpning bör ligga i det förebyggande arbetet och i fattigdomsbekämpning.

Vi har därefter gjort en jämförelse av policydokumenten för att se hur de skiljer sig åt när det gäller mål och fokus, prioriteringsområden och införande av ARV-behandling. Den största skillnaden var att man i det senare policydokumentet hade valt att inkludera ARV som behandling och terapi, något som man endast ville forska om i den tidigare. En annan viktig skillnad var att man i policyn 2007-2011 ville bygga upp ett stöttande ledarskap och mobilisera samhället kring jämlikhet och respekt för de mänskliga rättigheterna. Genom att se vilka värderingar som var genomgående i policydokumenten kan man se vilken koalition som haft en dominerande position i policyskapandet (Sabatier 1993:34)(Sabatier 1988:131). Enligt ACF finns det olika sätt för att en policyförändring ska uppkomma. Det vi har valt att fokusera på är koalitionernas resurser och strukturella möjligheter. Detta gör vi för att se hur koalitionerna har kunnat bli dominerande i subsystemet och därmed påverka policyn och dess förändring. I vår jämförelse kunde vi se att den ”skeptiska koalitionen” varit dominerande i skapandet av HIV/AIDS-policyn 2000-2005 och ”mobiliseringskoalitionen” varit dominerande i skapandet av HIV/AIDS-policyn 2007-2011.

Vi studerade sedan hur koalitioner använt sig av olika slags resurser för att påverka policyprocessen, vilka ACF ser som faktorer för att få till en policyförändring. Den ”skeptiska koalitionen” hade t.ex. starka resurser genom att man hade medlemmar i höga positioner i statsämbeten vilket gjorde att man kunde påverka policyprocessen inifrån och forma debatten till sin fördel. Man använde även information som resurs för att påvisa nackdelar med de konkurrerande policyalternativen, detta innebar bl.a. att man från statens sida uttalade sig om nackdelarna med ARV-behandling, att HIV inte nödvändigtvis leder till AIDS och att hälsosamt beteende kan förebygga sjukdomen. Dessutom ansåg man att HIV/AIDS inte enbart var ett hälsoproblem utan också en fattigdomsfråga. Genom att utpeka ”väst” som en syndabock försökte man ena nationen och skapa opinion för det egna policyförslaget, folkopinionen blev här en viktig resurs. ”Mobiliseringskoalitionen” hade starka resurser då man genom sin nära anknytning till civilsamhället kunde mobilisera samhället och skapa stöd för sin policy. Koalitionen använde sig också av resursen information för att visa på fördelarna med medicinering och behandling. Detta användes i ett domstolsfall år 2002 då man argumenterade för att ARV-behandling ska ses som en social rättighet. Man kunde på så sätt skapa folkopinion vilket inom ACF också anses vara en viktig resurs. Båda koalitioner har använt sig av finansiella resurser för att finansiera olika informationskampanjer, medan vi inte fann några tydliga tecken på att man använt sig av resursen kunnigt ledarskap.

Vi har därefter undersökt hur de strukturella möjligheter för koalitioner har sett ut. Dessa strukturella möjligheter påverkar hur koalitioner kan påverka policyprocessen och i vilken utsträckning de kan använda sig av sina resurser (Sabatier-Weible 2007:200f). De strukturella möjligheterna utgörs av variablerna öppenhet i det politiska systemet och grad av konsensus för att få till en policyförändring. Dessa två faktorer kallas för strukturella möjligheter för koalitioner. Vi väljer att även studera dessa möjligheter då de påverkar koalitioner resurser och beteenden.

Under 90-talet kunde man se en förändring i det Sydafrikanska policyskapandet då systemet blev mindre öppet för insyn och inkludering. Utvecklingen förändrade de strukturella möjligheterna för koalitioner. Färre aktörer kunde delta i policyprocessen, något som begränsade ”mobiliseringskoalitionen” inflytande då staten gick mot ökad centralisering och toppstyrt ledarskap. Detta gynnade den ”skeptiska koalitionen” då man kunde använda sina resurser i form av medlemmar i auktoritetspositioner i skapandet av policyn 2000-2005. I och med ett mer slutet policyskapande behövdes en låg grad av konsensus och kompromissande mellan koalitioner för att ta beslut.

”Mobiliseringskoalitionen” kunde sedan använda sina resurser bl.a. i form av folkopinion, information och mobiliseringsbara trupper för att förändra de strukturella möjligheterna. Båda variablerna; öppenhet i det politiska systemet och grad av konsensus, förändrades i och med att fler aktörer fick insyn i

policyprocessen och man kunde få till stånd en kompromiss i policydokumentet 2007-2011.

Hur kan man förklara förändringen mellan Sydafrikas HIV/AIDS-policyn från 2000-2005 och HIV/AIDS-policyn från 2007-2011?

Den slutna policyprocessen under skapandet av HIV/AIDS-policyn 2000-2005 innebar att den ”skeptiska koalitionen” fick mest att säga till om och att andra aktörer stå utanför. Denna centralisering och toppstyrighet i det politiska systemet innebar att många rörelser växte fram som en kritik mot processen. ”Mobiliseringskoalitionen” kunde då öka stödet för sin policylinje så att man med hjälp av olika resurser och ökade strukturella möjligheter kunde få till en kompromiss i policyskapandet och få till en policyförändring. I vår uppsats har vi alltså kommit fram till att ACF kan förklara vilka aktörer som varit dominerande i policyprocessen och att dessa har använt sig av de strukturella möjligheterna och resurserna för att kunna påverka policyförändringen. I ett slutet politiskt system blev formell juridisk auktoritet en av de viktigaste resurserna. För att förbättra sina strukturella möjligheter kunde den konkurrerande koalitionen använda sig av information, mobiliseringsbara trupper och folkopinion för att öppna upp det politiska systemet. Detta innebar att man kunde få till stånd en policyförändring.

7 Referenser

Primärmaterial

Tal: Mbeki, Thabo (8/2 2002). "State of the union", talets mittenparti, stycke 93.

Finns tillgänglig på Sydafrikanska regeringens hemsida 20091210

www.info.gov.za/speeches/2002/0202281146a1001.htm,

Tal: Zuma, Jacob (1/12 2009). "Zuma's full speech on World Aids Day",

Finns tillgänglig på IOL:s hemsida. 20091210

www.iol.co.za/index.php?art_id=nw20091201121925723C407031&set_id=1&click_id=125&sf,

Uttalande från Kabinettet (17/4 2002). Finns tillgänglig på Sydafrikanska

hälsodepartementets hemsida. 20091214

www.doh.gov.za/docs/pr/2002/pr0417.html "Statement of Cabinet".

Aidsplan 00-05: HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005, från maj 2000.

Finns tillgänglig på Sydafrikanska hälsodepartementets hemsida. 20091208

<http://www.doh.gov.za/docs/index.html>,

Aidsplan 07-11: HIV AND AIDS AND STI Strategic Plan for South Africa, 2007-2011, från mars 2007.

Finns tillgänglig på Sydafrikanska hälsodepartementets hemsida. 20091208

Del 1 av planen: www.doh.gov.za/docs/misc/stratplan/2007-2011/part1.pdf

Del 2 av planen: www.doh.gov.za/docs/misc/stratplan/2007-2011/part2.pdf

Sekundärmaterial

AIDS epidemic update 2009. Finns tillgänglig på UNAIDS hemsida 20091214

www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp

Beverwijk, Jasmin - Goedegebuure Leo - Huisman Jeroen (2008). "Policy change in nascent subsystems: Mozambican higher education policy 1993-2003", *Policy Science*. Vol. 41, No. 4, s. 357-377. Springer.

Butler, Anthony (2005). "South Africa's HIV/AIDS Policy, 1994-2004: How can it be explained?", *African Affairs*, Vol. 104, No. 417, s.591-614. Oxford University Press.

- Deane, Nawaal (2005). *The political history of AIDS treatment*, s.538-546. i Karim, S. S. Abdool – Karim, Q. Abdool (red.) (2005). *HIV/AIDS in South Africa*. Cape Town: Cambridge University Press.
- Esaiasson, Peter, et al, (2007). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (3:e uppl.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Fourie, Peter (2006). *The political management of HIV and AIDS in South Africa: one burden too many?* Basingtoke: Palgrave Macmillan.
- Gumede, William M. (2008). "Briefing South Africa: Jacob Zuma and the difficulties of consolidation South Africa's democracy", *African Affairs*, Vol. 107, No. 427, s.261-271. Oxford University Press.
- Heywood, Mark (2005). *The achilles heal? The impact of HIV/AIDS on democracy in South Africa*, s.371-383. i Karim, S. S. Abdool – Karim, Q. Abdool (red.) (2005). *HIV/AIDS in South Africa*. Cape Town: Cambridge University Press.
- John, Peter (2003). "Is There Life After Policy Streams, Advocacy Coalitions, and Punctuations: Using Evolutionary Theory to Explain Policy Change?", *The Policy Studies Journal*, Vol. 31, No. 4, s.481-498. Blackwell.
- Johnson, Krista (2004). "The Politics of AIDS Policy Development and Implementation in Postapartheid South Africa", *Africa Today*. Vol. 5, No. 2, s.107-128. Johns Hopkins University Press (Project MUSE).
- Johnson, Krista (2005). "Globalization, Social Policy and the State: An Analysis of HIV/AIDS in South Africa", *New Political Science*, Vol. 27, No. 3, s.309-329. Routledge.
- Leclerc-Madlala, Suzanne (2005). "Popular Responses to HIV/AIDS and Policy", *Journal of Southern African Studies*, Vol. 31, No. 4, s.845-856. Routledge.
- Mintrom, Michael – Norman, Phillipa (2009). "Policy Entrepreneurship and Policy Change", *The Policy Studies Journal*, Vol. 37, No. 4, s.649-667. Blackwell.
- Nationalencyklopedin, sökt på Jacob Zuma, Finns tillgänglig på Nationalencyklopedins Hemsida 20091216. www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/lang/jacob-zuma
- Natrass, Nicoli (2008). "AIDS and the scientific governance of medicine in post-apartheid South Africa", *African Affairs*, Vol. 107, No. 427, s.157-176. Oxford University Press.
- Sabatier, Paul A. (1988). "An advocacy coalition frameivork of policy change and the role of policy-oriented learning therein", *Policy Sciences*, Vol. 21, No. 2-3, s.129-168. Springer.
- Sabatier, Paul A. (1993). *Policy Change over a Decade or More*, s.13-39. i Sabatier, Paul A. - Jenkins-Smith, Hank C. (red.) (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder: Westview Press.
- Sabatier, Paul A. - Jenkins-Smith, Hank C. (1999). *The Advocacy Coalition Framework: An Assessment*, s.117-166. i Sabatier, Paul A. (red) (1999). *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press.

- Sabatier, Paul A. - Weible, Christopher M. (2007). *The Advocacy Coalition Framework – Innovations and Clarifications*, s.189-220. i Sabatier, Paul A. (red.) (2007). *Theories of the policy process*. 2. ed. Boulder: Westview Press.
- Sabatier, Paul A. (red.) (2007). *Theories of the policy process*. 2. ed. Boulder: Westview Press.
- Schneider, Helen (2002). "On the fault-line: the politics of AIDS policy in contemporary South Africa", *African Studies*, Vol. 6, No. 1, s.145-167. Routledge.
- Sember, R. (2008). "The social construction of ARVs in South Africa", *Global Public Health*, Vol. 3, Supplement 2, s.58-75. Routledge.
- Sheckels, Theodore F. (2004). "The Rhetoric of Thabo Mbeki on HIV/AIDS: Strategic Scapegoating?", *Howard Journal of Communications*, Vol. 15, No. 2, s.69-82. Routledge.
- Steytler, Nico (2003). "Federal Homogeneity from the Bottom up: Provincial Shaping of National HIV/AIDS Policy in South Africa", *Publius*, Vol. 33, No. 1, s.59-74. Oxford University Press.
- Tomaselli, Keyan G. (2009). "(Re)Mediatizing HIV/AIDS in South Africa", *Cultural Studies, Critical Methodologies*, Vol. 9, No. 4, s.570-587. SAGE Publications.
- UNAIDS 2008. Finns tillgänglig på UNAIDS hemsida 20091205
www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/south_africa.asp
- Willan, Samantha (2004). "Briefing: recent changes in the South African government's HIV/AIDS policy and its implementation", *African Affairs*, Vol. 103, No. 410, s.109-117. Oxford University Press.
- Wood, Robin (2005). Antiretroviral therapy, s.504-523. i Karim, S. S. Abdool – Karim, Q. Abdool (red.) (2005). *HIV/AIDS in South Africa*. Cape Town: Cambridge University Press.

8 Bilaga

En utförlig beskrivning av ”HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005” och ”HIV/AIDS/STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011” följer nedan. Här tas upp de mål (goals) och prioritetssområden (key priority areas) som policydokumenten tar upp, samt det som rör antiretroviral-behandling (ARV). I beskrivningen tar vi upp vad som skiljer dem åt rent innehållsmässigt.

Allmänt

Den tidiga planen lade fokus vid olika strategier som rörde hur man skulle informera och utbilda allmänheten på ett effektivt och kulturellt passande sätt. Man ville få folk att känna det ”okej” med att testa sig för HIV och att få rådgivning utan att det skulle vara opassande. Man såg den växande spridningen av STD (Sexuellt överförbara sjukdomar) som oroväckande och att man måste hantera den bättre, samt att det till syvende och sist handlar om att människor själva måste ta ansvar och använda kondomer för att minska HIV-överföringar. Man ville begränsa behovet av sjukhusvård så mycket som möjligt och därför förbättra vården i ett tidigt stadium. Unga människor skulle vara målgruppen för det förebyggande arbetet (Aidsplan 00-05, s.16).

I den senare planen läggs fokus på att förbättra de redan existerande tjänsterna som finns för behandling, och dessutom introducera inventioner baserade på nya forskningsresultat. Det främsta målet med den operationella planen, hur man skulle gå vidare med behandlingsarbetet, är att kunna ge vård till de som redan lever med HIV/AIDS. Där ser man behovet av att styrka det nationella hälsosystemet, men att det inte bara är de statliga aktörerna som är inblandade i vården utan alla som på något sätt arbetar med förebyggande arbete och vård för HIV/AIDS-sjuka. Speciellt unga människor i åldrarna 15-24 år ska prioriteras och är fokus för alla inventioner, speciellt för beteendeförändring (Aidsplan 07-11, del 2, s.56).

Mål

Den tidigare planen för åren 2000-2005 hade som primära mål att:

1. minska antalet nya HIV infektioner (speciellt bland unga)
2. minska effekten av HIV/AIDS på individer, familjer och samhällena⁷

Den senare planen för åren 2007-2011 hade och andra sidan de primära målen att:

- minska antalet nya HIV infektioner med 50%
- minska effekten av HIV/AIDS på individer, familjer, grupper och samhällen, genom att utöka tillgången på passande behandling, omsorg och stöd till 80% av de som diagnosticerats med HIV⁸.

Prioritetsområden

Både den tidigare och den senare planen tar upp samma fyra viktiga prioriteringsområden:

- Förebyggande arbete
- Behandling, vård och stöd
- Kontrollering, forskning och övervakning
- Mänskliga och juridiska rättigheter

1) Förebyggande arbete

För den tidigare planen innebär det första området, förebyggande arbete, att man har följande mål:

Mål 1: Förespråka säkert och hälsosamt sexuellt beteende

Mål 2: Förbättra hantering och kontroll av STDs (sexuellt överförbara sjukdomar)

Mål 3: Minska mor-till-barn överföringar (MTCT)

Mål 4: Ta upp frågor som relaterar till blodtransfusion och HIV

Mål 5: Ge passade tjänster efter exponering

Mål 6: Förbättra tillgången till frivillig HIV rådgivning och testning (VCT)

För den senare planen innebär det första området, förebyggande arbete, att man har följande mål:

Mål 1: Minska sårbarheten för HIV-infektion och effekten av AIDS

Mål 2: Minska sexuella överföringar av HIV

Mål 3: Minska mor-till-barn överföringar av HIV

Mål 4: Minimera risken för HIV-överföringar genom blod och blodprodukter

2) Behandling, vård och stöd

För den tidiga planen innebär det andra området att man har följande mål:

Mål 7: Ge behandling, vård och stöttande tjänster i hälsoinrättningar

7

Alla följande uppgifter från den tidigare Aidsplan 00-05, är hämtade från sidorna 16-18.

8

Alla följande uppgifter från den senare Aidsplan 07-11, del 2, är hämtade från sidorna 39-59.

Mål 8: Ge adekvat behandling, vård och stöttande tjänster i samhällena

Mål 9: Utveckla och expandera tillhandahållandet av vård till barn och föräldralösa.

För den senare planen innebär det andra området att man har följande mål:

Mål 5: Öka omfattningen av frivillig rådgivning och testning och förespråka regelbundna HIV-test.

Mål 6: Gör det möjligt för människor som lever med HIV att leva hälsosamma och produktiva liv.

Mål 7: Rikta uppmärksamheten mot de särskilda behoven hos kvinnor och barn.

Mål 8: Mildra effekten av HIV och AIDS och skapa en utvecklande social miljö för vård, behandling och stöttning

3) Kontrollering, forskning och övervakning

För den tidiga planen innebär det tredje området att man har följande mål:

Mål 10: Tillförsäkra utveckling av AIDS-vaccin

Mål 11: Utforska vilka alternativ som finns för behandling och vård

Mål 12: Förätta policyforskningen

Mål 13: Sköt regelbunden kontrollering

För den senare planen innebär det tredje området att man har följande mål:

Mål 9: Implementera övervakning och utvärderingsramverket för NSP

Mål 10: Stötta utvecklingen av förebyggande teknologier

Mål 11: Stötta utvecklingen av AIDS-vaccin

Mål 12: Förätta operationell forskning

Mål 13: Förätta policyforskning

Mål 14: Sköt regelbunden kontrollering

4) Mänskliga och juridiska rättigheter

För den tidiga planen innebär det fjärde området att man har följande mål:

Mål 14: Skapa en passande social miljö

Mål 15: Utveckla en passande juridisk och politisk miljö

För den senare planen innebär det fjärde området att man har följande mål:

Mål 15: Försäkra kunskap om och fasthållande vid existerande juridiska och politiska ramverk

Mål 16: Mobilisera samhället och bygg upp ledarskap hos de som lever med HIV för att skydda och förespråka mänskliga rättigheter

Mål 17: Identifiera och ta bort juridiska, politiska och kulturella barriärer för effektivt förebyggande arbete mot HIV, behandling och stöttning

Mål 18: Mobilisera samhället för respekt och skydd om mänskliga rättigheter för kvinnor och tjejer, inklusive de med handikapp, för att ta bort könsbaserat våld och förespråka jämlikhet i sexuella relationer

Antiretroviral behandling (ARV)/ Antiretroviral terapi (ART)

Vi ska här undersöka hur många gånger och när policydokumenten tar upp ord som länkar till ARV-behandling. De ord vi sökt efter var: antiretroviral behandling, antiretroviral terapi, ARV och ART.

I den tidigare planen hittades inga (0) omnämningar av varken antiretroviral terapi, antiretroviral behandling eller ART och endast 1 omnämning av ARV. Man nämner ARV inom prioritetsområdet: förebyggande arbete och dess delmål att ge passande tjänster efter exponering. Man föreslår som strategi att *undersöka*

forskningen på användning av ARV som ett sätt att bl.a. minska HIV/STD-överföringarna efter sexuella attacker (vår kursiv).

I den senare planen hittades 4 omnämningar av antiretroviral terapi, 2 omnämningar av antiretroviral behandling, 14 omnämningar av ART och 1 omnämning av ARV.

Man nämner ARV i det förebyggande arbetet som en strategi för intervention för att minska antalet nysmittade med HIV med 50% till år 2011. Nedan tas upp de omnämningarna av antiretroviral terapi och behandling i den senare planen:

Runt 230,000 HIV-infekterade personer gavs antiretroviral behandling år 2006, men ytterligare 540,000 personer var AIDS-sjuka som inte fick någon ARV-behandling (Aidsplan 07-11, del 2, s.42). Målet är att ge 80% av de HIV-positiva och deras familjer tillgång till adekvat behandling, vård och stöd vid 2011 (ibid. s.57).

När det gäller barn finns det en svårighet i hur man ska på bästa sätt behandla dem, för ART har fortfarande ingen tillräcklig verkan på barnen främst i åldrarna 0-14 (ibid. s.39).

Därför vill man stärka hälsosystemet för att skapa villkor för att alla ska få tillgång till ett omfattande HIV-behandlingspaket, som bl.a. inkluderar antiretroviral terapi (ibid. s.57). Och för att nå detta mål behövs bl.a. fokus på specifika problem och grupper: förebyggande arbete för mor-till-barn överföringar, vård av barnen och HIV-infekterade gravida kvinnor, och hälsohantering av personer innan de får börja med ART (ibid s.58).

I den senare planen finns även bilagor med praktiska strategier på 5-års planer. De finns under rubriken ”behandling, vård och stöd” och målet: ”möjliggör för människor som lever med HIV att leva ett hälsosamt och produktiv liv”. Här nämns att man vill utöka andelen vuxna som börjar med ART (120,000-2007; 180.000-2008; 285,000-2009; 370,000-2010; 420,000-2011), och utöka antalet som startar med ART, och fortfarande är inskrivna efter att ha avslutat ett års behandling. Man vill även öka andelen som börjar med ART utanför sjukhusområdet eller som övervakas av sjuksystrar. Man ser även vikten av att få in barn på ART, och att öka kvarhållandet av barn och vuxna på ART (Aidsplan 07-11, del 2, bilaga prioritetssomr. 2, mål 7). Man vill även hålla kvar procentandelen av personer på ART med oupptäckta virusbelastningar, efter att de avslutat ett års behandling. Sedan finns det de personer är inskrivna på ART men som missar sina besök på vårcentraler av någon anledning och är mer än en månad sena, dessa vill man minska ned på (60% av uteblivna besök-2007; 70%-2008; 80%-2009; 85%-2010; 85%-2011). Dessutom vill man försäkra ett effektivt samarbete och att remittering sker mellan ART-faciliteter och sociala välfärdstjänster (30% av faciliteter-2007; 40%-2008; 60%-2009; 80%-2010; 90%-2011) (ibid.).

Den senare planen har inneburit ett ökat fokus på behandling, vård och stöd, dit man också försökt att lägga mycket av resurserna. Och det nya fokuset har också fört med sig att policys och riktlinjer nu ska innehålla antiretrovirala mediciner och näringsinterventioner. Något som Sydafrika är stolta för idag, att ha det största

antalet personer inskrivna på ART i världen. Samtidigt är många fortfarande i behov av vård som inte kan få det (Aidsplan 07-11, del 2, 49).